

DOLORES BRITVIĆ, SLAĐANA ŠTRKALJ IVEZIĆ
MENTALNO ZDRAVLJE U ZAJEDNICI

Urednici knjige

Dolores Britvić Slađana Štrkalj Ivezić

Autori:

Prof. dr.sc. Dolores Britvić

Klinika za psihijatriju, KBC Split, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

Dr. Marijana Cvitan Sutterland

PsyDok psychiatric practice Amsterdam, owner and psychiatrist

GGZ Rivierduinen, policlinic for adolescents and jong adults,

location Leiden, psychiatrist

Prof. dr. sc. Rene Keet

Director Community Mental Health Service Noord-Holland-Noord

Chair of the European Community Mental Health Service providers network (Eu-CoMS)

Doc. dr.sc. Davor Lasić

Klinika za psihijatriju, KBC Split, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

Prof. dr. sc. Slađana Štrkalj Ivezić

Klinika za psihijatriju Vrapče, Referentni centar Ministarstva zdravstva

za metode psihosocijalne rehabilitacije

Prof.dr.sc. Vesna Švab

Nacionalni inštitut za javno zdravje,

vodja izobraževalnog programa za implementaciju ReNPDZ

Recenzenti

Prof. dr. sc. Ika Gržeta Rončević

Doc. dr. sc. Petrana Brečić

Doc. dr. sc. Trpimir Glavina

Doc. dr. sc. Boran Uglešić

Lektorica

Ela Varošanec, mag. philol.

Grafička priprema i tisak

Redak

Knjiga je tiskana u studenom 2019. godine.

Odlukom Senata Sveučilišta u Splitu, klasa: 602-09/20-01/00010;

Ur broj:2181-202-03-07-0016. na sjednici održanoj 29. lipnja 2020.godine odobrava se korištenje naziva sveučilišni udžbenik (Manualia universitatis studiorum Spalatensis)



www.esf.hr Project

UP.O3.1.1.02.0035 Financed by
European Union under the Opera-
tional Programme Efficient Human
Recourses 2014. – 2020

The contents of this publication are the sole responsibility of University of
Split School of Medicine

DOLORES BRITVIĆ
SLAĐANA ŠTRKALJ IVEZIĆ

Mentalno zdravlje u zajednici

Split, 2019.

SADRŽAJ

| | |
|--|-----|
| Uvod | 7 |
| Dolores Britvić..... | 11 |
| 1. SOCIJALNE, PSIHOLOŠKE I BIOLOŠKE ODREDNICE MENTALNOG ZDRAVLJA I UTJECAJ STRESA | |
| Sladana Štrkalj Ivezić | 33 |
| 2. ULOGA STRESA U NASTANKU MENTALNIH POREMEĆAJA PSIHOBIOSOCIJALNI MODEL BOLESTI | |
| Dolores Britvić..... | 39 |
| 3. NEUROPLASTIČNOST MOZGA | |
| Sladana Štrkalj Ivezić | 47 |
| 4. PROCJENA FUNKCIONIRANJA OSOBA S POTEŠKOĆAMA MENTALNOG ZDRAVLJA | |
| Sladana Štrkalj Ivezić | |
| 5. PSIHOBIOSOCIJALNA FORMULACIJA I INDIVIDUALNI PLAN LIJEČENJA | |
| Sladana Štrkalj Ivezić | 111 |
| 6. TERAPIJSKI ODNOS I TERAPIJSKI SAVEZ | |
| Sladana Štrkalj Ivezić | 125 |
| 7. INFORMIRANI PRISTANAK I KAPACITET ZA ODLUČIVANJE | |
| Sladana Štrkalj Ivezić | 131 |
| 8. PSIHOSOCIJALNI POSTUPCI I REHABILITACIJA | |

Dolores Britvić i Davor Lasić 147

8.10. SUPORTIVNA PSIHOTERAPIJA

Rene Keet 157

9. ORGANIZACIJA SKRBI U MENTALNOM ZDRAVLJU

Vesna Švab 175

10. STIGMA

Sladana Štrkalj Ivezić 193

10.2. PROGRAM PREVENCIJE SAMOSTIGMATIZACIJE

Vesna Švab 125

11. STAMBENO ZBRINJAVANJE OSOBA S POREMEĆAJEM MENTALNOG ZDRAVLJA

Marijana Cvitan Sutterland 223

12. REINTEGRACIJA U SVIJET RADA U OPORAVKU PACIJENATA S POREMEĆAJIMA MENTALNOG ZDRAVLJA

UVOD

Ova knjiga nastala je u sklopu aktivnosti Europskog projekta Institucionalizacije visokog obrazovanja, razvojem nastavnog programa ljetne škole Mentalno zdravlje u zajednici. Tijekom projektivnih aktivnosti razvila se suradnja s kolegama iz zemlje i inozemstva koji su svojim tekstovima pridonijeli aktualnosti i kvaliteti ovoga udžbenika. Udžbenik se sastoji od dvanaest poglavlja, dva priloga te osam tablica.

Prvo poglavlje govori o socijalnim, psihološkim i biološkim odrednicama mentalnog zdravlja i posljedicama koje stres, kriza i psihotrauma imaju na mentalno zdravlje.

U drugom poglavlju upućuje se na ulogu stresa u nastanku psihičkih poremećaja te je opisan psihobiosocijalni model bolesti.

U trećem poglavlju koji se bavi neuroplastičnosti istražuje se utjecaj ranog razvoja, genetike, neuroendokrinog sustava na neuroplastičnost i pojavu mentalnih poremećaja.

Četvrto poglavlje obrađuje procjene funkcioniranja važne za individualni plan liječenja i ostvarivanje različitih prava osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja koje uključuju : procjenu kognitivnog funkcioniranja, brige o sebi (o osobnoj higijeni, prehrani, postupanju s novcem, održavanju vlastitog prostora, vlastitom zdravlju, pokretljivosti); kvalitetu komunikacije s drugima, funkcioniranja u životnim ulogama (obitelji, školi, radnom mjestu), sposobnosti savladavanja stresa, potpore koju prima pacijent u svojoj obitelji i zajednici te stigmatizacije.

Tema petog poglavlja je psihobiosocijalna formulacija te izrada individualnog plana liječenja. U ovom poglavlju detaljno se obrađuje na koji način izložiti pacijentu psihobiosocijalnu formulaciju, kako razgovarati s njim o individualnom planu liječenja, kako planirati smanjenje suicidalnog rizika te postupke s ciljem prevencije samostigmatizacije, na koji način motivirati pacijenta za liječenje, kako mu predložiti terapijske i psihosocijalne postupke, kako ga informirati o njegovim pravima. Posebno su obrađeni različiti ciljevi liječenja kako u odnosu na simptome tako i u odnosu na razne druge biološke, psihološke i socijalne čimbenike koji pridonose nastanku i održavanju

poremećaja te riziku ponovne epizode. Dani su primjeri psihobiosocijalne formulacije i plana liječenja.

U šestom poglavlju obrađene su važne teme terapijskog odnosa, sposobnost terapeuta za stvaranje terapijskog saveza, poželjne i nepoželjne karakteristike terapeuta, te osnovne vještine važne za stvaranje terapijskog saveza.

Informirani pristanak i kapacitet za odlučivanje tema su sedmog poglavlja koje se bavi valjanosti informiranog pristanka i poslovnom sposobnosti.

U osmom poglavlju iscrpno su opisani najvažniji psihosocijalni postupci i rehabilitacija. Tako se opisuje edukacija o bolesti, rad s obitelji, trening socijalnih vještina, koordinirano liječenje (*case management*), zapošljavanje uz podršku, upravljanje stresom, kognitivna remedijacija za oboljele od shizofrenije, terapijska zajednica te suportivna psihoterapija.

Deveto poglavlje je izrađeno u suradnji s kolegom iz Nizozemske Reneom Keetom, direktorom Centra za mentalno zdravlje u zajednici te predsjednikom Europske mreže centara za mentalno zdravlje (EuCoMs). Poglavlje je prilagođeno prema 9. poglavlju istoga autora iz nizozemskog udžbenika o psihozama (Van Der Gaag, M., & Staring, T. (2019). *Handboek Psychose* (1st ed.) Amsterdam: Boom).

Deseto poglavlje bavi se važnim i aktualnim pitanjima stigme i diskriminacije. Izrađeno je u suradnji s kolegicom iz Slovenije Vesnom Švab, voditeljicom obrazovnog programa za implementaciju nacionalnog plana mentalnog zdravlja pri Nacionalnom institutu za javno zdravstvo u Ljubljani. Prvi dio poglavlja bavi se samostigmatizacijom, diskriminacijom, suočavanjem sa stigmom te je prošireno prema novim spoznajama i preneseno iz knjige *Stigma in mental disorders* Intech Rijeka (*internet access*), objavljeno u siječnju 2012. (<https://www.intechopen.com/books/mental-illnesses-understanding-prediction-and-control/stigma-and-mental-disorders>). U drugom dijelu ovoga poglavlja obrađuje se program prevencije samostigmatizacije ili internalizirane stigme koji uz opis teoijskih modela samostigmatizacije također sadrži detaljan opis metoda prevencije samostigmatizacije koja ima za cilj prevenciju samostigmatizacije i osnaživanje osobe za postupanje u susretu sa socijalnom stigmom i diskriminacijom.

Tema jedanaestog poglavlja je stambeno zbrinjavanje osoba s poremećajem mentalnog zdravlja te opisuje razvoj stambenog zbrinjavanja kroz povijest, definiciju, vrste smještaja i podrške te trening vještina i evaluaciju. Poglavlje je također napisala Vesna Švab.

Posljednje poglavlje nastalo je u suradnji s Marijanom Cvitan Sutterland, psihijatricom zaposlenom u Nizozemskoj koja je vodila projekt o reintegraciji

pacijenata s mentalnim poremećajima u svijet rada i utjecaj rada na njihov oporavak. Opisana je kratka povijest podržanog zapošljavanja, IPS kao najsuvremeniji oblik podržanog zapošljavanja, načela i učinci programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja na simptome bolesti, unaprjeđenje kvalitete života i oporavak.

Ovako koncipiran udžbenik jedinstven je tekst koji na jednom mjestu objedinjuje najsuvremenija znanja i postupke utemeljene na istraživanjima (engl. evidence-base) o liječenju i skrbi za osobe s mentalnim poremećajima, o borbi sa stigmom i samostigmatizacijom, o organizaciji stambenog zbrinjavanja osoba s mentalnim poremećajima kao i planiranju podržavanog zapošljavanja. Implementacija ovih suvremenih spoznaja može pomoći u planiranju i organiziranju skrbi za mentalno zdravlje u zajednici koja se planira u Nacionalnoj strategiji zaštite mentalnog zdravlja.

Knjiga je namijenjena edukaciji mnogobrojnih stručnjaka iz zemlje i inozemstva koji se bave mentalnim zdravljem, dakle liječnika, socijalnih radnika, psihologa, radnih terapeuta, zdravstvenih tehničara. Njihova kvalitetna edukacija pridonijet će i učiniti mogućom implementaciju nove Nacionalne strategije o mentalnom zdravlju koja je upravo u postupku prihvatanja pred Hrvatskim saborom. Također može biti korisna za provođenje programa u okviru aktivnosti različitih udruga koji se bave promicanjem i zaštitom mentalnog zdravlja.

Knjiga je namijenjena i svim drugima koji su zainteresirani proširiti svoja znanja o mentalnom zdravlju i o skrbi za osobe s mentalnim poteškoćama.

Nadamo se da će izborom tema i stilom naći put do široke čitateljske publike te biti zanimljivo i čitko štivo.

Urednice:

Dolores Britvić

Sladana Štrkalj Ivezić

U Splitu 3. studenog 2019.

1. SOCIJALNE, PSIHOLOŠKE I BIOLOŠKE ODREDNICE MENTALNOG ZDRAVLJA I UTJECAJ STRESA

Dolores Britvić

1.1. Socijalne, psihološke i biološke odrednice mentalnog zdravlja

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, mentalno zdravlje stanje je blagostanja u kojem svaki pojedinac ostvaruje vlastiti potencijal, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodonosno i sposoban je pridonositi svojoj zajednici.

Pojam mentalnog zdravlja, prema Kaplanovu rječniku, označava stanje emocionalne dobrobiti (*well-being*) u kojoj je osoba sposobna bez prevelikih napora zadovoljavajuće funkcionirati u svojem društvenom okruženju i u kojem su njezina osobna postignuća i karakteristike zadovoljavajuće.

Iako je jasno da koncept mentalnog zdravlja nadilazi izostanak psihičke bolesti, opisane su dvije važne komponente „dobrog osjećanja“ ili „pozitivnog mentalnog zdravlja“. Dobrom osjećanju pripadaju hedonistička komponenta: pozitivni osjećaji ili pozitivni afekt (subjektivno dobro osjećanje, zadovoljstvo životom, sreća) i eudemonička (Eudemonija – grčka boginja sreće i blaženstva): pozitivno funkcioniranje (angažman, ispunjenost, osjećaj smisla, socijalno „dobro osjećanje“).

Postoji mnogo skala kojima se mjeri ne samo odsutnost mentalne bolesti već i prisutnost „dobrog osjećanja“ ili „pozitivnog mentalnog zdravlja“. Tako je na primjer u Škotskoj razvijena skala s 14-iteama, tzv. Warwickand Edinburgh Mental Wellbeing Scale (WEMWBS) koja se često koristis GHQ12 General healthquestionaire.

Da bi se postiglo ovako definirano mentalno zdravlje, bitno je udruženo djelovanje socijalnih, psiholoških i bioloških čimbenika koji zajednički pridonose uspostavljanju i održavanju mentalnog zdravlja.

Niz je vanjskih i unutarnjih čimbenika koji narušavaju emocionalnu ravnotežu svake osobe te mogu pridonijeti nastanku mentalnih poremećaja i bolesti. Održavanje i unaprjeđenje mentalnog zdravlja u zajednici, kao i prevencija

mentalnih bolesti i poremećaja zahtijeva poznavanje navedenih čimbenika i sposobnost da se primijene postupci kako bi se umanjio štetni učinak djelovanja različitih nepovoljnih situacija i stanja.

1.1.1. Socijalni čimbenici mentalnog zdravlja

Mentalno zdravlje pojedinca, kao i pojava mnogih mentalnih poremećaja pod utjecajem su socijalnog, ekonomskog i fizičkog okruženja, stoga su rizici za pojavu mentalnih poremećaja u velikoj mjeri povezani i s društvenim nejednakostima. Rizični i zaštitni čimbenici djeluju na više različitih razina i to na razini pojedinca, razini obitelji, zajednice, kao i na strukturalnoj i populacijskoj razini. Stoga i društvene odrednice zdravstvenog pristupa zahtijevaju djelovanje u više sektora i na više razina.

Moguć je snažan utjecaj nepovoljnih socijalnih, ekonomskih i čimbenika fizičke okoline na mentalno zdravlje populacije u svakoj životnoj fazi. Stoga društvene organizacije i institucije, iz sfere obrazovanja, socijalne skrbi i rada, potencijalno mogu pridonijeti osnaživanju pojedinca da sam bira svoj životni put. Ove institucije, kao i uvjeti svakodnevnog života su u većoj ili manjoj mjeri pod utjecajem nacionalnih i transnacionalnih politika.

Kako bi se smanjile nejednakosti te smanjila sveukupna učestalost mentalnih poremećaja, izrazito je važno poduzimati mjere za poboljšanje uvjeta svakodnevnog života, počevši od onih prije rođenja, u ranom djetinjstvu, djetinjstvu, školskoj dobi i adolescenciji, tijekom stvaranja i razvoja obitelji, tijekom radnog vijeka te u starijoj dobi. Djelovanje kroz ove životne faze omogućuje poboljšanje mentalnog zdravlja stanovništva i smanjenje rizika od mentalnih poremećaja povezanih sa socijalnim nejednakostima.

Uzimajući u obzir životnu perspektivu, vidljivo je da utjecaji koji djeluju u svakoj životnoj fazi mogu djelovati na mentalno zdravlje.

Već u prenatalnom razdoblju niski socioekonomski uvjeti, nejednakost i siromaštvo mogu imati snažan utjecaj na fizičke, mentalne i kognitivne posljedice u ranom i kasnijem životu. Majčino loše zdravlje i slaba prehrana, pušenje, zlouporaba alkohola i droga, stres i vrlo zahtjevan fizički rad može imati negativan učinak na razvoj fetusa i kasnije životne ishode. Stoga djeca siromašnih majki imaju veću vjerojatnost da budu u nepovoljnom položaju čak i prije rođenja. Sustavni pregled i metaanaliza sedamnaest studija o majčinoj depresiji ili depresivnim simptomima u zemljama u razvoju pokazali su da djeca depresivnih majki imaju veći rizik od pothranjenosti i kržljivosti, niske porođajne težine, što je sam po sebi povećani čimbenik rizika depresija

u kasnijem životu. Rizični čimbenici za uobičajene perinatalne poremećaje uključuju socioekonomske nedostatke, nenamjernu trudnoću, biti mladi, biti neudana, nedostatak intimne partnerske empatije i potpore, negativne zakone, doživljavanje nasilja od intimnog partnera, nedovoljnu emocionalnu i praktičnu podršku, a kod nekih žena i povijest mentalnih problema. Zaštitni čimbenici su viši stupanj obrazovanja, stalno zaposlenje, pripadnost etničkoj većini i pouzdan intimni partner. Velik broj istraživanja naglasio je važnost obrazovanja majki, kod majki s nižim obrazovanjem povećana je smrtnost dojenčadi, češće zaostajanje u razvoju i pothranjenost, djeca s prekomjernom težinom, niži rezultati na testovima vokabulara, problemi ponašanja, emocionalni problemi, niži kognitivni rezultati, problemi mentalnog zdravlja i češće infekcije kod djece. Čimbenici koji utječu na mentalno i tjelesno zdravlje tijekom ranog djetinjstva su nepovoljni obiteljski uvjeti, kvaliteta roditeljstva, nedostatak sigurne povezanosti (*attachment*), zanemarivanje, nedostatak kvalitetne stimulacije i učestali sukobi u obitelji. Izloženost djece zanemarivanju, izravnom tjelesnom i psihičkom zlostavljanju te odrastanju u obiteljima s obilježjem nasilja posebno je štetno.

Roditeljsko mentalno zdravlje ima ključnu ulogu u kasnijem zdravlju djece. Na primjer, djeca majki s mentalnim bolestima pet puta češće imaju mentalne poremećaje. Siromaštvo osobito povećava stres majke. Izloženost višestrukim rizicima posebno je štetna zbog akumuliranja učinka. Za djecu u nižim socioekonomskim skupinama manja je vjerojatnost da će iskusiti uvjete koji će omogućiti optimalni razvoj. Nepovoljan utjecaj niskih socioekonomskih uvjeta može se nadomjestiti zaštitnim aktivnostima roditeljstva, kao što su dobre društvene i emocionalne interakcije, potpora šire obitelji i jake zajednice.

Prevenција mentalnih poremećaja kod djece majki oboljelih od mentalnih poremećaja provodi se pružanjem podrške majkama u odgoju djece.

Tijekom školske i adolescentske dobi socijalni uvjeti odrastanja i školovanja i dalje imaju važnu ulogu u prevenciji mentalnih poremećaja. Obrazovanje ima zaštitnu ulogu sudjelovanjem u jačanju emocionalne otpornosti i pridonošeći kasnijim boljim životnim uvjetima, boljem zaposlenju i većem dohotku. Siromaštvo je i u ovoj dobi čimbenik rizika, veće izloženosti marginalnim društvenim skupinama i stresnim obiteljskim situacijama. Siromašna djeca imaju slabije životne uvjete – lošiju prehranu, nepovoljne stambene uvjete, slabije uvjete za učenje. Nezaposlenost roditelja daje loš primjer djeci, ali je i velik izvor stresa za cijelu obitelj. Adolescentsko razdoblje posebno je osjetljivo, niski socioekonomski uvjeti povećavaju rizik različitih negativnih

ponašanja, stoga je bitno da se kod adolescenata stimuliraju zaštitni čimbenici, uključujući socijalnu i emocionalnu podršku i pozitivne interakcije s vršnjacima, obitelji i širom zajednicom, da ih se uči donošenju utemeljenih odluka.

U radnom vijeku odraslog čovjeka nezaposlenost i loša kvaliteta zapošljavanja veliki su rizični čimbenici za pojavu mentalnih poremećaja. Duga nezaposlenost rizik je za pojavu simptoma depresivnosti i anksioznosti pa bi strategije za unaprjeđenje mentalnog zdravlja trebale sadržavati i skraćivanje dugotrajne nezaposlenosti. Nekvalitetno zapošljavanje, kao i zaposlenje bez ili uz kratkoročne ugovore te radna mjesta s niskim stupnjem zaštite na radu, nesigurnost radnog mjesta, loši radni uvjeti, nizak dohodak štetni su čimbenici za mentalno zdravlje.

Kvaliteta obiteljskog funkcioniranja ima važnu ulogu u zdravlju djece, ali i odraslih. Podrška roditeljima, poboljšanje izgleda za zapošljavanje, veći dohodak i bolji stambeni uvjeti utječu na uspješno roditeljstvo i smanjenje mentalnih poremećaja. Savjeti o roditeljstvu, podrška roditeljima u ranom djetinjstvu, ali i tijekom ostalih razvojnih faza djeteta sve do odlaska iz obitelji (posebno u razdoblju adolescencije), primjerena dobi djeteta, također će pomoći kvalitetnijem roditeljstvu i prevladavanju međugeneracijske nejednakosti.

Starija životna dob nosi brojne specifičnosti koje ovise o dotadašnjem životu, tjelesnom zdravlju i životnim uvjetima. Postoje dokazi da mnogi čimbenici u ovoj životnoj dobi utječu na kvalitetu mentalnog zdravlja i mogu biti okidač pojavi depresije, a to su slabo tjelesno zdravlje, nizak socio-ekonomski status, visok stupanj izolacije, gubitak kontakta s obitelji i prijateljima, samački život i nedostatak vježbi. Smatra se da je visoko obrazovanje, posebice kod žena, zaštitni čimbenik za pojavu mentalnih poremećaja u starijoj dobi. Izvješća europskih zemalja upućuju na najmanju učestalost mentalnih poremećaja starije dobi u Skandinaviji, potom u zapadnoj Europi, a najveću učestalost u Grčkoj, Italiji i Španjolskoj. Udio ovih poremećaja povezan je s razvojem državne socijalne službe i pomoći za starije osobe. Što je dostupnost ovakvih oblika pomoći veća, to je bolje mentalno zdravlje u starijoj dobi. Studija iz Engleske upućuje na povećane rizike i učestalost depresije kod muškaraca starijih od 75 godina, a žena starijih od 65 godina.

1.1.2. Psihološki čimbenici mentalnog zdravlja

Mnogi psihološki čimbenici mogu biti rizični za pojavu mentalnih poremećaja. Ova psihološka obilježja mogu biti naslijeđena i urođena, no mogu biti povezana sa specifičnostima u psihosocijalnom razvoju ili traumatskim iskustvima koja su utjecala na formiranje osobnosti, osjećaje, mišljenje i ponašanje.

Na urođene osobitosti teško se može utjecati, no može se pokušati umanjiti nepovoljni učinak na psihičko zdravlje nepovoljnih značajki osobnosti nastalih kasnije u životu. Oni mogu biti okidač pri pojavi bolesti, ali i pridonijeti recidivu simptoma. Prema Cloningerovu psihobiološkom modelu, sedam je osnovnih dimenzija ličnosti, točnije četiri dimenzije temperamenta (traženje novog, izbjegavanje štete, ovisnost o nagradi i ustrajnost) i tri dimenzije karaktera (samousmjerenost, suradljivost i samotranscendencija). Temperament se odnosi na urođene aspekte ličnosti, vezane za automatske emocionalne predispozicije poput straha, ljutnje i privrženosti. Karakter je razvojni konstrukt koji se sastoji od osobnih stavova i ideja o životnim vrijednostima i ciljevima, a kao svjesnim promjenama ponašanja može modulirati utjecaj dimenzija temperamenta.

Pri procjeni psiholoških čimbenika važno je procijeniti niz aspekata neke osobe. Prema Cabannis, procjenjuje se pet osnovnih aspekata svake osobe. To su: adaptabilnost, odnosi s drugima, kognitivno funkcioniranje, sposobnost za rad i sposobnost za igru.

Adaptabilnost se određuje procjenom mehanizama obrane, procjena kontrole i regulacije instinktivnih nagona, upravljanja osjećajima i regulacije senzorijske.

Adaptacija znači svakodnevnu prilagodbu na unutarnje i vanjske stimuluse. Unutarnji stimuli su misli i osjećaji, fantazije, strahovi, boli i druge senzacije. Vanjski stimuli su odnosi s drugima, svakodnevni pritisci na radnom mjestu, pritisci financijske prirode, psihotrauma i drugi događaji. Svatko od nas može tolerirati različitu razinu stimulusa, pritisaka i stresa. Najčešće se nosimo sa stresom a da toga nismo ni svjesni, zahvaljujući nesvjesnim **mehanizmima obrane**. Pri procjeni obrambenih mehanizama korisno je promatrati njihovu adaptivnost, fleksibilnost, povezanost s mislima i osjećajima. Mehanizmi obrane koji nam omogućuju da zadržimo ili unaprijedimo ranije razine funkcioniranja su **adaptabilniji ili zreliji** obrambeni mehanizmi, dok oni **manje adaptivni** ometaju funkcioniranje. Manje adaptivni obrambeni mehanizmi smanjuju svijest o bolnim osjećajima, ali istovremeno reduciraju razinu funkcioniranja. U psihoanalitičkoj literaturi često se opisuju **nezreli ili primitivni obrambeni mehanizmi** kao: rascjep, projekcija i projektivna identifikacija, patološka idealizacija i obezvrjeđenje, negacija, disocijacija *acting out* i duboka regresija. Adaptivniji ili neurotski obrambeni mehanizmi su represija, intelektualizacija, racionalizacija, izolacija afekta, reaktivna formacija, somatizacija i premještanje. Sublimacija, altruizam, humor, sposobnost svjesnog fokusiranja. Važan aspekt obrambenog funkcioniranja je fleksibilnost obrana.

Tako na primjer u određenim uvjetima neki je obrambeni mehanizam nezreo, a u drugima je vrlo koristan i adaptabilan (disocijacija pri izloženosti snažnom traumatskom iskustvu). Pri tome treba voditi računa o uvjetima u kojima određeni obrambeni mehanizam nastaje, kao i o dobi osobe.

Pri procjeni **odnosa s drugima** procjenjuje se sigurnost, osjećaj sebe i drugih, povjerenje i intimnost te uzajamnost. Sposobnost i kapacitet za održavanje odnosa s drugima jedna je od najvažnijih funkcija ličnosti. Stoga je procjena načina na koji osoba stvara i održava odnose s drugima gotovo od krucijalnog značaja za procjenu razine zrelosti neke ličnosti. Radi preglednije i lakše procjene kvalitete objektnih odnosa korisno je opisati odnos s drugima kroz: povjerenje, osjećaj sebe i drugih, sigurnost, intimnost i uzajamnost.

Upravo odnos s našima najbližima pruža nam u pravilu ostvarenje većine ovih osjećaja, no odnosi s obitelji, prijateljima i partnerima znaju biti izvor boli, patnje, frustracije, nezadovoljstva i konfuzije zbog nedostatka ili gubitka povjerenja, sigurnosti, bliskosti.

Pri procjeni **kognitivnog funkcioniranja** važan aspekt je opće kognitivno funkcioniranje, donošenje odluka i sposobnost rješavanja problema, odnos s vanjskim svijetom, prosuđivanje i mentalizacija.

Općenite kognitivne funkcije su intelektualne funkcije, mišljenje, pažnja, govor, jezik i pamćenje.

Lazarus je razvio teoriju opisujući sposobnost i vještine suočavanja (pri rješavanju problemskih situacija) ili tzv. „coping skills“. On razlikuje one koje reagiraju vještinama vezanim uz planiranje i rješavanje problema. Te vještine naziva „problemu usmjereno suočavanje“. Druge osobe reagiraju u problemskim situacijama dominantno emocionalno što se naziva vještinama „emocijama usmjerenog suočavanja“, treće izbjegavaju suočavanje s problemima pa to naziva „izbjegavajućim strategijama suočavanja“. Odbijajući se suočiti s problemskom situacijom osobe često reagiraju impulzivno posežući za raznim sredstvima ovisnosti, alkoholu, kocki i sl.

Odnos s vanjskim svijetom može se sagledati kroz **osjećaj realnosti, testiranje realiteta i adaptacija na realnost**.

Prosuđivanje utječe na odluke u raznim sferama života, važno je za profesionalne odluke, za odluke u socijalnim sferama života, ali i u bliskim odnosima. O funkciji prosuđivanja zaključujemo posredno prema racionalnosti u donošenju odluka, prema zrelosti i funkcionalnosti odluka, odnosno prema sposobnosti da se donese odluka koja je najviše u skladu sa željama, koja neće izazvati unutarnji ili vanjski konflikt, a dovest će do ugone i užitka, kao i pozitivnog vrednovanja sebe.

Mentalizacija je relativno novi koncept razvijen na osnovi pokušaja definiranja poremećaja kod poremećaja ličnosti, a pokušaj je povezivanja biološke datosti, teorije privrženosti i njihova utjecaja na psihološki razvoj djeteta. Oblik je imaginativne mentalne aktivnosti o sebi i drugima, predstavlja imenovanje, opažanje i interpretiranje ljudskog ponašanja u terminima mentalnih stanja i namjera (potreba, želja, osjećaja, vjerovanja, ciljeva, svrhe i razloga). Stoga je ovaj proces velikim dijelom i nesvjestan, automatski, intuitivan i implicitan. Normalna mentalizacija kod majki povezana je sa sigurnom privrženošću kod djece, odnosno djeca majki koje imaju nisku razinu mentalizacije imaju veći rizik da razviju dezorganiziranu privrženost. Nesigurna ili dezorientirana privrženost utječe na porast stupnja pobuđenosti kod djece. Ova pojačana pobuđenost ometa uredan razvoj mentalizacije kod djece. Takva djeca sklonija su niskim socijalno kognitivnim kapacitetima, posebno u regulaciji afekta i kontroli pažnje. Majka sa sigurnom privrženošću i visokim stupnjem mentalizacije svojeg djeteta pomoću zrcaljenja točno prepoznaje djetetove emocionalne signale, koje potom blago izmijenjene vraća djetetu omogućujući mu da ih ponovno internalizira kao svoje. Kad izostaje ovo zrcaljenje, dijete introjicira dijelove roditelja kao vlastite *self* reprezentacije što se kasnije naziva stranim *selfom*. U odgovoru na traumatsku situaciju u djetinjstvu, snažno se aktivira sustav privrženosti i javlja se jaka pobuđenost (*arousal*) što dovodi do supresije mentalizacije kod djece. To je objašnjeno u neurofiziološkim modelima. Kod većine psihičkih poremećaja susrećemo se s različitim razinama poremećaja u mentalizaciji kao što su prekid mentalizacije uz tzv. model pretvaranja (*pretend mode*), model nalik na magijsko mišljenje, teleloški model (u kojem postoji jedino ono što predstavlja fizičku realnost u tom trenutku). Najbolje istraženi poremećaji mentalizacije su u osoba s poremećajima ličnosti, posebno granične organizacije ličnosti.

Važan aspekt procjene zrelosti osobe je sposobnost za rad i igru. Slična definicija psihičkog zdravlja datira još od Freuda koji je rekao da je psihičko zdravlje sposobnost da se radi i voli. Rad je svrsishodna aktivnost koja okupira naše psihičke i tjelesne snage. Radna aktivnost može biti različita i može poprimiti različite forme. Raditi se može da bi se zaradio novac ili bez novca. Nekome je najvažniji aspekt rada zarada novca, onome tko se bavi pisanjem knjige ili umjetnošću rad ne donosi novac kojim se može uzdržavati. Raditi se može izvan kuće ili se može raditi u kući brinući se o kućanstvu i djeci. Rad može biti povremen ili kontinuiran, onaj koji zahtijeva niski stupanj edukacije i uvježbanosti ili može zahtijevati složene vještine i visok stupanj odgovornosti.

Sposobnost za igru trebala bi biti važan dio života svakog od nas. Igra je način na koji provodimo slobodno vrijeme, u čemu se opuštamo i uživamo.

Mnogo je načina na koji se netko može opušitati i zabavljati: čitanje, kuhanje, bavljenje sportom, gledanje televizije, surfanje internetom, druženje s prijateljima, putovanje, ležanje na plaži. Različito je vrijeme i intenzitet kojim se netko bavi ovim aktivnostima. Netko se posveti slikanju kao hobi, koji mu postane važna preokupacija, netko drugi gleda kako će svaki slobodni trenutak provoditi na jedrenju ili u šetnji. Seks je također važan dio igre kojim se relaksiramo i opuštamo u intimnosti i bliskosti s drugim.

Pri procjeni ovih funkcija važno je razmotriti odgovara li radna aktivnost ili način na koji se relaksira razvojnoj razini, dobi, talentima i ograničenjima. Slično je pri procjeni radne sposobnosti osobe. Podatak da netko cijeli svoj život nije zasnovao radni odnos dulji od godinu dana ili vrlo često mijenja poslove upućuje na poteškoće prilagodbe na radnom mjestu, nizak radni kapacitet, odnosno smanjenu ustrajnost, nisku razinu funkcioniranja. No i podatak da osoba cijeli radni vijek radi posao koji ne odgovara njezinoj obrazovnoj razini može biti izvor snažne frustracije, ali i pokazatelj nemogućnosti odgovora na zahtjeve složenih poslova.

Pri procjeni radne sposobnosti i sposobnosti za igru važno je zadovoljstvo i uгода pri obavljanju tih aktivnosti. Neki ljudi zarađuju daleko manje da bi radili posao u kojem uživaju, drugi su zadovoljni svojim poslom, ali u njemu ne uživaju.

1.1.3. Biološke odrednice mentalnog zdravlja

Svaka osoba predstavljena je svojom neponovljivom i jedinstvenom tjelesnom i psihičkom datosti koja se naziva fenotip, a nastaje djelovanjem okoline na genotip. Ne samo da je naša tjelesna datost genetski determinirana već su i brojne psihološke osobine biološki uvjetovane. Temperament se odnosi na biološki uvjetovane nasljedne načine ponašanja, prisutan je od ranog djetinjstva, ne mijenja se u odnosu na situacije te je relativno stabilan. Osobe po svojem temperamentu mogu biti inhibirane, tjeskobne, sklone traženju uzbuđenja, impulzivne.

Već je spomenuta važnost nepovoljnih događaja za vrijeme trudnoće i poroda (bolest majke, urođene i/ili nasljedne abnormalnosti ploda) za kasnije mentalno zdravlje djece. Važno je uputiti i na utjecaj tjelesnih bolesti tijekom života, utjecaj uzimanja različitih vrsta lijekova, specifičnosti životnog stila te utjecaj konzumacije psihoaktivnih supstanci na kvalitetu mentalnog zdravlja.

Važni su nam i podaci o tjelesnim bolestima i njihov utjecaj na psihičko stanje, važna nam je diferencijalna dijagnoza, postoji li neko tjelesno stanje

koje ima manifestacije na psihičkom planu, pa se ne radi o psihičkoj bolesti nego o tjelesnoj bolesti sa psihičkim manifestacijama. Tako pojedina tjelesna stanja mogu proizvesti psihičke simptome slične onima kod psihičkog poremećaja (na primjer hipotireoza).

Povezanost tjelesnih bolesti i mentalnog zdravlja je dvosmjerna. Tjelesne bolesti mogu utjecati na mentalno zdravlje kao što i mentalno zdravlje može utjecati na pojavu tjelesnih bolesti. Kardiovaskularne bolesti su manje učestale kod osoba koje su imale dobro mentalno zdravlje, a da su bile učestalije kod osoba s velikim depresivnim epizodama, blagim depresijama ili umjerenim mentalnim zdravljem. Ovo je u skladu s podacima iz literature koji upućuju na to da je rizik za koronarnu bolest srca povezan s jačinom depresije. Valja naglasiti da na pojavu tjelesnih bolesti utječe razina mentalnog zdravlja koja može varirati od mentalne bolesti do „osjećaja cvjetanja i sreće“.

Pri razmatranju bioloških čimbenika mentalnog zdravlja treba razmotriti utjecaj pojedinih lijekova (psihofarmaka i drugih) i njihovih nuspojava te nagli prekid uzimanja psihofarmaka koji može dovesti do ozbiljnih oštećenja mentalnog zdravlja. Na mentalno zdravlje znatno može utjecati zlorporaba psihoaktivnih supstanci, to jest alkohola i droga, bilo putem akutnih poremećaja zbog intoksikacije i zlorporabe ili putem razvoja ovisnosti o alkoholu ili psihoaktivnim supstancama. Stoga pri procjeni utjecaja ovih čimbenika na mentalno zdravlje treba procijeniti podatke vezane za sadašnju upotrebu, raniju upotrebu ili prekid uzimanja koje može dovesti do simptoma sindroma ustezanja (apstinencije).

Neki psihički simptomi mogu se pojavljivati i u vezi s biološkim ciklusima. Poznato je da u predmenstrualnim razdobljima može doći do pogoršanja simptoma depresije ili anksioznosti, da se može javiti predmenstrualni disforični sindrom.

U procjeni bioloških čimbenika mentalnog zdravlja potrebno je procijeniti stilove življenja – prehranu i tjelesnu aktivnost, kao i postojanje drugih tjelesnih bolesti.

Za procjenu utjecaja bioloških čimbenika u mentalnom zdravlju zanima nas postoje li psihički poremećaji u obitelji koji mogu upućivati na predispoziciju za određeni mentalni poremećaj.

U svrhu unaprjeđenja mentalnog zdravlja potrebno je uspostaviti kontrolu nad postojećim psihičkim poremećajima i bolestima. Stoga nas zanima ranije postojanje epizoda mentalnih poremećaja, no jednom postavljena dijagnoza ne znači da je svako stanje zbog koje se pacijent ponovno javlja za psihijatrijsku pomoć povezano s tom ranije postavljenom dijagnozom. Na primjer,

osobi koja se ranije liječila od depresije, a u sadašnjoj epizodi ima kriterije za panični poremećaj, bez simptoma depresije postaviti će se dijagnoza paničnog poremećaja a ne depresije. Stoga je važno organizirati adekvatnu pomoć u smjeru liječenja postojećih psihičkih poremećaja prema individualnom planu liječenja koji će uključiti biološke, psihološke i psihosocijalne metode liječenja.

O tome će biti riječi o poglavlju o tretmanima i rehabilitaciji.

Kliničko stanje pacijenta često diktira izbor i obim informacija koje uzimamo u anamnestičkoj obradi i upisujemo u povijest bolesti. U akutnim stanjima naglasak će više biti na sadašnju epizodu bolesti, a manje na pojedinosti ranijega psihijatrijskog liječenja.

Obiteljska anamneza povezana je s podacima o psihijatrijskim bolestima u obitelji. Potrebno je bolesnika pitati da li se netko od rodbine liječio zbog istog, sličnog ili nekog drugog poremećaja, na primjer psihoze, alkoholizma, je li netko pokušao ili počinio suicid. Ako se liječenje provodilo za istu bolest, zanimat će nas reakcija srodnika u obitelji na provedeno farmakološko liječenje. Moguće je da reakcija članova obitelji na lijek bude slična, što je važna informacija za izbor lijeka. Osim za psihičke bolesti potrebno je pitati i za tjelesne bolesti u obitelji.

ZAKLJUČAK

Mentalno zdravlje stanje je blagostanja u kojem svaki pojedinac ostvaruje vlastiti potencijal, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodonosno i sposoban je dati svoj doprinos zajednici. Da bi se postiglo ovako definirano mentalno zdravlje, bitno je udruženo djelovanje socijalnih, psiholoških i bioloških čimbenika koji zajednički pridonose uspostavljanju i održavanju mentalnog zdravlja. Moguć je snažan utjecaj nepovoljnih socijalnih, ekonomskih i čimbenika fizičke okoline na mentalno zdravlje populacije u svakoj životnoj fazi. Psihološka obilježja mogu biti naslijeđena i urođena, no mogu biti povezana sa specifičnostima u psihosocijalnom razvoju ili traumatskim iskustvima koja su utjecala na formiranje osobnosti, osjećaje, mišljenje i ponašanje. Pri procjeni psiholoških čimbenika važno je procijeniti niz aspekata neke osobe. Procjenjuje se pet osnovnih aspekata svake osobe. To su: adaptabilnost, odnosi s drugima, kognitivno funkcioniranje, sposobnost za rad i sposobnost za igru. Adaptabilnost se procjenjuje putem procjene mehanizama obrane, procjena kontrole i regulacije instinktivnih nagona, upravljanja osjećajima i regulacije senzorijske. Pri procjeni odnosa s drugima procjenjuje se sigurnost, osjećaj sebe i drugih, povjerenje te intimnost i uzajamnost.

Pri procjeni kognitivnog funkcioniranja važan aspekt je opće kognitivno funkcioniranje, donošenje odluka i sposobnost rješavanja problema, odnos s vanjskim svijetom, prosuđivanje i mentalizacija. Biološki čimbenici određeni našom genetskom datosti u međugri s okolinom stvaraju fenotipski izričaj koji determinira i osobitosti našeg temperamenta, kao i druge psihološke osobine. Tako na primjer osobe po svojem temperamentu mogu biti inhibirane, tjeskobne, sklone traženju uzbuđenja, impulzivne. Nepovoljni događaji za vrijeme trudnoće i porođaja, tjelesne bolesti tijekom života, uzimanje različitih vrsta lijekova, specifičnosti životnog stila, konzumacija psihoaktivnih supstanci također igraju veliku ulogu za kvalitetu mentalnog zdravlja.

1.2. Stres, kriza i psihotrauma

Stres je fiziološki i psihološki odgovor na različite stresore, a mogu ga uzrokovati mnogi čimbenici. Dije se na psihološke i socijalne. Tjelesna oboljenja također mogu biti stresni čimbenik te pridonijeti pojavi mentalnih poremećaja.

Psihosocijalni čimbenici su različiti i mogu biti stresori različitog intenziteta. Stresori svakodnevnog života odnose se na niz događaja s kojim se prosječna osoba nosi bez većih problema. Ako oni premašuju uobičajene događaje i zahtijevaju mobilizaciju dodatnih adaptacijskih kapaciteta, onda se to naziva kriza ili distres. Najteže vrste stresogenih događaja su traumatski događaji koji dovode do ugroze tjelesnog ili psihičkog integriteta svake osobe i mogu dovesti do poremećaja mentalnog zdravlja u vidu akutne stresne reakcije, posttraumatskoga stresnog poremećaja ili poremećaja prilagodbe.

O čimbenicima otpornosti i vulnerabilnosti ovisi kako će se neka osoba adaptirati na stresore.

Pojam stresa posljednjih je godina jedan od najčešće korištenih pojmova u svakodnevnom životu. Nažalost, većina ljudi njime se koristi a da ne zna njegovo pravo značenje, zdravstvene implikacije, etiologiju i patofiziološke učinke (način na koji djeluje na organizam). Obično smo svi pod stresom i time mislimo na to da smo stalno izloženi napetosti, zahtjevima na radnom mjestu, kućanskim poslovima ili da smo u financijskom škripcu, da nam plaća kasni ili da nam prijete gubitak posla, a imamo još pet godina vraćati kredit. Pod stresom smo i kad nam se događaju lijepe stvari, kad sklapamo brak, kad dobivamo djecu, kad nam djeca polaze u školu, kad živimo s roditeljima. Duga je lista takvih događaja. Pod stresom smo i kad doživljavamo krajnje nelagodne stvari kao što su teška bolest u obitelji, smrt bliske osobe ili gubitak posla.

Pod stresom smo i kad doživimo prometnu nezgodu ili kad smo u životnim opasnostima (poplavama, oružanim pljačkama, prepadima itd.). Upravo zbog fenomenološke zbrke oko značenja stresa, važno je imati bar osnovna znanja o definiciji, manifestacijama stresa, kao i čimbenicima otpornosti i ranjivosti pri prilagodbi na stresne događaje.

1.2.1. Stres

Stresom ili eustresom naziva se reakcija organizma na situacije koje u nama bude osjećaj nelagode i kad određenu situaciju procijenimo prijetećom. Pojam eustresa je sveprisutan fenomen i može se javiti kao reakcija na negativne i na pozitivne događaje, tzv. stresore. Primjeri takvih stresora su brojni, primjeri negativnog događaja su izlazak na ispit, polaganje mature, sudjelovanje u prometnoj gužvi, bolest djeteta, a primjeri pozitivnih događaja su vjenčanje, odlazak na daleko putovanje itd. Stresor može biti prisutan kraće ili dulje razdoblje, no u pravilu se osoba na njega prilagodi bez većih poteškoća. Istraživanja su pokazala da blagi i umjereni stres ima pozitivan efekt, da djeluje poticajno i stimulativno, no stanja kroničnog i dugotrajnog stresa mogu dovesti do negativnih efekata. Tako su McEwen i suradnici pokazali da ponavljana izloženost stresu dovodi do atrofije dendrida dijela piramidalnih neurona (CA3) u hipokampusu koja se povlači prestankom djelovanja stresa, a posljedica je djelovanja kortizola. Stres se manifestira različitim simptomima koji mogu biti **emocionalni, kognitivni i fizički**.

Najčešći **emocionalni simptom** stresa je anksioznost ili tjeskoba koja se može osjećati kao strah od predstojeće nesreće, strašljivo iščekivanje, strah nepoznatog podrijetla. Takav strah može biti popraćen uznemirenošću, ozlovoljenosti. **Fizički simptomi** stresa nastupaju kao posljedica aktivacije simpatikusa, a manifestiraju se tahikardijom, porastom krvnog tlaka, ubrzanim disanjem, pojačanom tenzijom mišića, sušenjem usta, znojenjem dlanova, a ako traje dulje, mogu se javiti glavobolje, bolovi u mišićima. Kao posljedica tjeskobe često se javljaju i **kognitivni poremećaji** u vidu stalno prisutnih negativnih razmišljanja, zabrinutosti, straha od budućnosti i smanjene efikasnosti u poslu. Ponekad se dugotrajni stres može komplicirati raznim psihosomatskim ili psihijatrijskim oboljenjima kao što je na primjer depresija ili anksiozni poremećaji.

1.2.2. Kriza

Kriza je privremeno emocionalno stanje koje izazivaju događaji s kojima

se teško nosimo, a uobičajene metode rješavanja problema nisu nam od pomoći. Ovim pojmom opisuju se efekti neugodnih, negativnih ili pozitivnih događaja koji znatno utječu na naš život, mijenjajući njegove osnovne postavke. Obično zahtijevaju mobilizaciju dodatnih psiholoških mehanizama jer dotadašnji načini na koji smo se nosili sa situacijama nisu učinkoviti. Uzroci krize su u pravilu događaji koji se teže podnose, koji su iznenadni i snažni i emocionalno su opterećenje. Mogu trajati od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci. Primjeri negativnih događaja koji mogu izazvati krizu su na primjer smrt bliske osobe, gubitak posla, teška bolest nas ili članova obitelji, a primjeri pozitivnih događaja su preseljenje, novo radno mjesto, sklapanje braka. Svaki od ovih događaja neće izazvati kriznu situaciju kod svih ljudi, već će ovisiti o značajkama same osobe, o vrsti događaja i načinu njegova proživljavanja. Teže se podnose iznenadni i snažni događaji, koji su emocionalno opterećenje. Stresu i krizi bit će podložnije preosjetljive osobe, koje su prethodno bile izložene nekim drugim stresnim događajima. Odavno je prepoznata važnost kumulativnog efekta koju takvi događaji imaju što pokazuje i Lista životnih događaja koju su Holmes i Ralphe sastavili prije više od četrdeset godina u kojoj su visoko vrednovani smrt bračnog druga, razvod, odvojen život, smrt bliskog člana obitelji. Na kraju liste nalazili su se prekršaji zakona, proslave ili ljetovanja.

Krizna situacija može se manifestirati tjelesnim simptomima kao što su smetnje hranjenja, spavanja, regulacije temperature, bolovima u mišićima, glavoboljom. Često se javlja zaokupljenost cikličkim razmišljanjima i zaokupljenost sadržajem krize uz strah da se kriza nikada neće prevladati, nemogućnost da se vidi izlaz iz krize, popraćene osjećajima bespomoćnosti i gubitka nade. Pri tome osoba često otežano funkcionira, teško se koncentrira na posao ili na ono što drugi govore, ima smetnje spavanja i apetita. Jedan od karakterističnih znakova krize je prekid socijalnih kontakata i izolacija. Vrlo često nam se čini da smo sami, da nitko ne može razumjeti probleme s kojim se susrećemo i da nam ne može pomoći. Smatra se da je obnavljanje društvenih relacija jedan od prvih znakova izlaska iz krize. Ako se kriza ne razriješi već se produbljuje, pridružuju joj se depresivni ili anksiozni poremećaji ili druga psihička ili tjelesna oboljenja.

1.2.3. Psihološka trauma

Definicije traumatskog događaja su različite. Kod većine definicija traumatski događaj je prijetnja ili stvarna opasnost psihičkom ili fizičkom integritetu osobe. Traumatski događaj može biti i svjedočenje ugroženosti psihičkog

ili fizičkog integriteta neke druge osobe. U pravilu je nepredvidiv, izvan naše kontrole, uništava osjećaj sigurnosti, čini nas osjetljivima i uznemirenima.

Primjeri traumatskih događaja su: izloženost nasilnim napadima, kidnapiranje, sudjelovanje u borbenim operacijama, teroristički napadi, izloženost torturama, boravak u koncentracijskim logorima te prirodne ili druge katastrofe. Svaki traumatski događaj ima svoje osobitosti o kojima treba misliti. Tako na primjer rat izaziva bespomoćnost, prekid veze s obitelji, tjelesni napor, nedostatak sna, buku, strah od smrti, gubitak normalnih životnih uvjeta i smrt svojih suboraca, dok prirodne katastrofe, uz bespomoćnost i gubitak strukture dnevnog života, dovode do visokog stupnja destrukcije i ljudske patnje.

Osjećaj koji se prvi javi pri suočenosti s traumatskim događajem gotovo uvijek je strah. Strah je osnovni obrazac reakcije psihološkog aparata na opasnu situaciju. Ovaj osjećaj osim nelagode ima i pozitivnu stranu jer nosi upozorenje i služi tome da kod osobe pokrene lanac adaptacijskih mehanizama koji će je zaštititi od toksičnog djelovanja traumatskog događaja. Taj lanac sastoji se od tjelesnih i psiholoških reakcija. Skup tjelesnih reakcija opisan je „stresnim odgovorom organizma“ u vidu faze alarma i otpora s aktivacijom simpatikusa, i faze iscrpljenja s aktivacijom parasimpatikusa. Njegova je svrha priprema organizma za borbu ili bijeg. Amigdale su područje mozga u kojem počinje proces aktivacije neurokemijskog i neuroanatomskog odgovora na potencijalnu životnu opasnost. Tako se reakcije na traumatski događaj mogu opisati kao imobilizacija, bujica pokreta ili svrsishodno problemu usmjereno ponašanje. Na sreću, kod većine osoba posljednje je najčešća reakcija na traumatski događaj. Isto tako većina ljudi uspješno ovlada i proradi traumatski događaj, no jedan dio njih razvije složene posttraumatske reakcije. Kod većine se simptomi smire nakon dva tjedna do dva-tri mjeseca, a u najtežim slučajevima razvija se posttraumatski stresni poremećaj.

Nije nimalo lako postaviti oštru i jasnu granicu između patološke reakcije na traumatski događaj i one koju nazivamo „normalnom“. Obično će jačina reakcije, njezino trajanje i utjecaj na sposobnost povratka u svakodnevni život biti presudni u našoj procjeni o tome je li reakcija na traumatski događaj „normalna“ ili „patološka“.

1.2.4. Teorije o učincima stresa i traume

Psihološke teorije

Više je teorijskih koncepata pokušalo opisati način na koji se psihički aparat prilagođava na traumu. Teorije koje pripadaju povijesti, ali i one novije, upućuju

na veliku važnost emocija povezanih s traumom na način adaptacije na traumu. U pravilu, osoba koja uspijeva adekvatno proraditi osjećaje pobudene traumatskim događajima i pohraniti ih u „skladište“ emocionalnog sjećanja u amigdala ima manje izražene psihološke posljedice traumatskog događaja.

Povijesno gledajući najveći značaj razvoju **psihodinamskih teorija** dao je Freud koji je vrlo rano prepoznao važnost traumatskih događaja za pojavu psihičkih smetnji. Već je antologijski primjer o važnosti tzv. „primarne scene“ (spolni odnos roditelja) na pojavu kasnijih simptoma anksioznih poremećaja. No Freud je iznio nekoliko važnih koncepata koji su se do danas zadržali u dinamski orijentiranim teorijama. To su koncept „signalne anksioznosti“ i „kompulzije repeticije“. Signalna anksioznost upućuje na tjeskobu, to jest anksioznost koja se pojavi kad događaji iz vanjskog svijeta pobude duboko potisnuta sjećanja na snažno emocionalno obojene događaje iz ranog djetinjstva. Ovaj u osnovi neuropsihološki koncept ponovnog prisjećanja na događaje koji su u prošlosti predstavljali izvor tjeskobe naziva se **kompulzija repeticije ili prisila ponavljanja**. Snažna anksioznost koja traje dulje razdoblje premašuje i iscrpljuje uobičajene obrambene mehanizme te se pojavljuju brojni simptomi anksioznih poremećaja.

Neki kasniji autori odgovornost za nastanak traumatske reakcije gotovo u potpunosti su vidjeli u prirodi traumatskog događaja, dok su drugi naglasak stavili na samu ličnost (na primjer Fenichel), ukazujući na utjecaj traume na oživljavanje konflikata iz djetinjstva i regresije na fiksacije ranog konflikta, aktivaciju obrana i osjećaja iz razvojnih faza.

Teorija „**copinga**“ ističe važnost pohranjivanja traumatskog događaja u memoriju. Zbog snažne emocionalne obojenosti, traumatski događaj ne može se odmah pospremiti već se neprestano vraća i stalno ponovno proživljava. To se naziva „intruzija“ i pomaže da se osjećaji vezani uz traumatski događaj prorade i time izgube na svojoj snazi. Pod utjecajem drugoga kontrolnog mehanizma „negacije“ inhibiraju se i kontroliraju prisjećanja na traumatski događaj. Međusobnom igrom ovih mehanizama omogućuje se pohranjivanje traumatskih sjećanja u memoriju. Za lakše razumijevanja ovoga fenomena iznijet ćemo primjer kad doživimo traumatsku situaciju. Često prepričavanje događaja prijateljima i članovima obitelji uz manifestiranje tjeskobe, straha, zabrinutosti, nakon što se po stoti put ispriča oslabit će emocije vezane uz taj događaj i više nam se neće činiti tako težak i bezizlazan, sve ćemo manje misliti na njega, a kako vrijeme prolazi, sve rjeđe ćemo ga se prisjećati.

No, nažalost, u svim slučajevima traumatskog događaja strah nije osnovni osjećaj koji se prvi javlja. Značajan doprinos u razjašnjavanju djelovanja

traumatskih iskustava dao je rad s preživjelim žrtvama holokausta kada je zamijećena njihova nemogućnost da identificiraju i verbaliziraju osjećajna stanja. Traumatski događaj dovodi do preplavljenosti bespomoćnošću i nemogućnošću iskazivanja osjećaja i osjećajnih stanja koji se pri tome često prazne na tjelesnom planu ili se pokušavaju kontrolirati uzimanjem psihoaktivnih sredstava (lijekova, droga, alkohola).

Na tom tragu u objašnjenju nastanka složenih posttraumatskih reakcija posegnulo se za konceptom **disocijacije** koji se pojavljuje kad osoba ne može integrirati i pohraniti traumatska sjećanja već ih zadržava odvojeno od ostalih sjećanja. Novije spoznaje upućuju na to da je svijest rascjepkana u različitim područjima koja se u normalnim stanjima uspijevaju povezati. No psihološka trauma dovodi do poremećaja u mogućnosti uspostave veza između disociranih područja svijesti. Opisuju se tri vrste disocijacija: primarna, sekundarna i tercijarna.

Primarna disocijacija nastaje kada se senzorni i emocionalni aspekti traumatskog događaja ne mogu integrirati u memoriju, već se taj dio sjećanja „drži“ izvan svjesnog. Primjer su intruzivna sjećanja, noćne more i „flashbackovi“, koji su dio kliničke slike PTSP-a.

Sekundarna disocijacija je fenomen kojim se tijekom traumatskog događaja osoba psihološki „odvoji“ od tijela, a traumatski događaj promatra kao gledatelj. Time se štiti od potpune svijesti o traumatskom događaju i umanjuje svijest o traumi.

Tercijarna disocijacija najteži je i najdrastičniji primjer disocijacije koji dovodi do stvaranja odvojenih osobnosti kao način obrane od traumatskog iskustva. Svako od tih „ego stanja“ stvara drugi identitet s vlastitim kognitivnim, afektivnim i bihevioralnim osobitostima. Često se opisuju kao posljedica seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu, a primjer je multipla osobnost kod disocijativnog poremećaja identiteta.

Važan doprinos razumijevanju patološke adaptacije na traumu dao je suvremeni psihoanalitičar Lindy, kojeg odlikuje dugogodišnje iskustvo rada sa psihotraumatiziranimima. On opisuje što se dešava s ličnošću zbog obimne disocijacije traumatskih sjećanja. Psihički aparat služi se brojnim obrambenim mehanizmima (rascjepom, poricanjem, regresijom i magičnim razmišljanjem) zbog kojih organizam biva energetski iscrpljen. Time razvija novu razinu prilagodbe, uz stanje otupjelosti, emocionalnog otuđenja i izbjegavanja misli i postupaka koji podsjećaju na traumu. Pri pojavi novih vanjskih stresova nastupa dodatno opterećenje obrambenih sustava zbog čega dolazi do poremećaja u funkcioniranju psihičkog aparata, ali i brojnih organskih sustava. Poremećaj psihičkog

aparata manifestira se iskrivljenošću u procjeni i percepciji svakodnevnih događaja, poremećajem u regulaciji emocija i promjenama u samoj osobnosti. Za takve osobe svijet za nepredvidljiv i zlonamjeren sustav vjerovanja odražava cinizam, vlastita i tuđa očekivanja su trajno promijenjena, budućnost se čini crnom i prijetećom. Zbog poremećaja u regulaciji emocija oboljelih od PTSP-a često se bore s osjećajima bijesa, anksioznosti, bespomoćnosti i krivnje uz cijenu poricanja navedenih osjećaja ili emocionalne otupjelosti. Ovakve promjene u ličnosti često su drastične, obitelj, a i sami oboljeli opisuju da su se promijenili, gube osjećaj dosljednosti unutar ličnosti, kao da je jedna osoba postojala prije traumatskog događaja, a druga nakon njega.

Pri razmatranju suvremenih teorija nezaobilazne su **bihevioralna i kognitivna teorija**.

Bihevioralna je teorija u svoju srž ugradila novije spoznaje o vrstama pamćenja. Po njezinu tumačenju, presudni čimbenik u reakciji na traumu je sam traumatski događaj. Tijekom prve faze osoba izložena traumatskom događaju (bezuovjetni, nekondicionirani podražaj) razvija osjećaj intenzivnog straha i anksioznosti. Uznemirena traumatskim događajem pamti razne podražaje (misli, mirisi, slike, zvukovi) prisutne u trenutku traume (uvjetno, kondicionirano učenje). Ovi podražaji mogu i nakon prolaska traumatskog događaja, reakcijom klasičnog uvjetovanja, izazvati reakciju intenzivnog straha i anksioznosti. U drugoj fazi instrumentalizirano učenje vodi izbjegavanju bezuvjetnih (nekondicioniranih) i uvjetnih (kondicioniranih) podražaja. Izbjegavanje neugodnih osjećaja straha i tjeskobe postiže se izbjegavanjem podražaja.

Prema kognitivnoj teoriji, osoba izložena stresnoj situaciji vrlo brzo po suočavanju s nekom situacijom interpretira je u terminima relevantnosti i važnosti za sebe, što se naziva „procjena“ situacije. Stresna se može doživjeti kao štetna, prijeteća ili može biti izazov i time dati mogućnost daljeg rasta i razvoja. Kada je situacija procijenjena stresnom, slijedi sekundarni proces procjene. Kako će osoba reagirati u situaciji koja je procijenjena prijetećom ovisi upravo o interpretaciji vlastite mogućnosti suočavanja sa stresom, za što se koristi termin tercijarne ponovne procjene. Prema kognitivnoj teoriji, dvije su osnovne kategorije **suočavanja sa stresom**: 1. problemu usmjereno suočavanje (usmjeriti unutarnje snage prema rješavanju stresom izazvanih problema), 2. emocijama usmjereno suočavanje (smanjivanje tenzije putem intrapsihičke aktivnosti kao što su negacija ili promjena ponašanja). Problemu usmjereno suočavanje izgleda primjereniji način o čemu svjedoči manja pojavnost PTSP-a kod osoba s ovim načinom suočavanja. Primjerenost određenog načina suočavanja sa stresom ovisi o vrsti stresne situacije.

Tri važna simptoma u kliničkoj slici, kao što su intruzivna prisjećanja, poteškoće u razlikovanju relevantnih od nevažnih aspekata događaja, kao i masovno korištenje disocijacije i nakon traume prema kognitivnim teorijama shvaćena su kao poremećaj obrade informacija.

Biološke teorije

Izloženost stresu i traumi izaziva odgovor na stres, kojim se pokreće složen biološki odgovor s ciljem da se procijeni stupanj opasnosti i prema tome prilagodi ponašanje. Amigdale su područje mozga u kojem počinje proces aktivacije neurokemijskog i neuroanatomskog odgovora na potencijalnu životnu opasnost. Svijest o postojećoj opasnosti izaziva aktivaciju simpatikusa odgovornog za reakciju „borba-bijeg“, a zatim parasimpatikusa zaduženog za sputavanje reakcije simpatikusa. Neuropeptidima aktivirana hipotalamo-pituitarno-adrenalna osovina (HPA) potiče hipotalamus na lučenje kortikotropnog faktora (CRP) koji stimuliraju hipofizu na oslobađanje adrenokortikotropnog hormona (ACTH), a on nadbubrežnu žlijezdu da luči kortizol. Uloga kortizola u stresu je da pomogne održavanje simpatičke aktivacije, a s druge strane da negativnom povratnom spregom zaustavi njegovo dalje lučenje djelovanjem na amigdale, hipokampus, hipotalamus i hipofizu.

1.2.5. Prilagodba na stresni i traumatski događaj

Način na koji će se osoba adaptirati na stresni i traumatski događaj ovisi o brojnim čimbenicima. Oni se obično u didaktičke svrhe dijele na *čimbenike ličnosti, traumatskog događaja i okoline*.

Smatra se da su osobe koje su u djetinjstvu bile izložene ranim traumatskim iskustvima, koje imaju određene crte ličnosti (opsesivnost, anksioznost, depresivnost) ili poremećaj osobnosti izložene većem riziku razvoja patoloških reakcija.

Nužno je istaknuti važnost značenja koje pojedina osoba daje traumatskom događaju. To značenje u uskoj je vezi s kontekstom u kojem se neki događaj zbiva, obilježjima same osobnosti, kulture ili civilizacijskog okruženja kojem neka osoba pripada. Na primjer, primitivnim plemenima uzimanje nevinosti djevojčicama pomoću falusnog simbola dio je rituala odrastanja, dok bi isti događaj u našoj kulturi imao značenje seksualnog traumatskog iskustva.

Traumatski događaji mogu se javiti u različitim fazama života. Njihov je utjecaj u pravilu snažniji i razorniji ako se traumatski događaj zbiva ranije, u mlađoj dobi.

Priroda i trajanje traumatskog događaja također igra ulogu u načinu

reakcije na traumatski događaj. Snažniji utjecaj imaju traumatski događaji obilježeni interpersonalnim nasiljem negoli prirodne katastrofe.

Socijalna podrška zajednice ima važnu ulogu u načinu suočavanja individue s potencijalno traumatizirajućim iskustvom. Priče, legende, mitovi i rituali koji su dio kulture zajedno s religijom važni su mehanizmi pomoću kojih pojedinac preoblikuje svoje, često katastrofične reakcije na gubitke. Kultura, putem rituala igra važnu ulogu u procesima gubitaka i žalovanja. Rituali žalovanja omogućuju ožalošćenoj osobi kontrolu emocija i ponašanja, blisko ih povezuju s društvenom grupom kojoj pripada i služe kao simbol kontinuiteta. Podrška obitelji i radne sredine često su presudni čimbenici u razvoju adaptacije na traumu.

No, nažalost, tijekom socijalnih ili kulturnih potresa dolazi do drastičnih promjena u sustavu društvenih vrijednosti, osobnih očekivanja i vrijednosnih sustava. Masovne nesreće, rat, revolucija unutar zajednice izazivaju slom tradicionalnog sustava što dovodi do gubitka identiteta kulture zajednice, njezino mjesto zauzimaju drugi najčešće negativni modeli identiteta i drukčiji načini stvaranja socijalnih grupa. Kada zaštita i sigurnost kulture jedne zajednice izostaju, paranoja postaje zamjena za povjerenje, agresija smjenjuje brigu i podršku, konfuzija identiteta ili negativni identitet postaje zamjena za pozitivni.

Ako grupi nije omogućena prorada poniženja i žalovanje za gubicima, osjećaj viktimizacije vezat će se uz grupni identitet i prenijeti na generacije koje dolaze, što se naziva transgeneracijskim prijenosom traume.

Stigma i diskriminacija povezani sa psihičkom bolesti snažne su psihosocijalne odrednice mentalnog zdravlja. Poznat je začarani krug posljedica stigmatizacije, diskriminacije i samostigmatizacije koje negativno djeluju na oporavak od bolesti.

ZAKLJUČAK

Stresom ili eustresom naziva se reakcija organizma na situacije koje u nama bude osjećaj nelagode i kad određenu situaciju procijenimo prijetećom. Pojam eustresa je sveprisutan fenomen i može se javiti kao reakcija kako na negativne tako i na pozitivne događaje, tzv. stresore. Kriza je privremeno emocionalno stanje koje izazivaju događaji u životu s kojima se teško nosimo, a uobičajene metode rješavanja problema nisu nam od pomoći. Ovim pojmom opisuju se efekti neugodnih, negativnih ili pozitivnih događaja koji značajno utječu na naš život, mijenjajući njegove osnovne postavke. Traumatski događaj su prijetnja ili stvarna opasnost psihičkom ili fizičkom integritetu osobe, ali može biti i svjedočenje ugroženosti psihičkog ili fizičkog integriteta neke druge osobe. U pravilu je nepredvidiv, izvan naše kontrole, uništava osjećaj

sigurnosti, čini nas osjetljivima i uznemirenim. Mnogo je psiholoških i bioloških teorija kojima se objašnjava nastanak reakcije organizma na stresne i traumatske događaje.

Literatura:

1. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. New York: Oxford University Press; 2006.
2. Bicego GT, Boerma JT. Maternal education and child survival: A comparative study of survey data from 17 countries. *Soc Sci Med.* 1993;36(9):1207-27.
3. Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler DM, Hickie IB, Hunt D, Jelinek MV et al. 'Stress' and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Med J Aust.* 2003;178(6):272-276.
4. Cabaniss DL, Cherry S, Douglas CJ, Graver RL, Schwartz AR. Psychodynamic formulation. Chichester: Wiley and Blackwell. A John Wiley & Sons, Ltd. Publication; 2013.
5. Case A, Fertig A, Paxson C. The lasting impact of childhood health and circumstance. *J Health Econ.* 2005;24(2):365-89.
6. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975-90.
7. DeVries MW. Trauma in cultural perspectives. In: Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, editors. *Traumatic Stress: effects of overwhelming experience on mind, body and society.* New York, London: Guilford Press; 1996. p. 398-412.
8. Fisher J, Cabral de MM, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2012;90(2):139-49.
9. Friedli L. Mental health, resilience and inequalities. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2009.
10. Fryers T, Brugha T. Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2013;9:1-50.
11. Gleason MM, Zamfirescu A, Egger HL, Nelson CA, Fox NA, Zeanah CH. Epidemiology of psychiatric disorders in very young children in a Romanian pediatric setting. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2011;20(10):527-35.
12. Horowitz M. *Stress Response Syndromes.* New York: Jason Aronson; 1986.
13. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Glossary of Psychiatry and Psychology.* Williams & Wilkins; 1995.
14. Kelly Y, Sacker A, Del BE, Francesconi M, Marmot M. What role for the home learning environment and parenting in reducing the socioeconomic gradient in child development? Findings from the Millennium Cohort Study. *Arch Dis Child.* 2011;96(9):832-7.

15. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
16. Lazarus RS. Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press; 1991.
17. McEwen BS. Structural plasticity of the adult brain: how animal models help us understand brain changes in depression and systemic disorders related to depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2004;6:119-28.
18. Melzer D, Fryers T, Jenkins R, Brugha T, McWilliams B. Social position and the common mental disorders with disability: estimates from the National Psychiatric Survey of Great Britain. *Soc Psych Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(5):238-43.
19. Parkinson J. Measuring Positive Mental Health: Developing a New Scale. Glasgow: NHS Health Scotland; 2006.
20. Radley JJ, Kabbaj M, Jacobson L, Heydendael W, Yehuda R, Herman JP. Stress risk factors and stress-related pathology: Neuroplasticity, epigenetics and endophenotypes. 2011;14(5):481-97.
21. Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends Immunol*. 2006;27:24–31.
22. Schady N. Parents' education, mothers' vocabulary, and cognitive development in early childhood: longitudinal evidence from Ecuador. *Am J Public Health*. 2011;101(12):2299-307.
23. Svrakic DM, Cloninger CR. Pharmacotherapy and the Psychobiological Model of Personality: Implications for DSM-5. *Curr Psychopharmacol*. 2012;1:122-136.
24. Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black MM. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2011;89(8):608-15.
25. Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L. Traumatic Stress: effects of overwhelming experience on mind, body and society. New York, London: Guilford Press; 1996.
26. Willson JP, Friedman MJ, Lindy JD, editors. Treating psychological trauma and PTSD. New York, London: Guilford Press; 2004.
27. Wright K. Alleviating stress in the workplace: advice for nurses. *Nurs Stand*. 2014;28(20):37–42.
28. World Health Organization https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
29. World Health Organization. Review of social determinants and the health divide in the WHO Euro-pean Region: final report. Copenhagen: World Health Organization; 2013.
30. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization; 2014.

2. ULOGA STRESA U NASTANKU MENTALNIH POREMEĆAJA I PSIHOBIOSOCIJALNI MODEL BOLESTI

Slađana Štrkalj Ivezić

2.1. Uvod

Mentalni poremećaji odražavaju kompleksnost interakcija između bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika vezano za nastanak, početak, tijek i ishod bolesti. Nastanak psihičkih poremećaja i utjecaj na stanje nakon već razvijenog poremećaja procjenjuje se u interakciji procjene utjecaja psiholoških (psihološke karakteristike ličnosti na čije su formiranje utjecali događaji iz ranog odrastanja, uključuje specifični način doživljavanja, tumačenja i reagiranja na događaje u životu, uključuje mehanizme obrane), bioloških (genetske predispozicije, pretpostavljene biološke promjene mozga) i socijalnih čimbenika (uvjeti stanovanja, posao, komunikacija s okolinom, interakcije s drugim ljudima, mreža podrške, traumatski događaji, interpersonalni odnosi, obiteljski odnosi). Često se psihološko i socijalno isprepleću pa se psihološki i socijalni čimbenici nekada nazivaju psihosocijalnim čimbenicima. U biopsihosocijalnom modelu na nastanak i održavanje bolesti gleda se interakcija bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Danas znamo da mozak reagira na biološke, psihološke i socijalne čimbenike i da je podjela na biološko, psihološko i socijalno, odnosno zanemarivanje utjecaja bilo kojih čimbenika neopravdana i ima štetne posljedice na liječenje bolesnika. Poznato je da promjena načina razmišljanja i ponašanja može dovesti do pozitivnih promjena u mozgu i tako reducirati psihobiološku vulnerabilnost, dakle psihosocijalnim sredstvima možemo utjecati na biološku osnovu. Za razumijevanje interakcije između bioloških i psihosocijalnih čimbenika korisna je teorija osjetljivosti na stres.

2.2. Teorija osjetljivosti na stres

Teorija osjetljivosti na stres objašnjava odnos biološke predispozicije (vulnerabilnosti) za psihičke poremećaje i stresora iz okoline. Posljedica

nepovoljne interakcije može biti početak ili pogoršanje bolesti. Svakodnevni mali stresori mogu se akumulirati i uzrokovati poteškoće kod osobe s mentalnim poremećajem da ih svladava, što dovodi do pogoršanja bolesti. Model razmatra protektivne i rizične čimbenike. Socijalne vještine na primjer mogu biti protektivni čimbenici u sprječavanju stresom uzrokovanog pogoršanja bolesti tako što mogu pomoći da osoba lakše ostvari suportivnu mrežu koja je također protektivni čimbenik. Model vulnerabilnosti ličnosti i međuveze suočavanja sa stresom i sposobnosti objašnjava početak, tijek i ishod simptoma i socijalno funkcioniranje kao kompleksnu interakciju bioloških, okolinskih i psiholoških čimbenika. Psihobiološka vulnerabilnost može dovesti do pojave simptoma psihičkog poremećaja kada stresni događaji u obitelji ili na poslu prelaze kapacitete osobe da se s njima nosi. Stoga trening socijalnih vještina koji smanjuje vulnerabilnost ličnosti povećavanjem vještina i sposobnosti može biti značajan čimbenik stabilizacije remisije. Neuzimanje lijekova koji stabiliziraju stanje biološkim putem ili uzimanje droga može narušiti biološku osnovu poremećaja, biti rizičan čimbenik i dovesti do pogoršanja. Nisko samopoštovanje, poteškoće kontrole anksioznosti, u kombinaciji s vanjskim stresorima, kao što su napetost u obitelji i zloupotreba droga također predstavljaju rizik za pogoršanje stanja utjecajem na simptome bolesti, kognitivni, emocionalni i socijalni deficit koji će dovesti do poteškoća u socijalnom i radnom funkcioniranju. Protektivni čimbenici mogu povećati sposobnost osobe da se bolje nosi sa stresom, a uključuju i psihofarmake, psihoterapiju i psihosocijalne postupke. Protektivni čimbenici jačaju sposobnost osobe da se bolje nosi s vanjskim stresnim situacijama i tako reducira morbiditet i disabilitet, stoga moraju pronaći svoje mjesto u planu liječenja. Suočavanje sa stresom i jačanje sposobnosti suočavanja sa stresom važni su protektivni čimbenici. U okviru ove teorije biološki čimbenici, kao što je upotreba droga i stresni događaji u nedostatku kapaciteta osobe da se nosi s novonastalom situacijom, mogu dovesti do pogoršanja stanja bolesti. Tako na primjer otpust nakon dugotrajne hospitalizacije nepripremljenog pacijenta za život u zajednici nadilazi protektivne čimbenike lijekova, a nedostatak osobnih mogućnosti nošenja sa situacijom, nedostatak socijalnih vještina i izostanak socijalne podrške mogu dovesti do pogoršanja bolesti. I kada ne postoji vanjski značajni stresni događaj, oboljeli ako nemaju dovoljno zaštite povezane s lijekovima, sposobnostima svladavanja stresa, vještinama i socijalnom podrškom mogu reagirati i na uobičajene zahtjeve svakodnevnog života koji su za njih stres zbog nesposobnosti da se nose s tim zahtjevima.

Psihosocijalni postupci kroz razvoj vještina i bolje nošenje sa stresom pomažu da se negativni efekti stresa ublaže i tako predstavljaju protektivne čimbenike

jer povećavaju sposobnosti boljeg nošenja sa životnim problemima koje štite osobu od negativnih utjecaja stresnih događaja. Neadekvatno suočavanje sa stresom može značajno smanjiti socijalno, radno funkcioniranje i brigu o sebi. Pogoršanje stanja pojavom simptoma bolesti praćenom oštećenjem funkcija može se dogoditi kada čimbenici psihobiološke vulnerabilnosti postaju okidač, što se često događa ako nije uspostavljena: 1. optimalna antipsihotična terapija; 2. stresni događaji utječu tako da osoba nema razvijene zadovoljavajuće strategije suočavanja/rješavanja problema i vještine u socijalnim i drugim ulogama; 3. kada ih osoba koja ima sposobnosti suočavanja i zadovoljavajuće vještine ne koristi, bilo zbog gubitka motivacije i nade ili prihvatanja uloge bolesnika.

Jedan od ciljeva plana liječenja je sprječavanje recidiva bolesti u kojem je važno povećati protektivne, a smanjiti rizične čimbenike. U planiranju liječenja važno je poznavanje protektivnih čimbenika, odnosno čimbenika koji mogu pridonijeti održanju stanja zdravlja i pomoći da ne dođe do recidiva bolesti i rizičnih čimbenika, koji mogu utjecati na pojavu recidiva i pogoršanja zdravlja. Protektivne i rizične čimbenike treba identificirati za svakog pacijenta pojedinačno. Kao protektivne čimbenike kod osoba kod kojih se pojavi psihoza istraživanja su identificirala sljedeće čimbenike: antipsihotičnu terapiju, dobro socijalno funkcioniranje i različite psihosocijalne postupke, rad s obitelji dobar odnos s terapeutom, samopoštovanje i suočavanje sa stresom, *case managementom*, osobito asertivnim liječenjem u zajednici. Razumijevanje važnosti protektivnih i rizičnih čimbenika za ishod bolesti ključno je za planiranje liječenja oboljelih od psihotičnih poremećaja.

Model stres – mehanizmi suočavanja – socijalna podrška vodeći je model u edukaciji različitih stručnjaka koji rade u službama za mentalno zdravlje, uključuje edukaciju za rad u centrima za krizne intervencije, centrima za mentalno zdravlje, rehabilitaciju u zajednici, udrugama obitelji i korisnika usluga, a odnosi se na niz psihosocijalnih postupaka u kojima se pacijenti podučavaju vještinama za svakodnevni život, obitelji kako da bolje podnose bolest oboljelog člana i kako da mu pomognu, a pokazao se i kao koristan pristup za cijeli tim unutar kojeg različiti stručnjaci imaju svoje područje rada, ali zajednički prihvaćaju opći model. Biopsihosocijalni pristup univerzalno je važan za planiranje liječenja pacijenata koji traže pomoć u sustavu psihijatrije.

ZAKLJUČAK

Stres je definiran kao fiziološki i psihološki odgovor na različite stresore. Prema intenzitetu događaja i prilagodbi može se manifestirati kao eustres ili stres svakodnevnog života, distres ili kriza i traumatski događaj odnosno reakcija na traumu i PTSP. Opisane su biološke, psihološke i socijalne teorije koje

determiniraju odgovor na stresne i traumatske događaje. Stres ima važnu ulogu kod pojave i tijeka mentalnih poremećaja stoga treba definirati čimbenike otpornosti, ranjivosti i zaštite.

Protektivne i rizične čimbenike treba identificirati za svakog pacijenta pojedinačno. Istraživanja su identificirala antipsihotičnu terapiju, dobro socijalno funkcioniranje, različite psihosocijalne postupke, rad s obitelji, dobar odnos s terapeutom, samopoštovanje, suočavanje sa stresom i *case management* kao protektivne čimbenike kod osoba s težim psihičkim poremećajima. Razumijevanje važnosti protektivnih i rizičnih čimbenika za ishod bolesti ključno je za planiranje liječenja oboljelih od psihotičnih poremećaja. Model stres – mehanizmi suočavanja – socijalna podrška vodeći je model u edukaciji različitih stručnjaka koji rade u službama za mentalno zdravlje i rehabilitaciju u zajednici, udrugama obitelji i korisnika usluga. Biopsihosocijalni pristup univerzalno je važan za planiranje liječenja pacijenata koji traže pomoć u sustavu psihijatrije.

Literatura

1. Bellack AS, Morrison RL, Wixted JT, Mueser KT. An analysis of social competence in schizophrenia. *Brit J Psychiatry*. 1990;156:809–818.
2. Brekke JS, Long JD, Kay D. The structure and invariance of a model of social functioning in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190(2):63-72.
3. Bustillo J, Lairello J, Horan W, Keith S. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am J Psychiatry*. 2001;158(2):163-175.
4. Dik MN, Bond GR. Meta-analytic evaluation of skills training research from individuals with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(6):1337-46.
5. Erickson DH, Beiser M, Iacono WG, Fleiming JA, Lin TY. The role of social relationship in the course of first episode and affective psychosis. *Am J Psychiatry*. 1989;146(11):1456 -61.
6. Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB, Gilderman AM. Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: a controlled study. *N Engl J Med*. 1982;306(24):1437-40.
7. Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;47(3): 228-36.
8. Gabbard GO, Kay J. The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocialpsychiatrist? *Am J Psychiatry*. 2001;158(12):1956-63.
9. Gureje O, Harvey C, Herrman H. Self-esteem in patients who have recovered from psychosis: profile and relationship to quality of life. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004;38(5):334-8.
10. Hofman SG, Tompson MC. *Treating Chronic and Severe Mental Disorders: A handbook of empirically supported interventions*. New York, NY, US: The Guilford Press; 2002.

11. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, Madonia MJ. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43(7):633-42.
12. Huxley NA, Rendall M, Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *J. Nerv Ment Dis*. 2000;188(4):187-201.
13. Katching H, Freeman H, Sartorius N. Quality of life in mental disorders. Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley and Sons; 1997.
14. Kuipers E, Leff J, Lam D. Family work for schizophrenia. London: Gaskell; 1992.
15. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Two-year follow-up. *Br J Psychiatry*. 1990;157:571-7.
16. Liberman RP. Recovery from the disability. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing; 2008.
17. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, Essock SM, Tarrrier N, Morey B, Vogel-Scibilia S, Herz MI. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv*. 2002;53(10):1272-84.
18. Mechanic D. The scientific foundation of community psychiatry. In: Tornicroft G, Szmukler G, editors. *Textbook of community psychiatry*. London: Oxford University press; 2001. p. 41-52.
19. Norman RM, Malla AK. Stressful life events and schizophrenia. I: a review of the research. *Br J Psychiatry*, 1993;162:161-6.
20. Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull*. 1984;10(2):300-12.
21. Siegel SJ, Irani F, Brensinger CM, Kohler CG, Bilker WB, Ragland JD, Kanes SJ, Gur RC, Gur RE. Prognostic variables at intake and long-term level of function in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006;163(3):433-41.
22. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37(4):392-7.
23. Strous RD, Ratner Y, Gibel A, Ponizovsky A, Ritsner M. Longitudinal assessment of coping abilities at exacerbation and stabilization in schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2005;46(3):167-75.
24. World Health Organization Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). Geneva: WHO; 1988.
25. Wieselgren IM, Lindstrom LH. A prospective 1-5 year outcome study in first-admitted and readmitted schizophrenic patients; relationship to heredity, premorbid adjustment, duration of disease and education level at index admission and neuroleptic treatment. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93(1):9-19.

26. Xia J, Li C. Problem solving skills for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;2:CD006365.
27. Zubin J, Spring B. Vulnerability - new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* 1977;86(2):103-26
28. Zubin J, Steinhauer SR, Condray R. Vulnerability to relapse in schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl.* 1992;(18):13-8.

3. NEUROPLASTIČNOST MOZGA

Dolores Britvić

3.1. Uvod

Mozak svakog od nas nastao je djelovanjem brojnih okolinskih čimbenika tijekom našeg života na naslijeđeni genetski materijala. Okolinski čimbenici utječu na neprestano oblikovanje moždanih struktura, moždanih krugova, stvaranje neurona i sinapsi. Okolina mijenja aktivnost gena i epigenetsko stanje gena.

Pri tome treba razlikovati pojmove neurogeneza i neuroplastičnost. Neurogeneza znači stvaranje novih neurona koje je moguće tijekom procesa učenja, a neuroplastičnost je sposobnost mozga da se mijenja, da jedan dio mozga preuzima nove funkcije ili da se stvaraju nove sinapse i novi moždani krugovi. Neuroplastičnost je i kapacitet nervnog sustava da razvije strukturalne i funkcionalne adaptacije na stimuluse. Neurogeneza i neuroplastičnost nastavljaju se i nakon rođenja te su prisutne i moguće tijekom života. Kada poraste razina kortikosterona, neurogeneza opada, a pod utjecajem više razine estrogena, serotonina, antagonista glutamata i nekih antipsihotik araste. Opadanje u neurogenezi može izazvati depresivni poremećaj.

3.2. Rani razvoj

Tijekom ranog razvoja veliku ulogu u razvoju mozga igraju vrlo rana iskustva koja se duboko urezuju u svijet dječjih sjećanja, rani odnos djeteta s majkom i njezinom mogućnošću da prepozna potrebe djeteta i na njih na optimalan način odgovori. Da bi se dijete primjereno razvijalo, trebaju biti zadovoljeni uvjeti fizičke sredine (hrana, toplina, primjerena njega), ali i kontinuirane interakcije s osobama iz svoje okoline, posebno majkom. Zdravo dijete rađa se sa svim moždanim strukturama, moždanim deblom, odgovornim za regulaciju tjelesnih funkcija (temperature, budnosti, spavanja, disanja, srčanog ritma i refleksa), limbičkim sustavom (emocionalni mozak) i korteksom

(organizacija senzorijska, motorička, više moždane funkcije, iskustvo, naučni odnosi i interakcija s okolinom). Neposredno po rođenju dijete se ponaša instinktivno, odnosno prema „znanju koje je determinirano genetski“ i filogenetski „pripada vrsti“. Ovaj stupanj razvoja djeteta opisan je kao primarni autizam, odnosno dominacija Ida i primarnog procesa mišljenja. Damasio je opisao stanje „primordijalnog osjećaja“, afektivno stanje koje je istovremeno podloga uma i *selfa*, a u kojem se osjeća uroda i bol.

Tijekom razvoja i sazrijevanja svakodnevno pod utjecajem vanjskih čimbenika (odnosa s majkom ili osobom koja se brine o djetetu, okoline, učenjem) i bioloških čimbenika (gena i hormona) dolazi do stimulacije neuralnih krugova i porasta broja sinapsi među neuronima. Jedan od najvažnijih čimbenika u razvoju dječjeg mozga je rani odnos majka – dijete. Prema teoriji privrženosti, postizanje normalnog iskustva kod djeteta zahtijeva majčino zrcaljenje njegovih emocionalnih signala tako da odražavaju i dio majke.

Pri rođenju središnji živčani sustav opskrbljen je instinktivnim odgovorima za koje su zaduženi moždano deblo (regulacija temperature, srčanog ritma, temeljni refleksi), striatum, to jest bazalni gangliji (odgovorni za rutinske motoričke oblike ponašanja) te limbički sustav (emocije, učenje, memorija moduliranje približavanja i izbjegavanja te briga za mladunčad). Limbički mozak naziva se i emocionalni mozak, a središnju poziciju ima hipokampus. Uz njega su amigdale, hipotalamus i talamus. Hipokampus je zadužen za stvaranje deklarativne memorije, koja je memorija činjenica, iskustva i informacije o događajima. Spavanje je važno za konsolidiranje memorije. Promjene hipokampusa zabilježene su kod bolesnika sa shizofrenijom kod kojih je nađeno smanjenje volumena hipokampusa, posebno medijalnog temporalnog loba. Smatra se da je to posljedica neuropsiholoških oštećenja kod shizofrenije prije nego posljedica simptoma. Redukcija volumena hipokampusa navodi se i u drugim psihijatrijskim poremećajima (depresija, PTSP, bipolarni poremećaj i ovisnost o alkoholu).

Zahvaljujući postupnom biološkom sazrijevanju i učenju razvija se korteks koji je zadužen za senzorijsku, motoričku, svjesno iskustvo te naučene odnose i interakcije s okolinom. Neokorteks je evolucijski najrazvijeniji. Naziva se i logičnim mozgom ili izvršnim mozgom, a odgovoran je za planiranje budućnosti, rješavanje problema, kao i za kontrolu emocija. Može ga se povezati s analitičkim konceptom sekundarnog misaonog procesa, koji uvažava logiku i kauzalitet.

Neki autori navode da je mozak organ koji prevodi životna iskustva u neurokemiju. Tako Kagan ističe da razne tehnike slikovnog prikaza mozga tek mogu razotkriti posljedice iskustva u svojem subjektivnom bogatstvu, ali ne

i emocije, misli ili vjerovanja. Za razliku od bubrežne funkcije, funkcije mozga ne mogu se mjeriti. Dapače, priroda nije kreirala jedinstveno stanje straha ili anksioznosti. Ne postoji jedinstveni set stanja neurona ili njihovih funkcija koji može predvidjeti moguće psihološko stanje, odnosno ista ili slična stanja mogu potjecati od aktivacije različitih područja mozga.

3.3. Neuroplastičnost mozga

Ljudski mozak je najsloženiji organ koji poznajemo. Dobitnik Nobelove nagrade Gerald Eldman rekao je da od sto milijardi neurona mozga, korteks sadrži 30 milijardi i milijun milijardi sinapsi, a da svake sekunde brojimo jednu sinapsu u mozgu ne bismo završili za 32 milijuna godina. Smatra se da svaki neuron ima između 10 000 do 100 000 sinapsi, a da se svake sekunde našeg života kreira milijun novih veza. Sinapse su stalno podložne procesu „obrezivanja, kresanja“ (tzv. *pruninga*) i stvaranja novih.

O važnosti veza između moždanih struktura govori i postojanje discipline tzv. „konektomike“ koja se njima bavi. Smatra se da psihički poremećaji nastaju zbog abnormalnosti u povezanosti između neuralnih regija ili „konektopatiji“.

Mora se odustati od činjenice da je ljudski mozak sačinjen od čvrsto određenog seta anatomskih veza definiranih genomom. Čak i mozak odraslog čovjeka je dinamički biološki sustav u kojem se stalno stvaraju nove veze, djelomično kao odgovor na stalne senzorne podražaje izvana, a djelomično kao posljedica načela samoorganiziranja.

Važna molekularna baza neuroplastičnosti je transkripcijska funkcija gena. Kandel nas podsjeća na dvije funkcije gena: prva je sposobnost uspješne replikacije, a druga je transkripcijska funkcija. Ona znači da geni kodiraju sintezu specifičnih proteina u svakoj stanici, stoga stanica može odgovarati na utjecaj okolinskih čimbenika. Upravo zbog činjenice da je regulacija ekspresije gena pod utjecajem vanjskih pa i socijalnih čimbenika, razne tjelesne funkcije pa tako i funkcije mozga, podložne su socijalnim čimbenicima. Stoga okolina mijenjajući ekspresiju gena može modificirati anatomske strukture mozga.

3.4. Uloga genetike u nastanku psihijatrijskih poremećaja

Istraživanja ljudskoga genoma otkrila su 22 000 gena u 23 kromosoma. Približno polovina ovih gena aktivna je u mozgu no ni jedan od njih

nije sa sigurnosti povezan s razvojem shizofrenije, depresije ili anksioznosti. Istraživanja genoma povezala su prisutnost duplikacija ili delecija nekih CNV-a (*copy number variations*) ili CNP-a (*copy number polymorphism*) s pojavom shizofrenije. Tako su CNP-i kod ovih bolesnika tri do četiri puta češći nego kod zdravih ispitanika. Unatoč tome, geni mogu biti rizični, ali nikako uzročni čimbenik. Do njihove manifestacije mogu dovesti visoko rizični čimbenici okoline kao što su socijalna izolacija, migracije, loši životni uvjeti, neurodezorganizirajući i nezdravi odnosi, negativna važnost koju osoba pridaje nekom iskustvu. Pozitivni i podržavajući interpersonalni odnosi, utjecaj okoline i sposobnost pojedinca da iskustvo stavi u kontekst i da mu pravo značenje predstavljaju protektivne čimbenike pojavi psihičkih poremećaja. Istraživanja upućuju na potencijalno visoko štetan utjecaj stresa na kromosomskoj i molekularnoj razini.

Istraživanja koja su se bavila doprinosom pojedinačnih gena u etiologiji shizofrenije pokazala su da je njihov utjecaj jednak nekim rizičnim čimbenicima okoline, dok drugi kao što su na primjer komplikacije na porodu (prerana ruptura posteljice, hitni carski rez ili komplikacije povezane s hipoksijom) imaju veći rizični potencijal nego neki „kandidat geni“ (geni za koje se smatra da imaju ulogu u nasljeđivanju shizofrenije). Istraživači također upućuju na štetan utjecaj prenatalnog stresa i zlorabe psihoaktivnih supstanci kod majki tijekom trudnoće.

Interakcija genotip – okolina može se definirati kao genetska kontrola osjetljivosti na okolinske čimbenike ili okolinska kontrola ekspresije gena.

Osim nasljeđivanja DNK-a, roditelji svojim potomcima prenose i stanje kromatina, stanično okruženje i celularne mehanizme važne za ekspresiju gena. Regionalne modifikacije kromatina, procesom metilacije ili acetilacije histona utječu na razinu ekspresije gena. Modifikacija kromatina može se inducirati specifičnim dijetama ili okolinskim čimbenicima. Stanično okruženje pruža stanicama kapacitet za transformaciju informacije s razine sekvence nukleotida na razinu aktivnih agensa biološkog razvoja i funkcije.

Unatoč značajnom potencijalnom utjecaju hormona, male i rane razvojne promjene mogu se kompenzirati tijekom razvoja mozga koji iskazuje zapanjujuću plastičnost i regeneratorni potencijal.

Novija istraživanja upućuju na epigenetske promjene kod oboljelih od shizofrenije. Uz DNK metilaciju i modifikaciju kromatina, spominje se RNK interferencija, promjene RNK-a (*editing* – mijesanje) i DNK-a (*rearrangement* – preuređivanje).

3.5. Neuropatološka istraživanja

Suvremena neuropatološka istraživanja shizofrenije ovu bolest identificiraju i kao poremećaj diskonektiviteta sinapsi i multiplih međusobno povezanih moždanih krugova. Iako je ukupni broj neurona kod shizofrenih bolesnika nepromijenjen u odnosu na zdravu kontrolu, izgleda da su neke subpopulacije neurona reducirane kao u mediodorsalnom talamusu koji može utjecati na kortikotalamičku povezanost. Tako su zabilježeni deficiti u GABA-ergičkom sustavu u dorzoprefrontalnom korteksu (DPFC) i prednjem cingularnom girusu (ACC).

Deficit u gustoći i broju stanica glije zamijećen je u velikom depresivnom poremećaju, bipolarnom poremećaju i shizofreniji, što upućuje na potencijalno zajedničku neuropatologiju kod ovih triju poremećaja. Stanice glije imaju višestruke uloge, podrška su neuronima, uključeni su u neurotrofičku podršku neuronima, u metabolizam glukoze i glutamatergičku transmisiju. Cotter je ukazao na toksički efekt glukokortikoida na redukciju aktivacije glija stanica hipokampusa i deficit u proliferaciji glija stanica kod velikog depresivnog poremećaja, bipolarnog poremećaja i shizofrenije.

Istražujući razlike između bolesnika s dobrim odgovorom (DO) na terapiju i onih sa slabim terapijskim odgovorom (SO), istraživači su zamijetili da bolesnici s DO-om tijekom psihotične epizode iskazuju epizodičan funkcionalno-diskonektivni sindrom povezan s visokom razinom inflamatornih citokina, prekidom u kontinuitetu bijele tvari i procesuiranja informacija. Remisija psihotične epizode bila je povezana s djelomičnim oporavkom bijele tvari.

3.6. Uloga neuroendokrinog sustava i stresa

Treba naglasiti dvosmjernu prirodu odnosa imunog i neuroendokrinog sustava. Pod utjecajem stresa dolazi do aktivacije HPA osovine i lučenja glukokortikoida koji svojim snažnim protuupalnim svojstvima utječu na imunološki sustav. Inflamatorni citokini (IL-6, IL-1, TNF faktor) stimuliraju HPA osovinu čime pridonose lučenju stresnih hormona. Citokini koji se sintetiziraju u imunološkim stanicama, u neuroendokrinim tkivima i neuralnim centrima (kao hipokampus) ključni su regulatori upalnog odgovora te pridonose lokalnoj upali. Proizvodnja citokina tijekom stresa može biti uzročni čimbenik prekidu kontinuiteta bijele tvari kod osoba sa shizofrenijom.

Pri razmatranju utjecaja socijalnih stresora na ekspresiju gena treba imati na umu važnost čimbenika koji moduliraju odgovor na stresne događaje. Tako

se zna da će osobe s jednom ili dvjema kopijama kratkog alela za promoter 5-HTT (gen serotoninskog transportera) u slučaju izloženosti stresnim životnim događajima češće razviti depresivne simptome i suicidalnost nego homozigoti s dugim alelom. Međutim, zbog nekonzistentnosti rezultata potrebna su dodatna istraživanja.

Utjecaj stresa vidljiv je i kroz redukciju sinteze neurotrofičkih faktora kao što je BDNF (*brainderived neurotrophic factor*) čiji nedostatak uzrokuje neurodegeneraciju i propadanje neurona. Izloženost stresu može uzrokovati genotoksična oštećenja koja se zbivaju u leukocitima, na molekularnoj i kromosomskoj razini.

Iskustvo ranog zlostavljanja dovodi do niza fizioloških i neurohumoralnih promjena; tako aktivira sustav odgovora na stres mijenjajući njegovu molekularnu organizaciju, modificira njegovu senzitivnost i buduće odgovore na stres; izloženost mozga u razvoju hormonima stresa dovodi do promjena u ekspresiji gena, mijelinizaciji, neurogenezi i sinaptogenezi; utječe na osjetljivost različitih regija mozga što ovisi o trajanju stresa, fazi razvoja i gustoći glukokortikoidnih receptora; dovodi do funkcionalnih konsekvenci kao oslabljen razvoj lijeve hemisfere, smanjena integracija lijeve i desne hemisfere, porast električne podražljivosti u neuralnim krugovima limbičkog režnja; povećava ranjivosti i rizik razvoja neuropsihijatrijskih posljedica, može voditi razvoju PTSP-a, depresije, granične organizacije ličnosti, disocijativnog poremećaja identiteta i zlorabe psihoaktivnih sredstava. Dakle, stres mijenja neurorazvojni put prilagodbe na okolinu koju doživljava opasnom i prijetećom.

ZAKLJUČAK

Mozak svakog od nas nastao je djelovanjem brojnih okolinskih čimbenika tijekom našega dosadašnjeg života na naslijeđeni genetski materijal. Okolinski čimbenici utječu na neprestano oblikovanje moždanih struktura, moždanih krugova, stvaranje neurona i sinapsi. Okolina mijenja aktivnost gena i epigenetsko stanje gena. Tijekom ranog razvoja veliku ulogu u razvoju mozga igraju vrlo rana iskustva koja se duboko urezuju u svijet dječjih sjećanja, rani odnos djeteta s majkom i njezinom mogućnošću da prepozna potrebe djeteta i na njih na optimalan način odgovori. O važnosti veza između moždanih struktura govori i postojanje discipline tzv. „konektomike“ koja se njima bavi. Smatra se da psihički poremećaji nastaju zbog abnormalnosti u povezanosti između neuralnih regija ili „konektopatiji“. Geni mogu biti rizični, ali nikako uzročni čimbenik. Do njihove manifestacije mogu dovesti visoko rizični čimbenici okoline kao što su socijalna izolacija, migracije, loši životni uvjeti, neurodezorganizirajući i nezdravi odnosi, negativan značaj koji osoba pridaje nekom iskustvu. Pozitivni i podržavajući interpersonalni odnosi,

utjecaj okoline i sposobnost pojedinca da iskustvo stavi u kontekst i da mu pravo značenje predstavljaju protektivne, to jest zaštitne čimbenike pojavi psihičkih poremećaja. Istraživanja upućuju na potencijalno visoko štetan utjecaj stresa na kromosomskoj i molekularnoj razini.

Literatura

1. Clark DL, Boutros NN, Mendez MF. Brain and Behavior. New York: Cambridge University Press; 2008.
2. Cotter D, Mackay D, Landau S, Kerwin R. Reduced glial cell density and neuronal size in the anterior cingulate cortex in major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry. 2001;58(6):545-53.
3. Damasio A. Osjećaj zbivanja. Zagreb: Algoritam; 2005.
4. Eisenberg N, Damon W, Lerner RM, editors. Handbook of Child Psychology: Social, Emotional, and Personality Development. vol. 3. New Jersey: Wiley; 2006.
5. Garver DL, Holcomb JA, Christensen JD. Cerebral cortical gray expansion associated with two second-generation antipsychotics. Biol Psychiatry. 2005;58(1):62-6.
6. Edelman GM, Tononi G. A Universe of Consciousness: How Matter Becomes Imagination. New York: Basic Book; 2000.
7. Gould E, Tanapat P. Stress and hippocampal neurogenesis. Biol Psychiatry. 1999;46(11):1472-9.
8. International Schizophrenia Consortium. Rare chromosomal deletions and duplications increase risk of schizophrenia. Nature. 2008;455(7210): 237 - 41. Top of Form
9. Jacobs BL. Adult brain neurogenesis and depression. Brain, Behav Immun. 2002;16(5):602-9.
10. Kagan J, Fox N. Biology, culture, and temperamental biases. In:
11. Eisenberg N. Damon W, Lerner RM, editors. Social, Emotional, and Personality Development, Handbook of Child Psychology. New York: Wiley; 2006. p. 167-225.
12. 11. Kandell ER. Psychiatry, psychoanalysis and new biology of mind. Washington DC, London: American Psychiatric; 2005.
13. Koehler B. Psychoanalysis and Neuroscience in Dialogue: Commentary on Paper by Arnold H. Modell. Psychoanal Dialogues 2011;21(3):303-319.
14. Slavich GM, Irwin MR. From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. Psychol Bull. 2014;140(3):774-815.
15. Tanapat P, Hastings NB, Reeves AJ, Gould E. Estrogen stimulates a transient increase in the number of new neurons in the dentate gyrus of the adult female rat. J Neurosci. 1999;19(14):5792-801.
16. Vlastelica M. Rani odnos majka i djeteta u svjetlu neuroznanstvenih spoznaja. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.

4. PROCJENA FUNKCIONIRANJA OSOBA S POTEŠKOĆAMA MENTALNOG ZDRAVLJA

Sladana Štrkalj Ivezić

4.1. Uvod

Zašto je važno procjenjivati funkcioniranje?

U Međunarodnoj klasifikaciji funkcioniranja (MKF) Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) funkcioniranje se opisuje kao sposobnost u izvršavanju i sudjelovanju u različitim aktivnostima svakodnevnog života od dnevne rutine do sposobnosti složene interpersonalne komunikacije i sposobnosti nošenja s različitim ulogama koje se očekuju od prosječno zdrave osobe. U procjeni funkcioniranja opisuju se sposobnosti i ograničenja te se dovode u vezu s njihovim uzrocima.

Simptomi bolesti i poteškoće u funkcioniranju kod poremećaja mentalnog zdravlja su povezani. Procjena funkcioniranja jednako je važna, kao i procjena simptoma. Važno je kako simptomi bolesti utječu na svakodnevni život pacijenta, na njegovu sposobnost da radi, uči, komunicira s drugim ljudima, živi zadovoljavajući život, na njegovo sudjelovanje u društvu, kao i što se sve može poduzeti da se poboljša funkcioniranje povećanjem vještina i/ili organizacijom podrške. Klinički gledano, što je veće oštećenje funkcioniranja kod oboljelih od različitih mentalnih poremećaja, to je kliničko stanje pacijenta teže. Poboljšanja u funkcioniranju mogu utjecati na smanjenje simptoma i obrnuto. Prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije, u procjeni stanja zdravlja, uključujući i mentalno zdravlje, potrebno je odvojeno procjenjivati simptome i funkcioniranje. Razgraničenje simptoma od funkcioniranja važno je za planiranje liječenja, za planiranje rehabilitacije, kao i za procjenu invalidnosti kod traženja različitih prava. Ako se ne procjenjuje funkcioniranje, može se dogoditi da osoba s problemima mentalnog zdravlja ne dobije adekvatnu terapijsku pomoć i da ne ostvari neko od svojih prava kao što su pravo na mirovinu, invalidninu, doplatak na tuđu njegu i pomoć, vozačku sposobnost i sl.

Tijela vještačenja oslanjaju se na nalaze, a ne provode svoju procjenu, pa se može očekivati da pacijent, ako u nalazu nema opisanog funkcioniranja, neće biti adekvatno procijenjen.

Područja funkcioniranja koja se procjenjuju

Procjena funkcioniranja i sudjelovanja u aktivnostima, prema MKF-u, odnosi se na procjenu funkcioniranja i sudjelovanja u aktivnostima svakodnevnog života od dnevne rutine do složenijih aktivnosti, poput socijalnih vještina u komunikaciji, funkcioniranja u različitim socijalnim ulogama uključujući obitelj, partnerstvo, radno mjesto, školovanje i širu društvenu zajednicu. Procjenjuju se sposobnosti i ograničenja te razlozi ograničenja (simptomi bolesti, nedostatak motivacije, stigma, nedostatak nade i drugo). U procjeni funkcioniranja važno je identificirati osobne čimbenike, na primjer nedostatak vještine asertivnosti i ograničenja okoline.

Kako bi se dobio uvid u funkcioniranje pojedinca s bilo kojim zdravstvenim stanjem, uključujući osobe s problemima mentalnog zdravlja, potrebno je procijeniti njegovo funkcioniranje zajedno sa stavovima i preprekama okoline u sljedećim područjima:

1. **Učenje i primjena znanja** – odnosno procjena kognitivnog funkcioniranja
2. **Izvođenje svakodnevnih rutinskih poslova** – uključuje brigu o osobnoj higijeni, svojem izgledu, osobnoj sigurnosti, brizi o prostoru gdje osoba živi, prehrani, postupanje s novcem i sl.
3. **Pokretljivost** – uključuje mogućnost samostalnog kretanja
4. **Komuniciranje, međusobne interakcije i odnosi** – uključuje poteškoće u komunikaciji i kvalitetu odnosa s drugim ljudima i socijalne vještine u komunikaciji s drugim ljudima
5. **Funkcioniranje u ulogama** – obitelj, posao, školovanje, zajednica, slobodno vrijeme
6. **Socijalno izoliranje**
7. **Svladavanje stresa i drugih psihičkih zahtjeva u različitim aktivnostima** – uključuje otpornost na stres i ponašanje u stresnim situacijama
8. **Potpora** – uključuje doživljaj razumijevanja osoba iz okoline i traženje i dobivanje podrške za aktivnosti koje su poteškoća, kao i različite institucije koje pružaju potporu

- 9. Stajališta** – uključuje identificiranje različitih čimbenika u okolini pacijenta koji su poticajna sredina ili prepreka za aktivnosti. Ovo se posebno odnosi na prisutnost stigme i diskriminacije i razvijene suštave profesionalne podrške u zajednici.

Cilj procjene funkcioniranja

Cilj procjene funkcioniranja je identificiranje područja sposobnosti i ograničenja u funkcioniranju, kao i resursa koji postoje u zajednici da se povećava funkcioniranje koji uključuje različite izvore, od službi liječenja do službi koje pružaju podršku u ostvarivanju benefita koje proizlaze iz ograničenja/invalidnosti. Osim za potrebe liječenja potrebno je procijeniti funkcioniranje za potrebe različitih tijela vještačenja iz područja rada, socijalne skrbi i slično.

Identificiranje poteškoća u funkcioniranju, uzroka poteškoća u funkcioniranju i izrada plana liječenja/oporavka

Nakon što se identificiraju poteškoće u funkcioniranju, u planu liječenja/oporavka potrebno je planirati metode za njihovo uklanjanje i/ili organiziranje podrške.

Kada se napravi procjena funkcioniranja i utvrde nesposobnosti ili ograničenja, važno je utvrditi uzrok poteškoća u funkcioniranju. Na primjer, jesu li to simptomi bolesti, stigma, nedostatak resursa u zajednici, ograničavanje od drugih osoba, nedostatak programa rehabilitacije, nedostatak organizirane podrške i drugo.

Važno je znati da su poteškoće u funkcioniranju veliki izvor stresa, stoga i rizika za pojavu simptoma bolesti. Zato nakon što se identificiraju poteškoće u funkcioniranju treba napraviti plan liječenja/rehabilitacije/oporavka i odrediti izvršitelje u provedbi plana. Terapijski program koji uključuje primjenu metoda za povećanje vještina ili organizaciju pomoći ili jedno i drugo značajno pridonosi stabilizaciji psihičkog stanja i oporavku od bolesti

Tko procjenjuje funkcioniranje?

Psihijatar u svojem nalazu mora evidentirati poteškoće u područjima funkcioniranja bez obzira na to je li ih on sam tijekom intervjua utvrdio ili je dobio podatke od drugih stručnjaka koji su procjenjivali pojedina područja, na primjer psihologa za kognitivno funkcioniranje, radnog terapeuta za brigu o samom sebi (higijena, prehrana, postupanje s novcem i slično), socijalnog

pedagoga o vještinama komunikacije, kao i od drugih stručnjaka, članova obitelji, podataka s radnog mjesta, doma u kojem stanuje i drugo. Za sveobuhvatnu procjenu funkcioniranja potrebna je suradnja više stručnjaka. Za procjenu radne sposobnosti potrebna je suradnja više stručnjaka i podaci s radnog mjesta.

Zbog nedostatka uvida u bolest kod nekih osoba s dijagnozama poput shizofrenije i bipolarnog poremećaja procjenjivanje funkcioniranja može biti otežano pa će nam za to trebati heteroanamnestički podaci i vlastito zapažanje, kao i podaci iz drugih izvora i procjena na terenu u sredini u kojoj osoba živi. Procjena funkcioniranja koja nije provedena u prirodnoj sredini u kojoj osoba živi može biti nepotpuna. Tako ćemo na primjer teško moći procijeniti radnu sposobnost osobe koja nije bila u nekoj radnoj situaciji.

Što se procjenjuje?

Procjenjuju se sposobnosti, onesposobljenost, stupanj samostalnosti i stresa u obavljanju pojedinih aktivnosti u određenom području funkcioniranja u usporedbi s prosječnom zdravom osobom. Procjenjuju se i prepreke u izvođenju, odnosno zašto netko ne provodi aktivnost za koju ima sposobnosti. Na primjer, oboljeli od psihičke bolesti imaju sposobnost fizičkog kretanja, međutim kretanje može biti ograničeno, na primjer zbog simptoma bolesti kao što su agorafobija, PTSP ili zbog posljedica stigme može doći do izolacije od ljudi i izbjegavanja izlaska iz kuće. U procjeni funkcioniranja jednaka se pažnja posvećuje sposobnosti i nesposobnosti (ograničenja). Procjena o tome što oboljeli mogu sami, a za što trebaju pomoć važna je za izradu plana liječenja, osobito u području rehabilitacije, ali i u području procjena za nalaze kojima se koriste tijela vještačenja, vezano za mirovinski sustav, sustav socijalne skrbi, procjenu vozačke sposobnosti i drugo.

Instrumenti procjene

U procjeni funkcioniranja preporučuje se rukovoditi kriterijima MKF-a. U skladu s područjima MKF-a izrađene su preporuke za procjenu funkcioniranja osoba s poremećajem mentalnog zdravlja i skala funkcioniranja koja se može koristiti u procjeni.

4.2. Područja procjene

Ovdje se opisuju pojedinačna područja funkcioniranja, podrška, olakšice i prepreke s preporukama postupaka koji se mogu provoditi u planu liječenja/oporavka radi povećanja kapaciteta funkcioniranja u različitim aktivnostima/ulogama i/ili organizaciji podrške za one aktivnosti koje osoba ne može samostalno obavljati. Pri izradi plana liječenja/oporavka potrebno se rukovoditi razlozima koji su uzrokovali poteškoće u funkcioniranju (nedostatak vještina, motivacije, nuspojave lijekova, stigma, demoralizacija) i preferencijama pacijenta. Kada predložimo metode liječenja, navodimo i stručnjake koji će provoditi planirane metode liječenja za koje se očekuje da će povećati funkcioniranje. Kada se ne očekuje da će osoba samostalno moći obavljati aktivnosti i kada psihosocijalni postupci nisu dali očekivane rezultate, tada se u planu liječenja planira podrška za one aktivnosti koje osoba ne može obavljati bez pomoći, navodi se u čemu je podrška potrebna i tko će je provoditi. U opisu pojedinih područja funkcioniranja navode se i primjeri nalaza procjene koji opisuje sposobnosti i ograničenja.

4.3. Kognitivno funkcioniranje

Procjena kognitivnog funkcioniranja odnosi se na procjenu sposobnosti učenja, primjenu naučenih znanja, proces razmišljanja, rješavanja problema i donošenja odluka. Procjenjuju se poteškoće u koncentraciji i pamćenju, sposobnosti usredotočenosti na zadatak, sposobnosti prenošenja znanja u praksu – naučeno u konkretnu životnu situaciju, sposobnosti čitanja, pisanja i računanja. Sposobnosti rješavanja problema i donošenja odluka mogu se procjenjivati jedino na konkretnim primjerima.

Podaci za procjenu. Za detaljniju procjenu kognitivnih funkcija nije dovoljno kliničko ispitivanje, anamneza i heteroanamneza, nego treba provesti psihologijsko ispitivanje ovih funkcija.

Zanima nas utječu li i kako utječu kognitivne poteškoće na život osobe. Koje poteškoće u svakodnevnom životu (dnevna rutina, posao, učenje i slično) osoba ima zbog kognitivnih oštećenja? Koju vrstu pomoći treba? Očekuje li se promjena? Što izaziva kognitivno oštećenje? Zanima nas i plan poboljšanja oštećenih kognitivnih funkcija.

Kognitivno funkcioniranje uključuje procjenu: **sposobnosti koncentracije i usmjeravanja na zadatak**, uključuje poteškoće s pažnjom koja se lako prebacuje na vanjske podražaje, poteškoće održavanja prema cilju usmjerenog

ponašanja uključujući planiranje i izvršavanje zadataka; **pamćenje** (kratkotrajno, dugotrajno, prisjećanje); **izvršne funkcije** – sposobnosti **organizacije i planiranja** koje se odnose se na mentalne funkcije koje koordiniraju **dijelove** u cjelinu i sistematiziraju ih; **upravljanje vremenom** odnosi se na redanje događaja u kronološke sljedove, određivanje količine vremena za događaje i aktivnosti; **spoznajna fleksibilnost** odnosi se na mijenjanje strategije ili pomicanje mentalnih sklopova osobito kada je riječ o rješavanju problema; **percepcija emocionalnih i socijalnih znakova, apstraktno razmišljanje; kapacitet za odlučivanje** u odnosu na specifičnu odluku kao što je na primjer odluka o liječenju.

Procjena kapaciteta za odlučivanje važna je za procjenu sposobnosti za informirani pristanak i procjenu potrebe za skrbištvu. Procjena uključuje sljedeće elemente: 1. osoba razumije informacije bitne za donošenje odluke koje su iznesene na prikladan način, a uključuju moguće posljedice u slučaju da se odluka donese i da se ne donese. Osoba treba imati opće razumijevanje o tome koju odluku treba donijeti i zbog čega bi trebala donijeti odluku; 2. osoba može zadržati te informacije, čak i kratko; 3. može sagledati argumente za i protiv kako bi bila u stanju donijeti odluku u jednom ili drugom smjeru; 4. može svoju odluku izraziti govorom, koristeći znakovni jezik ili drugi način komunikacije razumljiv drugima.

Procjena kapaciteta za odlučivanje važna je za donošenje odluke o lišavanju i vraćanju poslovne sposobnosti.

Procjenjuje se i **fond znanja i inteligencija, motivacija i uvid u bolest**. Kod procjene fonda znanja treba uzeti u obzir stupanj obrazovanja ispitanika. Kada se procjenjuje motivacija, važno je istražiti za što je osoba motivirana. **Uvid u bolest** povezan je sa stupnjem svjesnosti i razumijevanja toga je li osoba bolesna i postoji li potreba za liječenjem.

Primjer procjene. Pacijent ima poteškoća s koncentracijom, teško prati televizijske emisije, ne može ostati usredotočen na zadatak, ne može zapamtiti što je pročitao, ima problema s kratkotrajnim pamćenjem, na primjer često zaboravi što sljedeće mora napraviti, organizacijom vremena za izvršavanje aktivnosti, treba pomoć kod prisjećanja za uzimanje lijekova, ima poteškoća u donošenju odluka o liječenju, o mjestu stanovanja i slično. Poteškoće s kratkotrajnim pamćenjem i koncentracijom utječu na radnu sposobnost.

Uzrok poteškoća. Poteškoće su na primjer uzrokovane nuspojavama lijekova, blagim kognitivnim poremećajem, aktualnim stanjem depresije, zaočupljenošću psihopatologijom, na primjer stalno čuje glasove koji ga ometaju u izvršavanju drugih zadataka, prebrzo zaključuje bez dovoljno činjenica i

slično; ili **sposobnosti**: nema poteškoća s koncentracijom, može koordinirati više aktivnosti i slično.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Može uključiti kognitivnu remedijaciju za povećanje kognitivnih sposobnosti, vježbe koncentracije, smanjenje doze/promjenu lijeka ako su kognitivni problemi izazvani nuspojavama lijekova, metakognitivni trening za pomoć u načinu na koji razmišlja i donosi odluke. Postupke će provesti individualno ili u grupi stručnjaci educirani za preporučene postupke, preporuka za lišavanje/vraćanje poslovne sposobnosti i/ili preporuka za pružanje podrške u odlučivanju.

4.4. Briga o sebi: izvođenje rutinskih poslova

Procjenjuju se sposobnosti, onesposobljenost, stupanj samostalnosti i stresa u obavljanju i organiziranju svakodnevne dnevne rutine za osobe oboljele od psihičkih poremećaja u usporedbi s prosječnom zdravom osobom.

Izvor informacija. Pacijent, članovi obitelji, procjena radnog terapeuta, osobno zapažanje i drugo.

Procjenjivači pojedinačnih područja brige o sebi. Područja procjene od 1 do 5 obično procjenjuju radni terapeuti koji provode trening životnih vještina, ali i *case manageri* i drugi stručnjaci. Područje 6 i 7 obično procjenjuju liječnici, medicinske sestre, *case manageri*.

4.4.1. Osobna higijena i vanjski izgled

Pitanja koja se mogu postavljati. Imate li poteškoća u održavanju osobne higijene? Koliko često se kupate/tuširate? Brijete li se redovito? Vodite li računa o čistoj odjeći? Vodite li računa o noktima? Održavate li higijenu nakon upotrebe toaleta? Koliko često perete zube? Koliko često perete kosu? Koristite li se fenom za kosu? Koliko često se šišate? Koliko često održavate higijenu intimnih dijelova tijela? Koliko često mijenjate donje rublje? Koristite li kozmetiku? Je li odjeća koju nosite obično čista i izglacana? Odijevate li se adekvatno vremenskim prilikama i okolnostima? Izgledate li uredno? Doima li se vaše odijevanje drugima čudno, na primjer odskače li od uobičajenog odijevanja? Jeste li samostalni kod održavanja osobne higijene, biranja odjeće i odijevanja? Perete li sami svoju odjeću? Treba li vam više vremena za odijevanje nego drugima? Ako ne, tko vam pomaže? Je li vaša bolest utjecala na brigu o osobnoj higijeni, urednosti i vanjskom izgledu? Jeste li

na drukčiji način vodili brigu o svojoj higijeni i izgledu prije bolesti? Je li nešto drugo utjecalo na promjenu vašeg ponašanja u odnosu na higijenu i vanjski izgled?

Procjena. Ne obavlja osobnu higijenu ako nije potican, zapuštenog izgleda, ne mijenja odjeću ako nije potican ili nema poteškoća u obavljanju osobne higijene, uredan, vodi računa o svojem izgledu i slično.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Planira se trening životnih vještina s namjerom povećanja brige o sebi koja uključuje poboljšanje osobne higijene i brige za svoj vanjski izgled. Radni terapeut će sastaviti plan treninga vještina.

4.4.2. Prehrana

Pitanja. Hranite li se redovito? Koliko obroka jedete? Jedete li dovoljno? Jedete li balansirani obrok? Jedete li uobičajene obroke (doručak, ručak, užina, večera)? Izbjegavate li jesti? Da li se prejedate? Povraćate li nakon jela? Pijete li tekućinu? Koliko tekućine pijete? Provodite li dijete? Dobivate li ili gubite na težini? Konzumirate li hranu na kulturno prihvatljiv način (služite li se priborom za jelo)? Imate li problema s gutanjem? Je li vaš odnos prema hrani, uzimanju obroka bio drukčiji prije nego što ste se počeli liječiti? Na koji se način vaš odnos prema hrani promijenio u odnosu na navike prije liječenja? Je li nešto drugo utjecalo na promjenu vašeg odnosa prema hrani (smanjenje novčanih sredstva)? Je li vam potrebna pomoć drugih ljudi da biste redovito uzimali obroke i pripremali hranu?

Primjer procjene. Terenskim izvidom ili heteropodacima utvrđeno je da osoba nema hrane u hladnjaku, tako da treba pomoć za nabavku, jede samo jedan obrok, suhu hranu, ne jede raznovrsnu hranu i slično, jede velike količine hrane, ne služi se priborom za jelo, odlazi redovito po hranu u pučku kuhinju i slično.

Uzrok je nedostatak motivacije, vještina i podrške.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Potrebna je pomoć *case managera* na terenu koji će pomoći u organizaciji nabavke hrane i educirati o balansiranoj prehrani, organizirat će se dostava hrane iz susjednog doma i slično. Brigu o dovoljnoj količini hrane preuzet će obitelj, prijatelji i slično. *Case manager* će nadgledati provedbu plana.

1. Samostalnost kod pripreme jela i organiziranja prehrane

Pitanja. Kako se hranite? Kuhate li sami? Kuhate li za druge? Imate li poteškoća kod pripreme i kuhanja jela? Imate li poteškoća na primjer s

guljenjem krumpira, rezanjem povrća, miksanjem i slično? Koja jela pripremate? Koji je vaš najomiljeniji recept? Možete li sastaviti svoj jelovnik? Služite li se kućanskim aparatima? Ako osoba ne kuha, treba se raspitati gdje jede (obitelj, organizirana prehrana i sl.). Što obično imate u hladnjaku? Znete li podgrijati jelo? Zašto ne pripremate jelo? Treba li vam pomoć drugih osoba da biste nabavili hranu, pripremili jelo ili organizirali prehranu? Kako je bilo s pripremanjem jela i organizacijom prehrane prije vaše bolesti?

Procjena. Sposoban je kuhati, ali nema interesa, nije sposoban kuhati, vodi računa o tome da ima dovoljno hrane u hladnjaku, ima problema s odabirom što će kuhati, treba pomoć u nekim zadacima, sam nabavlja hranu, može podgrijati jelo, sigurno se služi kućanskim aparatima, kuha jednostavna jela, prehrana je organizirana iz susjednog doma i sl.

Uzrok poteškoća. Nedostatak vještina, nedostatak motivacije, nedostatak podrške, tehnički razlozi – živi daleko i slično.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Želi naučiti spremati jednostavna jela pa će se uključiti u radionicu kuhanja koju vodi radni terapeut; treba mu organizirati hranu iz susjednog doma, potrebna mu je pomoć pri kupnji pa se planira organizacija pomoći člana obitelji, *case managera* u mobilnom timu i slično.

4.4.3. Postupanje s novcem i kupnja

Pitanja. Raspolazete li samostalno novcem? Kupujete li samostalno potrepštine za kuću, odjeću, drugo? Znete li cijene namirnica? Znete li se služiti bankomatom? Koristite li se bankarskim uslugama, imate li kredit? Imate li tekući račun? Raspoređujete li dobro novac za hranu, režije, druge stvari? Ostajete li često bez novca? Trošite li za nepotrebne sitnice pa na kraju ostajete bez novca za režije i hranu? Pazite li na to da nešto novca uštedite? Pomaže li vam netko u raspoređivanju novca, kupnji i slično? Kako ste raspolagali novcem prije liječenja? Je li se vaš način raspolaganja novcem promijenio nakon bolesti/liječenja? Je li vam potrebna pomoć u raspolaganju novcem kako bi bolje postupali?

Procjena. Dobro raspolaze novcem, treba pomoć oko raspodjele novca, troši novac na bespotrebne sitnice, ne plaća režije, vrlo brzo je bez novca, prihvaća pomoć oko raspodjele novca, zna vrijednost novca, dobro raspolaze njime, sposoban je kupovati, može se služiti bankomatom, uredno plaća režije, štedljiv je, prihvaća pomoć oko raspodjele novca i slično.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Treba pomoć u raspodjeli novca kako bi redovito plaćao režije, radni terapeut će sastaviti plan

pomoći koji uključuje podršku člana obitelji, prijatelja, radnog terapeuta i slično.

4.4.4. Urednost, održavanje vlastitog prostora i sigurnost u kući

Pitanja. Koje su vaše obveze u kući? Ako ne živite sami, koje su vaše obveze i u čemu pomažete ukućanima? Kako se brinete o održavanju urednosti prostora u kojem živite? Imate li poteškoća u obavljanju zadataka na ispravan način (čišćenje, pranje posuđa, pranje i spremanje odjeće, pospremanje kreveta i sl.)? Obavljate li samostalno kućanske poslove? Koje poslove obavljate? Metete li redovito (usisavate, brišete podove, brišete prašinu)? Pospremate li redovito svoju odjeću, svoj krevet? Čistite li odjeću? Glačate li odjeću? Pospremate li odjeću u ormare? Koliko često mijenjate posteljinu? Perete li prozore i koliko često? Vodite li računa o prljavom posuđu? Služite li se štednjakom, usisavačem, perilicom rublja, drugim kućanskim aparatima? Pohranjujete li pravilno hranu? Pazite li na rok trajanja hrane? Bacate li redovito smeće? Pazite li na potrebne popravke u kući? Ako imate ljubimce, vodite li brigu o njima? Zalijevate li cvijeće? Obavljate li kućanske popravke? Organizirate li dolazak majstora za popravke kada je to potrebno? Vozite li auto? Brinete li se o autu?

Pitanja sigurnosti u kući. Možete li sami ostati u kući i voditi brigu o sebi? Koliko dana možete najdulje ostati sami? Imate li, ako ostanete sami, problema s brigom oko higijene, prehrane, održavanje stana, a posebno sigurnosti (isključiti struju, plin, vodu)? Je li vam potrebna pomoć u održavanju kućanstva i u kojim poslovima? Kako je bilo s održavanjem kućanstva prije bolesti? Što se promijenilo nakon bolesti i liječenja?

Procjena. Nije u stanju samostalno održavati urednost kuće u kojoj živi, želi i treba pomoć, ima problema s čišćenjem podova, usisavanjem, pranjem posuđa...., može ostati sam u kući uz pomoć... Samostalno održava urednost kuće, nema problema sa sigurnosti, samostalno obavlja sve kućanske poslove, zna se služiti kućanskim aparatima, zalijeva cvijeće, ne treba pomoć, sposoban je nazvati majstora za popravke..., brine se o kućnom ljubimcu, može sam biti u kući.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Potrebna mu je pomoć oko održavanja kućanstva, želi kućanstvo održavati sam, želi naučiti, organizirati trening životnih vještina koji će provesti radni terapeut na terenu, prilikom programa treninga vještina u dnevnoj bolnici organizirat će se podrška domaćice, člana obitelji i slično.

4.4.5. Briga o vlastitom zdravlju, suradljivost u liječenju

Pitanja. Jeste li zadovoljni svojim zdravljem? Želite li poboljšati svoje mentalno zdravlje? Vodite li računa o svojem tjelesnom zdravlju? Kada ste zadnji put napravili laboratorijske nalaze KKS, glukozu u krvi, jetrene probe, EKG i sl.? Dogovarate li uglavnom samostalno susrete sa svojim liječnikom? Brinete li se sami o nabavi i uzimanju lijekova? Pomaže li vam netko u uzimanju lijekova? Brinete li se samostalno za sebe kada se razbolite (na primjer prehlada)? Uzimate li lijekove onako kako vam ih je liječnik propisao? Mislite li da vam lijekovi pomažu? Kada primijetite da nešto nije u redu s vašim zdravljem, bilo tjelesnim bilo psihičkim (na primjer imate visoku temperaturu, bolove, depresivni ste), konzultirate li se ili odlazite liječniku samostalno ili u pratnji nekoga? Odlazite li redovito psihijatru kako je preporučeno? Uzimate li psihijatrijske i druge lijekove kako je preporučeno? Prepoznajete li znakove pogoršanja psihičkog stanja i tražite ranije pregled kada je to potrebno? Hranite li se prema preporukama o zdravoj prehrani, jedete li balansirano? Provodite li tjelesnu aktivnost (tjelovježba, šetnja, sport)? Kako spavate? Vodite li računa o tome vam bude ugodno (da vam nije prehladno ni prevruće)? Uzimate li neke dodatke prehrani poput vitamina? Održavate li tjelesnu kondiciju? Kako je održavate? Pridržavate li se savjeta liječnika kada ste bolesni? Nastojite li spriječiti bolesti svojim ponašanjem (perete ruke redovito, pazite da se ne ozlijedite, koristite zaštitu kod seksualnih odnosa)? Uzimate li propisane psihijatrijske lijekove u preporučenim dozama? Ako mislite da vam lijekovi ne pomažu ili štete konzultirate li se sa psihijatrom? Smatrate li se da vam je psihijatrijsko liječenje potrebno? Je li se briga za vaše tjelesno zdravlje promijenila nakon što ste se razboljeli od psihičke bolesti?

Procjena. Mora ga se poticati da vodi računa o svojem zdravlju uključujući i zdravlje zubi, mora ga se poticati da ode liječniku, nabavi lijekove..., odbija lijekove, ne može prepoznati pogoršanje bolesti, nema tjelesnu aktivnost ili sposoban je sam otići liječniku, uzimati i nabavljati lijekove, prepoznaje znakove pogoršanja stanja, sam odlazi psihijatru, redovito obavlja tjelovježbu i drugo.

Uzrok. Smanjenje uvida, nezainteresiranost, nedostatak potpore, odbijanje liječenja i slično.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Preporučuje se program zdravih stilova, život koji se provodi u grupi i koji vodi visoko obrazovani zdravstveni tehničar odnosno medicinska sestra, redovito praćenje zdravstvenog stanja, povećanje suradljivosti u uzimanju lijekova, koje se provodi u

sklopu edukacije o bolesti koju provodi psihijatar, prepoznavanje ranih znakova pogoršanja s programom prevencije pogoršanja koji se može provesti individualno ili u grupi. U poboljšanju brige za svoje zdravlje može pomoći *case manager* u mobilnom timu, član obitelji, skrbnik ako ga ima i slično.

4.4.6. Pokretljivost, usporenost, pasivnost

Procjenjuje se sposobnost, ograničenja i prepreke kretanju izvan kuće, usporenost pokreta.

Procjena. Ne izlazi iz kuće, sobe, doma u kojem stanuje (nema interesa, tjelesno ograničenje, nema društvo, stigma), ne kreće se samostalno jer se ne snalazi, kreće se u pratnji, ne zna se služiti javnim prijevozom, ima strah od prometa, izbjegava kretanje jer se boji biti u društvu, boji se da ga netko prati... Usporen je u odijevanju, govoru, donošenju odluka u kretanju (efekt lijekova?). Dugo mu treba da završi započeti zadatak ili **nema poteškoća** u kretanju samostalno se kreće, samostalno može otići u mjesto, grad, otputovati, zna se služiti javnim prijevozom, međutim ne koristi sposobnosti jer mu to na primjer u domu gdje živi nije dopušteno, boji se da će ga ljudi izolirati kada saznaju za njegovu bolest.

Uzrok. Simptomi bolesti na primjer vjerovanje da ga netko prati, pasivnost, stigma, nedostatak vještina i potpore, sedacija od lijekova, ekstrapiramidne nuspojave i slično.

Individualni plan liječenja/oporavka. Ovisno o razlogu, na primjer uključivanje volontera koji će mu pomoći u socijalnom uključivanju, KBT terapija za PTSP i agorafobiju, povećanje vještina za kretanje po gradu, intervencije za svladavanje stigme i borbu protiv diskriminacije, psihijatar u prilagodbi doze ili promjeni lijeka, pomoć *case managera* i slično.

4.5. Komuniciranje/međuljudske interakcije i odnosi

U ovom području procjenjuju se sposobnosti komuniciranja govorom, uključujući i pisane poruke, slanje i primanje poruka, uspostavljanje odnosa i pokazivanje emocija ovisno o kontekstu i na društveno prihvatljiv način. Također se procjenjuje pokazivanje pažnje, poštovanja i kontrola emocija u komunikaciji u međusobnim interakcijama. Uključuje upotrebu komunikacijskih sredstava/tehnike telefona, interneta. Uključuje razumijevanje govornih i neverbalnih poruka, sposobnost vođenja konverzacije, rasprave te stvaranje i održavanje različitih međuljudskih interakcija i odnosa u formalnim i neformalnim vezama i u obiteljskim odnosima.

4.5.1. Upućivanje i primanje poruka, komunikacija telefonom i internetom

Procjena. Teško izražava svoje misli, želje, ima zahtjeve i postavlja pitanja, jer se boji da će ga ljudi odbiti ili neće razumjeti, ljudi teško razumiju što želi reći, teže razumije što mu drugi poručuju, teško prepoznaje značenje neverbalnih poruka, krivo interpretira tuđe poruke, često misli da poruke imaju skriveno značenje, na primjer da su ljudi protiv njega, ne postavlja pitanja ako nešto ne razumije, potrebno mu je nekoliko puta objasniti što mu se poručuje, teško vodi razgovor, ima poteškoća s korištenjem telefona, slanjem poruka, ne koristi se internetom i slično. **Sposobnosti:** dobro prenosi svoje misli, ima povjerenja u ljude, pravilno prepoznaje poruku, lako vodi razgovor, iznosi argumente, pita kada ga nešto zanima, služi se telefonom i internetom bez poteškoća.

Uzroci. Simptomi bolesti, nedostatak vještina.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Trening asertivnosti, trening komunikacije prepoznavanja verbalnih i neverbalnih znakova, metakognitivni trening i slično koje provode stručnjaci educirani za trening socijalnih vještina, metakognitivni trening.

4.5.2. Konverzacija, vođenje razgovora

Procjena. Ima poteškoća sa samopredstavljanjem, započinjanjem razgovora, vođenjem razgovora, nema tema za razgovor, vodi monologe, ne postavlja pitanja, mora ga se poticati na razgovor, sumnjičav je u razgovoru, ne zna završiti razgovor, ne zna se služiti telefonom/mobitelom/internetom, neprimjereno dodiruje ljude tijekom razgovora, nema socijalnu distancu, neprimjereno prihvaća kritiku, doživljava da ga ljudi žele isprovocirati, ne može na prikladan način izraziti nezadovoljstvo, ne može izraziti zadovoljstvo. **Sposobnosti:** dobro uspostavlja kontakt i sudjeluje u razgovoru kod tema koje ga zanimaju, lako se predstavlja, ponaša se u okviru društveno prihvatljivih načina ponašanja, dobro podnosi kritiku, sluša sugovornika, prikladno prati temu razgovora, postavlja primjerena pitanja, prikladno završava razgovor. Služi se telefonom, internetom, pisanim porukama. Pokazuje poštovanje prema sugovorniku, na prikladan način izražava emocije.

Uzrok. Simptomi, nedostatak vještina, posljedice poteškoća u emocionalnom razvoju i slično.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Trening vještina u području kako voditi razgovor, kako prikladno izraziti kritiku, nezadovoljstvo, kako se predstaviti, vještine izražavanja emocija u treningu vještina, metakognitivni trening i slično koje provodi educirani stručnjak.

4.5.3. Socijalni odnosi s nepoznatima izvan kuće

Procjenjuje se način komunikacije s drugim ljudima izvan kuće i fleksibilnost u skupini ljudi u neformalnim situacijama, kod slučajnih susreta, susjedskih veza, u situacijama na poslu, kontaktima sa susjedima i drugim ljudima, prijateljima, poznanicima. Uključuje: način odgovaranja na pitanja i zahtjeve ljudi, spremnost na koegzistenciju na neosobnim razinama s kolegama, ljudima u autobusu, trgovini, u domu i sl.

Procjena. Ima poteškoća u ostvarivanju kontakta s nepoznatim ljudima, poznanicima, susjedima, autoritetima, pa izbjegava kontakte, društvo, teško kontrolira ljutnju, teško izražava zadovoljstvo, daje komplimente, ima poteškoća u zadržavanju prijateljskih odnosa, neprikladno prekida odnose s ljudima. Teško traži informacije od nepoznatih ljudi. Ne odgovara prikladno ako ga netko nešto pita. **Sposobnosti:** lako ostvaruje prijateljske odnose, može zadržati prijateljske, profesionalne i intimne odnose, može prikladno prekinuti odnos s ljudima, osjeća se ugodno u društvu ljudi, rado se druži, društven, prikladno iznosi osjećaje. Nema poteškoća u traženju informacije od nepoznatih ljudi. Odgovara prikladno nepoznatim ljudima kada traže neke informacije, zna objasniti smjer u kojem netko želi ići i sl.

Uzrok. Simptomi, nedostatak vještina i slično.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Trening socijalnih vještina u području komunikacije kako započeti razgovor, kako ostvariti prijateljstvo, kako postaviti pitanje, kako iznositi osjećaje, tražiti informacije i slično koji će provesti stručnjaci educirani za područje treninga socijalnih vještina.

4.5.4. Kontakti s prijateljima i članovima obitelji

Procjena. Nema prijatelja, teško uspostavlja prijateljske odnose, lako prekida prijateljstva, ne pokazuje poštovanje i toplinu prema prijateljima, ne druži se s prijateljima, nema bliske odnose s članovima obitelji, teško ih održava, ne pokazuje toplinu i poštovanje prema njima, burno reagira na kritiku. **Sposobnosti:** ima prijatelje, rado se s njima druži, održava prijateljstvo, pokazuje brigu za prijatelje, blizak je s članovima obitelji, pokazuje toplinu prema njima.

Uzrok. Samostigmatizacija zbog koje izbjegava ljude, nedostatak vještina, nedostatak podrške u socijalnom uključivanju i slično.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Trening socijalnih vještina, uklanjanje samostigmatizacije, organiziranje podrške volontera i slično.

4.5.5. Stvaranje odnosa u formalnim situacijama

Procjenjuju se sposobnosti u stvaranju formalnih odnosa (autoriteti, posao), odnose se na stvaranje i održavanje specifičnih odnosa u formalnom okruženju – s poslodavcima, ljudima iz struke ili pružateljima usluga. Uključuje odnose s osobama na poziciji moći (odnosi s osobama na vodećim pozicijama ili na višem položaju ili s većim ugledom u odnosu na vlastiti društveni položaj, na primjer poslodavac, ljudi na vlasti), odnosi s podređenima (odnos s osobama na položajima niže razine), odnosi sa sebi ravnima (stvaranje i održavanje formalnih odnosa s osobama na jednakom položaju vlasti).

Također, procjenjuju se sposobnosti pokazivanja pažnje, poštovanja, uvažavanja, tolerancije (prihvatanje različitosti) prema drugim ljudima, odgovor na kritiku (razlike u mišljenjima), korištenje tjelesnog dodira (uključuje pružanje i odgovor na tjelesne kontakte s drugima) u komunikaciji na prikladan društveno prihvatljiv način uvažavajući kontekst u kojem se interakcija događa.

Procjena. Ima poteškoća u odnosu prema autoritetima, osjeća tremu, strah, nepovjerenje, osjeća se neprihvaćeno, teško izražava mišljenje jer se boji neprihvatanja. Prema podređenima se odnosi svisoka, nema autoriteta prema sebi ravnima, teško surađuje. **Sposobnosti:** prikladno se ponaša prema autoritetu, sebi ravnima i podređenima, dobro surađuje s ljudima, uvažava tuđa mišljenja, tolerantan je prema drugima, prikladno koristi tjelesni kontakt u skladu s okolnostima, pokazuje toplinu u odnosima.

Uzroci. Disfunkcionalni obrasci ponašanja povezani s poremećajem ličnosti, nedostatak vještina, simptomi bolesti i slično.

Individualni plan liječenja/oporavka. Trening vještina, psihoterapija, individualna ili u grupi koje provodi educirano osoblje.

4.5.6. Kontroliranje emocija i impulsa

Procjenjuje se može li osoba kontrolirati izražavanje osjećaja i ponašanje tijekom komunikacije s drugim ljudima. Procjenjuje se sposobnost kontroliranja ljutnje, verbalne i fizičke agresije. Procjenjuje se može li kontrolirati izražavanje ovih osjećaja i ponašanje u komunikaciji s drugim ljudima, u skladu s društvenim pravilima i konvencijama. Procjenjuje se uspostavljanje odnosa i pokazivanje emocija ovisno o kontekstu i na društveno prihvatljiv način. Također se procjenjuje pokazivanje pažnje, poštovanja i kontrola emocija u komunikaciji u međusobnim interakcijama.

Procjena. Ima poteškoća u prepoznavanju i izražavanju emocija (ljutnje, bespomoćnosti, straha), ima poteškoća u kontroli ljutnje, lako se razljuti, reagira impulzivno, nepromišljeno, učestali su agresivni incidenti, ispadi bijesa, izaziva strah kod ljudi, sklon je samoozljeđivanju, teško izražava emocije, „drži u sebi“, često je suicidalan. **Sposobnosti:** prepoznaje emocije, može o njima razgovarati, nije agresivan, nije suicidalan, reagira promišljeno, asertivno.

Uzrok. Simptomi bolesti, disfunkcionalan obrazac ponašanja, poteškoće u emocionalnom razvoju, nedostatak empatičnih osoba u djetinjstvu i slično.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Trening postupanja s ljutnjom, trening asertivnosti, individualna i grupna psihoterapija educiranih stručnjaka.

4.5.7. Socijalno izoliranje

Procjenjuje se izbjegavanje ljudi, manjak komunikacijskih vještina i usko područje socijalnih kontakata. Verbalni kontakti s obitelji, prijateljima i poznanicima, izbjegavanje ljudi, inicijativa i održavanje komunikacijskih vještina postavljanjem pitanja, pokazivanjem interesa za druge.

Procjena. Socijalno je povučen, pasivan, većinom se zadržava u sobi, pasivan bez aktivnosti, treba poticaje da se druži s ljudima, ima strah od ljudi, izbjegava socijalne situacije, boji se da će ga ljudi ismijati, izbjegava odlaske na druženja iz straha da će se osramotiti i slično, izbjegava mjesto traume koju je izazvao PTSP, nije uključen u socijalni život zajednice.

Sposobnosti: socijalno je uključen u komunikaciju s drugim ljudima i život doma/zajednice u kojoj živi, voli društvo ljudi, ne povlači se, društven.

Uzrok. Simptomi, socijalna fobija, PTSP, stigma, nedostatak vještina, nedostatak programa socijalnog uključivanja i slično.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. KBT terapija, plan redukcije samostigmatizacije i postupanja sa stigmom i diskriminacijom, socijalno uključivanje uz pomoć člana obitelji, volontera, *case managera*, pomoć u pronalaženju hobija, interesa. U planu sudjeluju stručnjaci koji će provesti program redukcije samostigmatizacije, *casemanager*, volonteri i slično, provedba postupaka educiranih stručnjaka.

4.6. Funkcioniranje u ulogama

4.6.1. Funkcioniranje u obitelji, partnerski odnosi uključujući i seksualno funkcioniranje

Procjenjuje se sposobnost funkcioniranja u obiteljskim ulogama koje uključuje stvaranje i održavanje rodbinskih veza s članovima uže i šire obitelji, skrbnika te obitelji posvojitelja. Procjenjuje se emocionalna atmosfera u obitelji na prisutnost povišenih emocija – EE faktora u vidu pretjerane kritike u obitelji i pretjerane zaštite.

Odnos roditelj – dijete (kapacitet za roditeljstvo). Procjenjuje se pružanje fizičke, emocionalne, intelektualne potpore vlastitom ili usvojenom djetetu, obavljanje zadataka vezano uz brigu za djecu, pozicija u kućanstvu, sudjelovanje u odrastanju djece i obiteljski obrasci brige za djecu. Procjenjuju se: 1. temeljni zadaci i aktivnosti poduzeti kako bi se osiguralo zdravlje i sigurnost djece; 2. zlostavljanje djece ili mogućnost izražavanja nepovoljnih emocija nad djecom; 3. emocije ili reakcije u roditeljskoj ulozi.

Procjena. Ima poteškoće u brizi za djecu, nije u stanju brinuti se o njihovim obrocima, bolestima, slobodnim aktivnostima, ići na školske sastanke, potrebnoj odjeći i hrani, igri s djecom, provoditi slobodne aktivnosti, prikladno ih disciplinirati, može djelomično uz pomoć voditi brigu, njegovo/njezino ponašanje je uznemiravajuće za djecu, bio/bila je nasilna prema djeci, poteškoće u osjećaju bliskosti s djecom, nema interesa za brigu o djeci. Djelomično se može brinuti uz pomoć partnera ili obitelji.

Sposobnosti. ima sposobnosti brige za djecu osim u stanjima pogoršanja bolesti kada treba pomoć drugih članova obitelji.

Uzroci. Simptomi bolesti, smanjeni kapaciteti za roditeljstvo u doba krize, sniženje energije i nedostatak vještina, izloženost povišenim emocijama u obitelji (visok EE faktor) i slično.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Pomoć u povećanju vještina za brigu za dijete, organiziranje podrške drugih ljudi, obiteljske intervencije za poboljšanje komunikacije koje provode educirani stručnjaci.

Odnos prema roditeljima, braći, sestrama i široj obitelji

Procjenjuje se odnos djeteta – roditelj, uključuje procjenu brige odrasle osobe za starije roditelje, odnos između braće/sestara – stvaranje i održavanje odnosa, odnos sa širom obitelji, stvaranje i održavanje odnosa. Procjenjuje se emocionalna atmosfera kada osoba još uvijek živi s roditeljima koji se brinu o njoj.

Procjena. Ima poteškoća u kontaktu s roditeljima, braćom i sestrama, odnosi nisu srdačni niti bliski, učestali konflikti, napetost u obitelji, ne može se brinuti o roditeljima, osoba treba pomoć roditelja zbog svojega psihičkog stanja, živi s roditeljima u napetim odnosima, ne kontaktira sa širom obitelji. **Sposobnosti:** održava vezu s obitelji, redovito ih posjećuje, imaju srdačne i bliske odnose, živi u obitelji u međusobnom razumijevanju.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Trening komunikacije za poboljšanje odnosa u obitelji koje provodi educirano osoblje, savjetovanje obitelji, planiranje potpore obitelji putem mobilnog tima i slično.

Intimni odnosi/romantični odnosi, bračna i partnerska uloga, seksualni odnosi

Procjenjuje se komunikacija s emocionalno važnim partnerom, supružnikom/partnerom (područje života osobe o kojem razgovara sa supružnikom), sposobnost pokazivanja emocija i brige prema supružniku/partneru, stupanj potpore supružniku/partneru, intimni odnosi (emocionalni i seksualni intimni odnosi). Procjena uključuje stvaranje i održavanje odnosa seksualne naravi sa supružnikom ili drugim partnerom. Definicija seksualne aktivnosti uključuje seksualni čin, ljubljenje i druge intimne aktivnosti. Obuhvaća interes koji pacijent pokazuje za seksualni odnos s bračnim partnerom/drugim partnerom. Uključuje informacije o tome koliko on uživa u tome i koliko je željan da zadovolji partnera.

Procjena. Nema partnera/icu, nema interesa za partnera/icu, ne koristi društvene mreže za upoznavanje, ima poteškoća u pronalaženju i komunikaciji s potencijalnim partnerom, smatra da nikome nije privlačan/a, sramežljiv/a je, nikada nije imala dečka/djevojku, nema vještine da pozove potencijalnog partnera na izlazak, odnosi s bračnim partnerom nisu dobri, nema bliskosti, nema kontakata, provođenja slobodnog vremena, poteškoće u povjerenju, pokazivanju emocija, pažnje i interesa za partnera, zajedničkom rješavanju problema, tjelesna agresivnost prema partneru, nema interesa za seksualne aktivnosti, ima poteškoća sa seksualnom željom, erekcijom, pokazuje agresivnost i impulzivnost u seksualnom ponašanju, može postati žrtva seksualnog ponašanja druge osobe, izražava nezadovoljstvo svojim seksualnim životom i slično. **Sposobnosti:** želi imati partnera/partnericu, može ostvariti partnerstvo na prikladan način, ima zadovoljavajuću vezu u braku, partnersku u kojoj doživljava razumijevanje i podršku, postoje pozitivni emocionalni odnosi, provođenje slobodnog vremena, interes za partnera, zadovoljan je svojim seksualnim životom (bez obzira na to je li seksualno aktivan).

Uzrok. Nedostatak interesa, stigma, nedostatak vještina, poteškoće u komunikaciji, neugodna iskustva zlostavljanja, seksualne nuspojave lijekova i slično.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Trening vještina, partnerska terapija, savjetovanje partnera, korigiranje farmakoterapije zbog seksualnih nuspojava, edukacija o seksualnosti, kontracepciji... (brošura na stranicama Hrvatskoga seksološkog društva), seksualna terapija educiranih stručnjaka i slično.

Procjena prisutnosti emocionalne atmosfere napetosti u obitelji koja proizlazi iz poremećaja u komunikaciji te je rizik za pogoršanje mentalnog zdravlja. Procjena uključuje identificiranje prisutnosti pretjerano kritičnih primjedbi članova obitelji u kojoj osoba s mentalnim poremećajem živi ili pretjerano zaštitničkog ponašanja prema oboljelom članu kada se on tretira kao bespomoćno dijete i/ili kao nesamostalna osoba od koje se ne očekuje napredovanje. Kada se identificira opisano ponašanje u obitelji, potrebno je planirati rad s obitelji na poboljšanju komunikacije u obitelji.

4.6.2. Posao i školovanje/radna uloga – procjenjuje se bilo koji posao koji radi (zapošljavanje, volonterski, dobrovoljni rad)

U ovom području procjenjuju se aktivnosti potrebne za funkcioniranje u školovanju, radu i na poslu. Uključuje angažiranje u svim oblicima rada kao što su plaćeni, neplaćeni rad, rad na pola radnog vremena, dobrovoljni rad, rad u kući i drugo. Uključuje školovanje za posao, naukovanje – priprema za posao, traženje posla, stjecanje, zadržavanje i prekidanje radnog odnosa. Ako osoba ne radi, ali je angažirana u redovitom radu, na primjer na volonterskoj osnovi, treba procijeniti njezine aktivnosti u tom poslu, navodeći koji posao obavlja i vrijeme zaokupljenosti.

Što se procjenjuje?

Uključuje procjenu sposobnosti obavljanja potrebnih zadataka samostalno i u suradnji s drugima, dolazak na posao na vrijeme, praćenje radnog tempa, nadziranje drugih radnika. U radnoj izvedbi potrebno je procijeniti: radnu disciplinu (poštivanje radnog vremena), kvalitetu i količinu izvedbe (zadovoljavanje norme), pad radne izvedbe, mogućnost praćenja radnog tempa, nepovoljne socijalne konsekvence za pacijenta. Procjena radne izvedbe obavlja se u stvarnoj radnoj sredini.

Onesposobljenost/invalidnost je posljedica kompleksne interakcije između pojedinčeva zdravstvenog stanja, osobnih i vanjskih čimbenika (okolnosti u kojima osoba živi i radi). Različita okruženja, uključujući i radnu sredinu, mogu imati različiti utjecaj na istog pojedinca s određenim zdravstvenim stanjem. Stoga se u procjenu radne sposobnosti treba uključiti sva tri elementa.

Okruženja s preprekama mogu povećati invalidnost, a stimulativna okruženja mogu smanjiti invalidnost. Osoba može imati oštećenje bez nedostatka kapaciteta (može imati slušne halucinacije koje ne utječu na obavljanje posla). Probleme izvođenja bez oštećenja ili smanjenog kapaciteta (stigma). Nekorištenje kapaciteta može dovesti do poremećaja, na primjer smještaj u ustanovu u kojoj nema stimulacije može dovesti do socijalne izolacije i gubitka komunikacijskih sposobnosti.

Radna sposobnost oboljelih od mentalnih poremećaja posljedica je interakcije različitih čimbenika:

- psihičkog stanja vezanog za bolest: simptomi bolesti prisutni privremeno/kontinuirano
- funkcioniranja u dnevnoj rutini, socijalnog funkcioniranja, radnog funkcioniranja
- mogućnosti promjene stanja liječenjem
- obilježja radne sredine
- stavova radne sredine prema psihičkoj bolesti
- mogućnosti društva da ponudi programe prilagodbe uvjeta na radu za osobe smanjene radne sposobnosti.

Procjena. Nema motivacije za zapošljavanje, nema radnog iskustva, nije sposoban za posao, djelomično je sposoban, u profesionalnoj mirovini, može raditi nekoliko sati dnevno, tjedno, ima poteškoća s normom i/ili kvalitetom izvedbe na poslu, radnom disciplinom, teško podnosi stres na poslu, ne može pratiti radni tempo, zbog stresa je prekidao posao, otpuštan s posla zbog kršenja discipline, nesposobnosti i slično.

Sposobnosti. Ima punu/djelomičnu sposobnost za posao, motiviran je raditi, uključen je u program pomoći pri zapošljavanju, radi djelomično, volontira, može raditi skraćeno vrijeme, može raditi uz pomoć radnog trenera/podržke na poslu, dobro podnosi stres na poslu s podrškom ili bez podrške, dobro komunicira s pretpostavljenima, podređenima i sebi ravnima.

Uzrok. Simptomi bolesti, nedostatak motivacije, nedostatak podrške za pronalaženje posla i slično.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Motiviran za posao, planira se uspostaviti kontakt sa službama za zapošljavanje uz pomoć stručnog osoblja, potaknuti ga da sam traži posao, uputiti ga na procjenu radne sposobnosti, pomoć u traženju volonterskog rada, nekoliko sati posla tjedno i slično, upućivanje na prekvalifikaciju i slično.

4.6.3. Slobodno vrijeme, rekreacija i društveni život, uključenost u život zajednice, društvena uloga, građanski život

Procjenjuju se **aktivnosti i sudjelovanje u životu zajednice izvan obitelji**, u društvenim i građanskim područjima života, uključuje organiziranje slobodnog vremena, angažiranje u svim oblicima društvenog života zajednice kao što su karitativne organizacije, klubovi ili profesionalne društvene organizacije, sudjelovanje u ceremonijama poput obilježavanja različitih obljetnica, vjenčanja i slično, praćenje društvenih zbivanja.

Slobodno vrijeme uključuje angažiranje u bilo kojem obliku igre, rekreacije ili aktivnosti kao što su organizirana igra ili sport, programi tjelovježbe, relaksacije, zabave ili razonode, odlazak u galerije, kino, muzej, kazalište, vještine ili hobiji poput čitanja, sviranje instrumenata, razgledavanje, turizam, putovanje za razonodu. **Igra** (spontana rekreacija kao što je šah, kartanje ili dječja igra...), **sportovi** (organizirane igre ili atletska natjecanja samostalno ili u grupi kao kuglanje, gimnastika, nogomet...), **umjetnost i kultura** (kulturna zbivanja kao odlazak u kino, kazalište, muzej, galeriju), vještine (vještine poput lončarstva, pletenja...), **hobiji** (razonoda poput sakupljanja antikviteta, maraka, starog novca...). **Društveni život** (susreti s drugima, posjećivanje rodbine, sastanci na javnim mjestima), **religija i duhovnost** (angažiranje u vjerskim ili duhovnim aktivnostima poput odlaska u crkvu, hram, džamiju ili sinagogu, molitva ili pjevanje u vjerske svrhe te duhovna kontemplacija). Procjenjuje se **poznavanje informacija o zbivanjima u društvu** o kojima je većina ljudi dobro informirana. Uključuje **interes za društvena zbivanja** (politika, kultura, sport) u skladu s njegovom razinom obrazovanja i običaja sredine u kojoj živi. Na primjer, čita novine, internet, prati događanja na televiziji i drugo.

Procjena. Ne provodi/ograničeno provodi slobodne aktivnosti vezane za sport (sudjelovanje ili odlazak na sportske priredbe), tjelesnu aktivnost, umjetnost (kreativni rad i/ili odlazak na događaje), kulturu (kino, kazalište i drugo), hobije, čitanje (knjige, novine, časopisi), gledanje televizije, slušanje glazbe, računalno, ne sudjeluje u zabavnim aktivnostima, vjerskim aktivnostima – odlazak u crkvu, sudjeluje u nekim od slobodnih aktivnosti na poticaj drugih, nije uključen u aktivnosti zajednice/mjesta u kojem živi, ne susreće se s obitelji, ne odlazi na sprovode, vjenčanja i slične prigode, nije informiran o događajima u politici, kulturi, sportu.

Sposobnosti. Ono što provodi od navedenog.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Individualni program provođenja slobodnog vremena po vlastitom izboru, planiranje podrške u socijalnom uključivanju.

4.7. Svladavanje stresa

Stres je sklop emocionalno-bihevioralnih odgovora na situacije koje pojedinac procijeni opasnim za sebe. Podnošenje uobičajenog stresa potrebno je za adekvatno funkcioniranje u svakodnevnom životu. Procjenjuje se odgovor, reakcija, na psihičke zahtjeve potrebne za obavljanje aktivnosti i sudjelovanja u svim područjima djelovanja (dnevna rutina, obitelj, posao, društvene aktivnosti) koji se doživljavaju stresnim. Potrebno je procijeniti koliko stresa izazivaju aktivnosti. Procjenjuje se: 1. **sposobnost svladavanja svakodnevnog stresa** (uznemirenja) tijekom izvođenja ili sudjelovanja u aktivnostima svakodnevnog života koje uključuju jednostavne aktivnosti kao što je na primjer pospremanje stana i kompleksne aktivnosti kao što je na primjer komunikacija s drugim ljudima i 2. **sposobnosti nošenja s kriznom situacijom** – nošenje s odlučujućim trenucima u kriznoj situaciji ili vremenu akutne opasnosti ili poteškoća, reakcija na iznenadni događaj, na primjer puknuće cijevi u stanu, konfliktni događaj na poslu i slično.

Procjena uključuje način reagiranja na stresne situacije: uznemiren, povlači se, postaje agresivan i slično.

Procjena. Stres predstavljaju aktivnosti i zadaci dnevne rutine, teško se prilagođava na male promjene zadataka, rutine i sl., poteškoće u rješavanju problema s drugima, poteškoće u izdržavanju radnog tempa, odnosa prema kolegama, stres u komunikaciji s obitelji, nepoznatim susjedima, kod kupnje, stres kod krađe stvari, nedostatak cigareta, kave, treba mu pomoć drugih osoba da svlada uznemirenost. Važno je navesti koje situacije predstavljaju stres i kojim se tipičnim ponašanjem koristi. Može se dati upitnik o načinima sučeljavanja sa stresom.

Sposobnosti. Svladava stres svakodnevnog života, dobro se snalazi u kriznim situacijama.

Uzroci. Poteškoće s kontrolom emocija, poteškoće u rješavanju problema, nedostatak vještina i slično.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Postupci s kontrolom tjeskobe, stres menadžment, traženje pomoći stručnjaka koji znaju intervencije, upućivanje na literaturu za samopomoć i drugo.

4.8. Potpora i odnosi

Procjenjuje se potpora od osoba koje pružaju fizičku ili emocionalnu potporu, skrb, njegu, i pomoć. Uključuje: obitelj (uža i šira), prijatelje (povjerenje i obostrana potpora); kolege (znanci, susjedi, članovi zajednice s kojima ima

zajednički interes), poslodavce (pojedinci koji donose odluke u ime drugih i koji imaju društveno definirani utjecaj), zdravstveno osoblje (svi pružatelji usluga koji rade unutar zdravstvenog sustava), osobe na vlasti, osobne pomoćnike, uključuje i kućne ljubimce.

Procjena. Ne doživljava da mu bilo tko pruža razumijevanje i potporu, doživljava da ima potporu od obitelji, ali ne i od poslodavca, ne vjeruje u javne institucije u dobivanju potpore, nema informacija za dobivanje potpore javnih institucija kao što su socijalna skrb.

Sposobnosti. Ima potporu kolega na poslu, osoba u smještaju gdje živi, zdravstvenog osoblja. Ima kućnog ljubimca od kojeg ima potporu.

Uzroci. Loši odnosi u obitelji, socijalna izolacija, usamljenost, nedostatak programa u zajednici koji pružaju potporu, nedostatak informacija o tome gdje se može i od koga dobiti potpora.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Povećanje vještina za traženje potpore, pružanje potpore za potrebe koje ne može samostalno realizirati, trening vještina, savjetovanje, informiranje o pravima i slično, pokretanje postupaka za realiziranje prava, na primjer prava na asistenta, osobnu invalidninu, pomoć u zapošljavanju, pravo na izbor stambenog zbrinjavanja i slično, nabava psa, ljubimaca i slično.

4.9. Stigma

Procjenjuju se **stavovi osobe prema bolesti** (prihvatanje, odbijanje, slaganje s dijagnozom, samostigmatizacija), **stavovi sredine** koji mogu biti prepreka, na primjer stigma i diskriminacija s posljedicama utjecaja na funkcioniranje.

Procjena. Smatra se nesposobnim, manje vrijednim, odbačenim i diskriminiranim zato što ima psihičku bolest, što je smješten u dom, što nema posla, prijatelja, ne slaže se sa svojom dijagnozom, izbjegava susrete s ljudima u zajednici jer vjeruje da će ga odbaciti, povrijediti i diskriminirati, ima iskustva stigmatizacije i diskriminacije s kojima se ne zna nositi. Stigmatizirajuće stavove doživljava od građana u zajednici, obitelji, osoblja, drugih ljudi. Smatra da je njegov život upropašten zato što ima psihičku bolesti, što je smješten u dom, izbjegava ljude da izbjegne stigmatu. **Sposobnosti:** nema samostigmatizacije, dobro se nosi sa socijalnom stigmom i diskriminacijom

Uzroci. Nisko samopouzdanje, pesimizam, gubitak vjere u oporavak, izlaganje liječenju koje ne potiče nadu, iskustva sa stigmom i diskriminacijom u različitim situacijama: obitelj, posao, zdravstveno osoblje, susjedi i slično.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Postupci za smanjenje samostigmatizacije i postupanja sa socijalnom stigmom, upućivanje na prava i zabranu diskriminacije.

4.10. Prepreke i olakšice

Svjetska zdravstvena organizacija smatra da je onesposobljenost/invalidnost problem društva koje treba stvoriti uvjete za ravnopravnu uključenost osoba s invaliditetom u život zajednice uklanjanjem prepreka, što se, kada je riječ o psihičkoj bolesti, odnosi na dostupnost različitih izvanbolničkih programa liječenja, programa rehabilitacije i borbu protiv negativnih posljedica stigme i diskriminacije zbog psihičke bolesti. Procjena prepreka i olakšica odnosi se na procjenu postojanja olakšica kao što su različite službe u zajednici koje osiguravaju pogodnosti, organizirane programe i djelatnosti u različitim područjima važnim za oporavak od psihičkog poremećaja. Uključuju programe liječenja koji povećavaju socijalno uključivanje i zapošljavanje, kontrolna tijela koja nadziru funkcioniranje institucija poput pučkog pravobranitelja i daju preporuke za poboljšanja vezano za ljudska prava i optimalno liječenje. Za ljude s problemima mentalnog zdravlja važne su pravne, zdravstvene, socijalne službe, sustavi i politike, kao na primjer dostupnost službi za rehabilitaciju, usluge liječenja u zajednici, mobilnih timova, politika mentalnog zdravlja koje potiču oporavak, službe zapošljavanja, socijalnog uključivanja, nevladinih institucija, korisnika koji provode različite programe i pružaju različite vrste potpore i zaštite. Prepreke se odnose na nepostojanje navedenih službi zbog čega se mnogi ne mogu koristiti uslugama koje omogućuju oporavak.

Procjena. Nije informiran o postojanju različitih službi i usluga namijenjenih pomoći u oporavku osoba oboljelih od mentalnih poremećaja, nema interesa za programe, na primjer službe za rehabilitaciju koje bi mu mogle pomoći poput psihosocijalne pomoći, zapošljavanja, programa socijalnog uključivanja koje provode udruge, nije informiran o svojim pravima i slično.

Sposobnosti. Informiran je postojanju o službi, zna za postojanje programa udruga, sposoban je koristiti i pronaći programe, potrebna mu je pomoć osoblja da uspostavi kontakt, ima informacije o programima stanovanja, zapošljavanja, socijalnog uključivanja, upoznat je i koristi prava vezano za invalidnost zbog psihičke bolesti i svojeg statusa, upoznat je s pravima vezano za lišavanje poslovne sposobnosti, upoznat je s načinima pritužbi u slučaju nezadovoljstva smještajem, liječenjem, postupanja drugih ljudi, zlorabe, izloženosti ponižavanju, zna kome se može potužiti, zna da za to neće biti kažnjen.

Upućen je u to da može napisati anticipiranu naredbu o tome što bi želio i što ne bi želio vezano za liječenje u nekoj od budućih hospitalizacija ako ne bi bio u stanju dati pristanak na hospitalizaciju.

Individualni plan liječenja/oporavka i izvršitelji. Informacija o službama koje pružaju potporu i pomoć u kontaktu s tim službama.

Literatura

1. Štrkalj Ivezić, S. i sur. (ur.) Rehabilitacija u psihijatriji Psihobiosocijalni pristup: Hrvatski liječnički zbor, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Svitanje, Zagreb 2010.
2. Štrkalj Ivezić, S. Funkcioniranje između zdravlja i bolesti HLZ, Klinika za psihijatriju Vrapče, Hrvatsko psihijatrijsko društvo Zagreb 2016.
3. Štrkalj Ivezić, S. i sur. Psihosocijalne metode u liječenju osoba s dijagnozom psihoze 2017- Hrvatski liječnički zbor Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju www.hkpd.hlz.hr
4. World Health Organization. WHO QualityRights Tool Kit. Geneva, Switzerland 2017.
5. World Health Organization International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) Geneva: WHO 2001.

Prilog 1: Skala funkcioniranja prema MKF-u

SKALA FUNKCIONIRANJA

Ime i prezime:

Dob:

Datum i godina:

Dijagnoza:

Stručnjak (zanimanje):

Zaokruži:

I. procjena II. procjena

UPUTA

Skala funkcioniranja koristi se radi uvida u uobičajeno funkcioniranje u svakodnevnom životu kako bi se lakše utvrdila područja dobrog i otežanog funkcioniranja. Rezultati se mogu koristiti za ocjenu stanja i za plan poboljšanja funkcioniranja u sklopu liječenja. Područja označena **zvjezdicom (*)** objašnjena su na kraju procjene.

Ispod je navedena **lista različitih situacija važnih za funkcioniranje u svakodnevnom životu**. Molimo da pročitate svaku tvrdnju pažljivo i procijenite koliko se pojedina tvrdnja odnosi na Vas. Potrebno je odgovoriti na svaku tvrdnju tako da **zaokružite odgovarajući broj** u svakom redu. Označite s **X** stupac iza navedenih tvrdnji ako želite **raditi** odnosno **poboljšati** Vaše funkcioniranje u tom području. Ako Vam neka tvrdnja **nije jasna**, molimo Vas da se **obratite osoblju** kako bismo Vam pomogli pri ispunjavanju ankete.

Ova skala može se popunjavati i tijekom intervjua sa stručnom osobom i na osnovi opservacije Vašeg ponašanja u Vašoj prirodnoj sredini ili tijekom liječenja.

| 1. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|----------------|----------------|-------------------|------------------|-------------------------|------------------|--------------------|---------------------|--|
| | | Nema poteškoća | Male poteškoće | Srednje poteškoće | Velike poteškoće | Vrlo izražene poteškoće | Nije primjenjivo | Želim poboljšati X | Procjena stručnjaka | |
| 1. | Često koristim riječi poput molim te, hvala, molim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 2. | Pokazujem poštovanje prema drugima (npr. ustajem starijoj osobi u tramvaju) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 3. | Primam komplimente bez umanjivanja vrijednosti komplimenata | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 4. | Dajem komplimente drugima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 5. | Ispričavam se kada je to primjereno/potrebno | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 6. | Prihvaćam ispriku drugih | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 7. | Predstavljam druge u društvu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 8. | Predstavljam se drugima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 9. | Uobičajeno koristim prikladne pozdrave | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 10. | Uglavnom prikladno započinjem razgovor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 11. | Uglavnom prikladno sudjelujem u razgovoru | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 12. | Uglavnom prikladno završavam razgovor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 12. | Prikladno razgovaram preko telefona | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 13. | Prikladno se ponašam za stolom | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 14. | Dobar sam domaćin/ica, ljudi se ugodno osjećaju u mojem domu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 15. | Nudim pomoć drugima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 16. | Uključujem se u razgovor a da ne prekidam druge dok govore | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 17. | Provjeravam tako da pitam jesam li dobro čuo/la o čemu se govori | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 18. | Prepoznajem i razumijem sadržaj razgovora | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 19. | Prepoznajem i razumijem osjećaje drugih, prepoznajem značenje neverbalnih poruka | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 20. | Koristim ohrabrenja i poticaje kako bih drugima dao do znanja da pratim razgovor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 21. | Koristim <i>otvorena pitanja</i> * i podržavam razgovor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 22. | Uglavnom tražim pomoć kada mi je potrebna | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 23. | Mogu započeti, održati i završiti razgovor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 24. | Mogu se uključiti u raspravu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 25. | Slušam druge dok govore | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 26. | Tolerantan/a sam | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 27. | Mogu prihvatiti kritiku bez problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 28. | Uglavnom kontroliram svoje ponašanje tijekom komunikacije | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 29. | Ponašam se u skladu s društvenim pravilima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|----------------|----------------|-------------------|------------------|-------------------------|------------------|--------------------|---------------------|
| 30. | Mogu slobodno reći što mislim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 31. | Imam otvoreno držanje tijela (ruke i noge nisu prekrížene) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 32. | Razumijem <i>neverbalne poruke</i> * | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 33. | Licem sam okrenut/a prema sugovorniku | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 34. | Naginjem se prikladno prema sugovorniku | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 35. | Održavam prikladan kontakt očima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 36. | Uglavnom se ponašam opušteno u komunikaciji | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 37. | Uglavnom dobro slijedim sadržaj razgovora | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 38. | Govorim normalnim tonom (ne preglasno i ne pretiho) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 39. | Govorim normalnim tempom (ne prebrzo i ne presporo) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 40. | Ne prekidam druge u razgovoru | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 41. | Uključujem se u razgovor u skladu s okolnostima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 42. | Ne namećem drugima svoje mišljenje | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 43. | Kritiziram, ali istovremeno uvažavam tuđe mišljenje | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 44. | Obziran/na sam i ne vrijeđam druge | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 45. | Imam smisla za humor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 2. DOŽIVLJAJ SEBE I IZRAŽAVANJE OSJEĆAJA | | | | | | | | | |
| | | Nema poteškoća | Male poteškoće | Srednje poteškoće | Velike poteškoće | Vrlo izražene poteškoće | Nije primjenjivo | Želim poboljšati X | Procjena stručnjaka |
| 46. | Imam pozitivno mišljenje o sebi i svojim sposobnostima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 47. | Pozitivno gledam na svijet i budućnost | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 48. | Osjećam se prihvaćeno u društvu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 49. | Uglavnom mislim da me ljudi ne prihvaćaju | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 50. | Siguran/na sam u sebe | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 51. | Uglavnom dobro podnosim napete situacije | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 52. | Imam poteškoća u izražavanju osjećaja | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 53. | Preosjetljiv/a sam | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 54. | Osjećam se loše u grupi poznatih ljudi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 55. | Osjećam se loše u grupi nepoznatih ljudi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 56. | Pokazujem toplinu prema drugim ljudima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 57. | Nemam problema s prihvaćanjem osjećaja drugih ljudi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 58. | Imam povjerenja u druge ljude | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |

| 3. ORGANIZACIJSKE VJEŠTINE | | Nema poteškoća | Male poteškoće | Srednje poteškoće | Velike poteškoće | Vrlo izražene poteškoće | Nije primjenjivo | Želim poboljšati X | Procjena stručnjaka |
|-----------------------------------|--|----------------|----------------|-------------------|------------------|-------------------------|------------------|--------------------|---------------------|
| 59. | Obavljam svoje zadatke u skladu s rokovima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 60. | Dolazim na vrijeme na dogovore | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 61. | Pratim posebne datume (na primjer rođendane) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 62. | Prilagodljiv/a sam | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 63. | Dobro raspoložem novcem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 64. | Uglavnom dobro planiram stvari | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 65. | Odgovorana sam | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 66. | Dovršavam poslove koje započinjem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 67. | Uspješno izvršavam planirane zadatke | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 68. | Uglavnom dobro podnosim stres | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 69. | Uspješno svladavam krizu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 70. | Kreativna sam osoba | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 4. KONTROLA PONAŠANJA | | | | | | | | | |
| | | Nema poteškoća | Male poteškoće | Srednje poteškoće | Velike poteškoće | Vrlo izražene poteškoće | Nije primjenjivo | Želim poboljšati X | Procjena stručnjaka |
| 71. | Strpljiv/a sam | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 72. | Imam sposobnost snalaženja u različitim situacijama | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 73. | Uglavnom učinkovito rješavam sukobe, pregovaram, pristajem na kompromise | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 74. | Uglavnom se učinkovito nosim s ljutnjom | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 75. | Suzdržavam se od agresivnog ponašanja | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 76. | Često burno reagiram | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 77. | Asertivna* sam | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 78. | Uglavnom odgovorno trošim novac | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 79. | Uglavnom ne donosim odluke <i>impulzivno</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 80. | Dobro pazim da ne govorim riječi kojima bih mogao/la povrijediti druge ljude | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|----------------|----------------|-------------------|------------------|-------------------------|------------------|--------------------|---------------------|
| 81. | Prikladno koristim dodir u komunikaciji s ljudima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 82. | Mogu izraziti svoje neslaganje bez vikanja i vrijeđanja | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 83. | Lako se opuštam | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 84. | Uglavnom nisam nervozan/na | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 85. | Prije nego što reagiram dobro promislim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 5. ODNOSI S DRUGIM LJUDIMA | | | | | | | | | |
| | | Nema poteškoća | Male poteškoće | Srednje poteškoće | Velike poteškoće | Vrlo izražene poteškoće | Nije primjenjivo | Želim poboļjšati X | Procjena stručnjaka |
| 86. | Osjetljiv/a sam na potrebe drugih | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 87. | Imam barem dva-tri bliska prijatelja | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 88. | Prilagodljiv/a sam u odnosu s drugima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 89. | Uvažavam tuđe granice | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 90. | Prema drugima se odnosim s poštovanjem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 91. | Uglavnom sam u dobrim odnosima sa svojim roditeljima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 92. | Uglavnom sam u dobrim odnosima sa svojom djecom | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 93. | Uglavnom sam u dobrim odnosima s braćom/sestrama | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 94. | Imam dobre partnerske/bračne odnose | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 95. | Nemam seksualnih poteškoća | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 96. | Tolerantan/na sam prema različitosti kod drugih | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 97. | Uglavnom lako ostvarujem kontakte s drugima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 98. | Uglavnom nemam poteškoća s ostvarivanjem bliskosti u odnosima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 99. | Mogu sam/a održati dobre odnose s drugima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 100. | Mogu sam/a prekinuti odnos s drugima ako se u njemu ne osjećam dobro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 101. | Uglavnom imam dobre odnose s prijateljima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 102. | Uglavnom imam dobre odnose sa susjedima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 103. | Uglavnom izbjegavam socijalne kontakte s drugim ljudima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 104. | Uvažavam druge u odnosima | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 7. BRIGA O SEBI | | | | | | | | | |
| | | Nema poteškoća | Male poteškoće | Srednje poteškoće | Velike poteškoće | Vrlo izražene poteškoće | Nije primjenjivo | Želim poboļjšati X | Procjena stručnjaka |
| 105. | Sposoban/na sam samostalno se brinuti o osobnoj higijeni | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|----------------|----------------|-------------------|------------------|-------------------------|------------------|--------------------|---------------------|
| 106. | Izgledam čisto i uredno | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 107. | Odijevam se prikladno za situaciju | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 108. | Mogu samostalno pripremati hranu, jedem hranu na prihvatljiv način | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 109. | Uglavnom nemam poteškoća u brizi oko financija i (dobro raspoređujem novce) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 110. | Životni prostor održavam urednim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 111. | Brinem se o sigurnosti u kući (na primjer ne ostavljam pećnicu da gori) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 112. | Vodim brigu o svojem zdravlju (uzimam preporučene lijekove, redovito idem liječniku) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 113. | Pomažem svojim ukućanima u obavljanju kućanskih poslova | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 114. | Samostalno obavljam kupnju | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 115. | Spavam dobro i dovoljno dugo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 116. | Vodim brigu o pravilnoj prehrani, ne prejedam se i ne izgladnjujem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 117. | Bez problema koristim javni prijevoz i krećem se samostalno | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 118. | Moji pokreti i/ili misli su usporeni | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 8. KOGNITIVNO FUNKCIONIRANJE | | Nema poteškoća | Male poteškoće | Srednje poteškoće | Velike poteškoće | Vrlo izražene poteškoće | Nije primjenjivo | Želim poboljšati X | Procjena stručnjaka |
| 119. | Imam poteškoća u donošenju odluka | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 120. | Uglavnom se mogu koncentrirati | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 121. | Imam poteškoća s pamćenjem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 122. | Imam poteškoća u rješavanju problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 123. | Imam poteškoća s čitanjem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 124. | Imam poteškoća s pisanjem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 125. | Imam poteškoća s računanjem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 126. | Imam poteškoća s usvajanjem novih znanja | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 9. POSAO (samo za osobe u radnom odnosu ili koje traže posao) | | Nema poteškoća | Male poteškoće | Srednje poteškoće | Velike poteškoće | Vrlo izražene poteškoće | Nije primjenjivo | Želim poboljšati X | Procjena stručnjaka |
| 127. | Imam poteškoća pri traženju posla | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| 128. | Imam poteškoća pri zadržavanju posla | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 129. | Imam poteškoća kod prekida zaposlenja | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 130. | Motiviran/a sam za posao | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 131. | Imam poteškoća s radnim tempom (brzinom odvijanja posla) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 132. | Imam poteškoća s radnom disciplinom | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 133. | Imam poteškoća s radnom normom | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 134. | Imam poteškoća s kvalitetom radne izvedbe | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 135. | Imam poteškoća sa stresom na poslu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 10. SLOBODNO VRIJEME | | | | | | | | | |
| 136. | Imam poteškoća pri organizaciji slobodnih aktivnosti (čitanje, tv, glazba, šetnje...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 137. | Posjećujem društvena događanja (na primjer druženja, proslave) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 138. | Uglavnom nemam poteškoća pri pronalaženju hobija | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 139. | Motiviran/a sam za različite aktivnosti u slobodno vrijeme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 140. | Uglavnom uživam u rekreaciji/slobodnom vremenu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 11. PODRŠKA | | | | | | | | | |
| 141. | Imam podršku uže obitelji | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 142. | Imam podršku šire obitelji | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 143. | Imam prijatelje koji mi daju podršku | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 144. | Aktivno sudjelujem u grupama podrške/samopomoći | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 145. | Imam druge vrste podrške | | | | | | | | |

| 12. STAVOVI | | | | | | | | |
|-------------|---|----------------|----------------|-------------------|------------------|-------------------------|------------------|--------------------|
| | | Nema poteškoća | Male poteškoće | Srednje poteškoće | Velike poteškoće | Vrlo izražene poteškoće | Nije primjenjivo | Želim poboljšati X |
| 146. | Ljudi se drukčije ponašaju prema meni zato što imam psihičku bolest | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 147. | Mislim da sam manje vrijedan/na zbog toga što imam psihičku bolest | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 148. | Imam poteškoća s <i>diskriminacijom</i> * zbog psihičke bolesti | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

Molimo Vas da označite s **X** stupac iza navedenih područja na kojima želite **raditi** odnosno **poboljšati** Vaše funkcioniranje.

| Područja na kojima želite raditi odnosno poboljšati vaše funkcioniranje | X |
|---|----------|
| BRIGA O SEBI | |
| KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE | |
| DOŽIVLJAJ SEBE I IZRAŽAVANJE OSJEĆAJA | |
| ORGANIZACIJSKE VJEŠTINE | |
| KONTROLA PONAŠANJA | |
| ODNOSI S DRUGIMA | |
| KOGNITIVNO FUNKCIONIRANJE (donošenje odluka, koncentracija, pamćenje, čitanje...) | |
| POSAO (pronalazak posla, zadržavanje posla, uspješno obavljanje posla) | |
| ORGANIZACIJA SLOBODNOG VREMENA | |
| PODRŠKA DRUGIH | |
| STAVOVI | |

Objašnjenja pojedinih pojmova

***Otvorena pitanja** – Otvorena pitanja započinju s kako? kada? što? tko? gdje? koliko? te zahtijevaju duže odgovore čime otvaraju razgovor i čine komunikaciju dužom i uspješnijom.

***Neverbalne poruke** – Uz govor riječima, komuniciramo i šaljemo određene poruke i drugim načinom: pokretima, mimikom, gestikulacijama, tonom glasa itd. Ponekad koristimo samo neverbalne poruke, na primjer pljeskanje rukama, odmahivanje glavom ili udaranje vratima, kako bismo prenijeli svoje misli i osjećaje u nekoj situaciji.

***Asertivnost** – Asertivnost je izražavanje misli i osjećaja s namjerom da postignemo naše želje i ciljeve tako da osiguravamo da se naše mišljenje i

osjećaji uzmu u obzir, a da se pri tome ne narušavaju prava drugih (suprotno agresivnosti). Jasno izražavanje *ponašanja* koje nam smeta, objašnjavanje razloga zbog kojih nam to ponašanje smeta (izražavanje vlastitog mišljenja, osjećaja i/ili posljedica takvog ponašanja) te jasno izražavanje našeg zahtjeva.

***Impulzivnost** – Reagiranje koje ne uključuje razmišljanje o mogućim posljedicama ponašanja.

***Diskriminacija** – Diskriminacija je svaki postupak razlikovanja i nejednakog tretmana osobe ili skupine osoba – stavljanje osobe u nepovoljan položaj. Može biti zasnovana na spolu, rodu, nacionalnom, vjerskom identitetu, fizičkim karakteristikama (invaliditetu), psihičkoj bolesti itd.

Napomena: Za korištenje ove skale postoji priručnik **Sladane Štrkalj Ivezić Procjena funkcioniranja u psihijatriji**

5. PSIHOBIOŠOCIJALNA FORMULACIJA I INDIVIDUALNI PLAN LIJEČENJA

Slađana Štrkalj Ivezić

5.1. Uvod

Psihobiosocijalni pristup u liječenju osoba s problemima mentalnog zdravlja uključuje procjenu utjecaja psiholoških, bioloških i socijalnih čimbenika na nastanak mentalnog poremećaja, tijek bolesti i na oporavak od bolesti, kao i za planiranje različitih bioloških, psihosocijalnih i psihoterapijskih postupaka prema individualnom planu liječenja. Individualni plan liječenja s ciljevima oporavka smatra se standardom psihijatrijske prakse i treba biti dostupan svakom pacijentu. Oporavak se navodi kao cilj u svim svjetskim smjernicama liječenja različitih mentalnih poremećaja. Oporavak je doživljaj osnaženosti, pri čemu osoba živi na način koji dopušta dostizanje željenih ciljeva, život sa smislom, te osjeća pozitivnu pripadnost zajednici.

Oporavak je duboko personalan proces promjene stavova, vrijednosnih sudova, osjećaja, ciljeva, vještina i/ili uloga. To je način života s kojim smo zadovoljni, koji pruža nadu i kojim pridonosimo zajednici bez obzira na ograničenja koja postoje zbog bolesti. Oporavak uključuje razvoj smisla i svrhe u životu.

Suvremeno liječenje mentalnih poremećaja koje potiče Svjetska zdravstvena organizacija u Quality Right Tool Kit modelu oporavka i ljudskih prava doživjelo je veliki preokret. Za razliku od ciljeva usredotočenih na model bolesti – uklanjanje simptoma i remisije – povrata na razinu funkcioniranja prije bolesti, dolazi do velikog pomaka prema oporavku s namjerom da osoba kontrolira svoj život, da može ispunjavati različite uloge u društvu; bolje razumije svoje emocionalne poteškoće, postaje samostalnija, može i dalje imati simptome, ali živi s njima i vodi ispunjen život. Osoba i dalje može imati emocionalne poteškoće, ali to nije središte njezina života. Ciljevi oporavka trebaju biti vidljivi u individualnom planu liječenja koji je sastavljen na temelju poznavanja pacijenta kao osobe i razumijevanja njegova psihičkog poremećaja u kontekstu njegova života.

Orijentacija prema oporavku od stručnjaka koji liječe oboljele od mentalnih poremećaja traži da preispitaju svoje stavove, da se oslobode stavova kako su mentalni poremećaji kronični poremećaji od kojih se rijetko tko može oporaviti. Takve stavove demantiraju znanstvena istraživanja i svjedočanstva oporavljenih osoba koje su se dugo liječile u psihijatrijskim službama te su se pokazali štetnim za proces oporavka od psihičke bolesti.

U modelu QualityRight Svjetske zdravstvene organizacije u području standarda liječenja navodi se sljedeće:

Ciljevi oporavka moraju biti ugrađeni u individualni plan liječenja. Liječenje mora biti organizirano tako da terapijska sredina koja uključuje i terapijske odnose osoblja i pacijenata potiče nadu, optimizam, osnaženje, pravo na izbor, omogućavanje uvjeta koji pomažu da se pacijenti oporave, da koriste pune osobne kapacitete i da pripadaju zajednici. U oporavku je važno postizanje osobnih ciljeva, kao što je na primjer imati prijatelje, posao, pripadati i imati korisnu ulogu u zajednici. To je različito od kliničkih ciljeva koji su često usredotočeni na uklanjanje simptoma uzimanjem lijekova.

Liječenje temeljeno na oporavku pacijenta promatra ponajprije kao osobu koja ima svoj sustav vrijednosti i pravo da sama odabire svoje ciljeve, a potom kroz dijagnozu, kao jednu od karakteristika osobe. Također ga promatra kao osobu koja ima pravo na stručnu pomoć i druge oblike podrške koji mu pomažu da dosegne svoje ciljeve. Liječenje mora biti sveobuhvatno i uključivati biološke, psihoterapijske i rehabilitacijske postupke, osigurati mrežu podrške, borbu protiv stigme te ostale usluge potrebne za oporavak i socijalno uključivanje u životnu sredinu po izboru pojedinca, a na temelju informiranog pristanka. Potrebno je imati na umu da su postupci liječenja koje primjenjujemo, bez obzira na to jesu li bolnički ili izvanbolnički, dio cjelovitog sustava sa zajedničkim ciljem osiguravanja neovisnoga života u zajednici uz omogućavanje podrške kada god je ona potrebna. Stoga je ciljeve liječenja potrebno sagledati u cjelovitoj perspektivi kontinuiteta liječenja koja uključuje povezanost bolničkog i izvanbolničkog liječenja u perspektivi oporavka.

Za realizaciju ciljeva oporavka i zadovoljavajućeg života u zajednici potrebno je da svaki pacijent u sustavu liječenja ima sveobuhvatan, individualizirani plan liječenja/oporavka s biološkim, psihološkim i socijalnim ciljevima uključujući obrazovanje, zapošljavanje, socijalnu mrežu potpore, stambeno zbrinjavanje i druge ciljeve koje pacijent sam identificira. Stoga nam je za izradu individualnog plana liječenja i njegovu provedbu potreban multidisciplinarni tim i suradnja različitih službi koje nisu samo medicinske nego uključuju socijalnu skrb, zapošljavanje, obrazovanje, nevladine organizacije i druge resurse u zajednici koji mogu pomoći u pružanju podrške.

Važno je razmišljati o tome što bi sve trebalo poduzeti da se pacijent oporavi i tko će sve u to biti uključen. Multidisciplinarni tim mora imati zajedničku viziju ciljeva dogovorenih s pacijentom koju ostvaruju pojedini članovi tima osobno primjenom stručnih postupaka i/ili u dogovoru s drugim službama u zajednici.

Stručne osobe koje sudjeluju u liječenju moraju biti upoznate s planom liječenja i pridonijeti kvaliteti izrade i provedbe. Plan liječenja je zajednička kreacija stručnjaka i pacijenta, te se u njegovoj provedbi očekuje aktivno sudjelovanje pacijenta.

Kada se provodi bolničko liječenje, u individualnom planu liječenja treba planirati nastavak izvanbolničkog liječenja i to navesti u otpusnom pismu u kojem se osim preporuka navode druge izvanbolničke usluge i službe kojima se pacijent treba obratiti ili im se već obratio tijekom liječenja, kao i stručnjaci koji sudjeluju u izvanbolničkom liječenju. Stoga osim povijesti bolesti otpusno pismo mora odražavati i orijentaciju prema oporavku.

Oporavak se može promatrati kao ishod u odnosu na simptome, funkcioniranje i osobni psihološki proces oporavka. Sva tri cilja oporavka moraju biti vidljiva u planu liječenja. Naglasak više nije na oporavku od simptoma kada to nije moguće, nego na funkcionalnom i personalnom oporavku, pa se tako smatra da osoba može voditi zadovoljavajući život usprkos još uvijek prisutnim simptomima bolesti i funkcionalnim oštećenjima. Osobe s poteškoćama mentalnog zdravlja kada imaju poteškoća u funkcioniranju, u ostvarenju ciljeva i socijalnom uključivanju imaju pravo na rehabilitaciju s namjerom povećavanja njihovih sposobnosti i podršku koja im omogućuje sudjelovanje u aktivnostima svakodnevnog života koje su same izabrale. Identifikacija potrebe za izvanbolničkom rehabilitacijom i podrškom mora biti vidljiva u individualnom planu liječenja.

Plan liječenja je dogovor između terapeuta/tima i pacijenta o ciljevima liječenja i oporavka u kojem preferencije pacijenta imaju prioritet i postupcima liječenja koji će se primijeniti da se postignu identificirani ciljevi, kao i stručnjacima i drugim osobama koje će pomoći u postizanju ciljeva. Individualni plan liječenja donosi se na temelju slobodnoga informiranog pristanka. Pacijentu se pružaju informacije o dijagnozi i preporuke za liječenje (izbor terapijske sredine, odjela na kojem će se osoba liječiti, lijekova koji se predlažu, psihoterapije i psihosocijalnih postupaka), stručnjaka koji će biti uključeni, o različitim službama koje se preporučuju uključiti, programu liječenja, pravima osobe na dobrovoljnom i prisilnom smještaju/liječenju, različita druga prava iz različitih sustava, kao i informacije o različitim resursima u zajednici koje

mogu koristiti za zadovoljavajući život u zajednici, a sve to kako bi mogla donijeti odluku o svojem planu liječenja.

Za izradu plana liječenja psihijatru su potrebne vještine procjene utjecaja psihobiosocijalnih čimbenika na poteškoće mentalnog zdravlja za pacijenta čije liječenje planira, uspostavljanje terapijskog odnosa povjerenja i savezništva i poznavanje različitih terapijskih postupaka koji uključuju lijekove, psihosocijalne postupke, rehabilitaciju i psihoterapiju koji mogu pridonijeti pozitivnom ishodu liječenja/oporavku.

Individualni plan liječenja potrebno je dokumentirati u medicinskoj dokumentaciji, on mora biti poznat pacijentu i svim članovima osoblja koji sudjeluju u njegovoj provedbi. Informacija o tome da je plan liječenja izrađen u suradnji s pacijentom i prihvaćen na temelju informiranog pristanka također treba biti zabilježena u dokumentaciji. Plan liječenja/oporavka treba redovito evaluirati.

5.2. Psihobiosocijalna formulacija

Mentalni poremećaji posljedica su kompleksne interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Okolnosti u kojima osoba živi, rane i kasnije traume, okolnosti ranog odrastanja, stigma i diskriminacija kao psihološke i socijalne determinante mentalnog zdravlja utječu na rizik nastanka mentalnog poremećaja.

Psihobiosocijalna formulacija označava razumijevanje nastanka psihičkog poremećaja u sadašnjoj epizodi ili u ranijim epizodama osobe s poteškoćama mentalnog zdravlja na temelju procjene interakcije psihičkih, bioloških i socijalnih čimbenika. Tijekom liječenja, na temelju novih informacija, psihobiosocijalna formulacija se treba nadopunjavati i evaluirati. Na temelju podataka dobivenih u anamnezi i drugih podataka dobivenih iz različitih izvora (članovi obitelji, drugi stručnjaci, druge službe i sl.) stvara se predodžba o utjecaju bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika na nastanak psihičkog poremećaja, u odnosu na simptome, funkcioniranje te njihovu ulogu u poteškoćama u procesu oporavka kako bi se mogli izabrati postupci koji će potaknuti oporavak. Na primjer, ako je napeta atmosfera u obitelji u kojoj postoje povišene emocije – EE emocije povezane s učestalim recidivima psihoze, tada treba primijeniti postupak rada s obitelji, jer promjena lijeka u ovom slučaju neće biti učinkovita strategija.

Poznavanjem čimbenika okolnosti u kojima osoba živi, stresnih događaja

koji su prethodili dolasku na liječenje, ranijih stresnih događaja, kapaciteta osobe da se nosi sa stresnim situacijama, osobnoga emocionalnog razvoja bolesnika, koji je utjecao na način kako se osoba osjeća, razmišlja i ponaša, sadašnje i ranije razine funkcioniranja, podataka o bolestima u obitelji i tjelesnom stanju pacijenta, postiže se sveobuhvatno razumijevanje pacijenta na temelju kojeg se izrađuje psihobiosocijalna formulacija kao temeljni nalaz na osnovi kojeg se planira liječenje.

Psihobiosocijalna formulacija specifična je za pojedinca jer se temelji na jedinstvenom životnom iskustvu svake osobe.

Psihobiosocijalna formulacija odnosi se na hipotezu koja sadržava objašnjenje zašto je problem nastao i što sudjeluje u njegovu održavanju, ona je osnova na temelju koje se planiraju terapijski postupci. Hipoteza može služiti i za predviđanje poteškoća tijekom procesa liječenja. Psihobiosocijalna formulacija je dinamična hipoteza koja se temelji na dostupnim informacijama u trenutku procjene i može se proširiti ili promijeniti tijekom liječenja, a na temelju prikupljenih informacija.

Psihološka i/ili psihodinamska formulacija dio je psihobiosocijalne formulacije, a odnosi se na procjenu doprinosa psiholoških čimbenika, primjenom bilo koje psihološke teorije bliske psihijatru (psihodinamsku, kognitivnu, sistemsku). Poznavanje osnovnih načela psihodinamske psihijatrije ključno je za bolje razumijevanje individualnog iskustva pacijenta. Psihodinamska teorija pomaže u razumijevanju utjecaja nesvjesnog na nastanak simptoma, razumijevanju transfera i kontratransfera koji su uvijek prisutni tijekom rada s pacijentima, stoga psihijatar mora imati kompetencije za prepoznavanje transfera, postupak s transfernim osjećajima i osjećajima u kontratransferu kako bi mogao dati bolju procjenu kliničkog stanja pacijenta, uspostaviti dobar terapijski odnos, imati kontrolu kontatransfernih osjećaja i planirati liječenje.

Izrada psihobiosocijalne formulacije obvezni je dio standardnog liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja na temelju koje se izrađuje individualni plan liječenja/oporavka. Za izradu psihobiosocijalne formulacije potrebna je detaljna anamneza o svim psihobiosocijalnim čimbenicima (vidi tablicu psihobiosocijalnih čimbenika i procjenu psihobiosocijalnih čimbenika u anamnezi) koji utječu na nastanak simptoma psihičkog poremećaja, funkcioniranje i na oporavak. Psihobiosocijalna formulacija je nalaz koji se unosi u medicinsku dokumentaciju

Psihobiosocijalna formulacija pomaže da na sveobuhvatan način razumijemo što sve utječe na nastanak, održavanje simptoma bolesti i poteškoća u funkcioniranju i oporavku i što sve može pomoći ukloniti ili ublažiti

simptome bolesti, poteškoće u funkcioniranju, socijalnom uključivanju i oporavku osobe koja nam se obraća za pomoć zbog problema mentalnog zdravlja. Dakle, pomaže nam da razumijemo zbog čega su simptomi psihičke bolesti i poteškoće u funkcioniranju i mentalnom zdravlju nastale na individualnoj razini, specifično kod pacijenta čije liječenje planiramo, sagledavajući sadašnje okolnosti i cjelokupni kontekst života osobe od ranog razvoja do okolnosti u kojima sada živi. Sveobuhvatno razumijevanje svih psihobiosocijalnih čimbenika koji utječu na nastanak psihičkog stanja i postupaka koji bi mogli pomoći u uklanjanju simptoma i poteškoća u oporavku je ključno kako bismo mogli izraditi individualni plan liječenja i pomoći pacijentu da sam izradi svoj individualni plan oporavka. Izrada osobnog plana oporavka koju su pokrenuli sami pacijenti putem udruga pacijenata pokazala se dobrom praksom, stoga pacijente treba stimulirati da sami ili uz pomoć *peerworkera*, osoba od povjerenja i stručnjaka izrađuju svoje planove oporavka.

Za izradu psihobiosocijalne formulacije koja je temelj za izradu plana liječenja potrebna nam je dobra anamneza koja uključuje detaljne podatke o simptomima, ranijim epizodama i liječenju, funkcioniranju, razvojnoj psihosocijalnoj povijesti, obiteljskoj anamnezi, procjeni rizika, kao i o doprinosu utjecaja bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika na psihičko stanje zbog kojeg osoba traži pomoć i liječenje.

Suvremena psihijatrija okrenuta je individualnom planiranju liječenja u kojem je osoba s njezinim kapacitetima i ograničenjima u središtu, a ne njezina dijagnoza. U tom kontekstu psihobiosocijalna formulacija mora biti rezultat psihobiosocijalne anamneze u kojoj nas ne zanimaju samo simptomi nego i cjelokupni psihosocijalni kontekst u kojem se pojavljuje psihički poremećaj. Svođenje anamneze na prikupljanje podataka kako bi se uspostavila dijagnoza samo je dio anamneze koji nije dovoljan za planiranje uspješnog liječenja. Moramo aktivno slušati osobnu priču kako bismo razumjeli kako životno iskustvo utječe na njegovo kliničko stanje, razumjeli pacijenta kao osobu, a ne kao dijagnozu kako bismo mogli individualno planirati liječenje. Bez razumijevanja pacijenta kao osobe i okolnosti u kojima se razvio njegov mentalni poremećaj teško da možemo napraviti osobno relevantan individualni plan liječenja.

U psihobiosocijalnoj formulaciji simptome bolesti i funkcioniranje dovedimo u vezu s različitim psihobiosocijalnim čimbenicima koji utječu na nastanak i održavanje simptoma, kao i poteškoće u funkcioniranju i oporavku, na primjer ako propustimo procijeniti utjecaj samostigmatizacije na oporavak osobe sa psihozom i simptome depresije tretiramo biološkim lijekovima,

moguće će se simptomi nešto ublažiti, no neće biti značajnog pomaka ako ne pomognemo pacijentu da se oslobodi samostigmatizacije putem psihosocijalnog postupka sa stigmom.

Za procjenu psihobiosocijalnih čimbenika i za planiranje liječenja mogu nam od koristi biti različiti upitnici i skale.

Za procjenu socijalnog funkcioniranja dobro je koristiti smjernice procjene funkcioniranja prema Međunarodnoj klasifikaciji funkcioniranja Svjetske zdravstvene organizacije. Za procjenu potreba pacijenta s dijagnozom psihičkog poremećaja s ozbiljnim funkcionalnim oštećenjima (engl. *serious mental illness*) i planiranje liječenja preporučuje se primijeniti Camberwell kratki upitnik za procjenu potreba.

U psihobiosocijalnoj formulaciji navodimo uspostavljenu dijagnozu, simptome bolesti i dovodimo ih u vezu s okolnostima u kojima osoba živi, nedavnim traumama i razvojnom povijesti.

5.3. Izrada plana liječenja

Na osnovi psihijatrijske procjene, procjene cjelokupnoga zdravstvenog statusa i psihobiosocijalne formulacije u suradnji s pacijentom određuju se ciljevi liječenja. Izrađuje se individualni plan liječenja u kojem se planiraju različiti biološki, psihološki i socijalni postupci, kao i njihovi izvršitelji te se dovode u izravnu vezu s ciljevima liječenja koje je postavio pacijent u dogovoru s nama.

Važno se podsjetiti da svi postupci koje predlažemo zajedno pridonose ciljevima liječenja, a to je oporavak od psihičke bolesti i nezavisan život u zajednici s adekvatnom podrškom kada god i koliko god dugo je potrebna. Treba sagledati ciljeve liječenja izvan uskih granica oporavka od simptoma i očekivanja remisije u kojem se sve što nije remisija tretira kao neuspjeh, kroničnost bez nade za zadovoljavajući život. Ljudi mogu zadovoljavajuće živjeti i s ograničenjima koja proizlaze iz bolesti i u tome trebaju našu pomoć, kao i pomoć drugih resursa u zajednici na koje ih je potrebno uputiti i povezati ih s osobama i organizacijama koje će im pružiti pomoć u socijalnom uključivanju.

Plan liječenja za osobe koje trebaju podršku treba obuhvatiti i plan podrške. Kada se liječenje provodi u bolnici, plan liječenja uvijek uključuje i nastavak kontinuiteta liječenja i skrbi izvan bolnice.

Plan liječenja uvijek uključuje djelovanje na dijelove koji pridonose oporavku: simptome, funkcioniranje, promjene stavova, stigmatu, socijalno

uključivanje i drugo, a da pri tome uvijek imamo na umu da je ishod naših terapijskih postupaka oporavak i kvalitetan život u zajednici koji uključuje sudjelovanje u životu zajednice, poput traženja posla i pomoći u zapošljavanju i ostanku na poslu, organizacije slobodnog vremena, povećanje socijalne mreže i druge važne osobne ciljeve.

U izradi individualnog plana liječenja važna je detaljna procjena utjecaja psiholoških, socijalnih i bioloških čimbenika na psihičko stanje pacijenta i njegov oporavak kako bismo mogli planirati psihosocijalne postupke i podršku s ciljem postizanja oporavka. Procjenjujući i uvažavajući utjecaj psiholoških, socijalnih i bioloških čimbenika lakše ćemo razumjeti složenost određenog stanja i objasniti pacijentu zbog čega mu trebaju lijekovi, psihoterapija i psihosocijalni postupci ili najčešće sve to zajedno.

U planiranju liječenja važno je identificirati protektivne čimbenike koji mogu pridonijeti održanju stanja zdravlja i pomoći da ne dođe do recidiva bolesti, potaknuti i održati oporavak i rizične čimbenike koji mogu utjecati na pojavu recidiva i pogoršanja zdravlja na koje treba utjecati. U izradi psihosocijalne formulacije identificirat ćemo čimbenike protektivne za mentalno zdravlje, koji štite od recidiva bolesti i one koji pridonose riziku te ćemo ih izložiti pacijentu i objasniti da poticanje protektivnih čimbenika i izbjegavanje rizičnih pridonosi osnaženju pacijenta, smanjuje osjećaj bespomoćnosti i potiče oporavak. Kako bi pacijent razumio plan liječenja, potrebno mu je na prikladan empatičan način objasniti psihobiosocijalni model bolesti, specifično u kontekstu njegove bolesti, njegova životnog iskustva i u perspektivi oporavka. Nadu i optimizam te stavove oporavka treba uvijek autentično prenositi pacijentu od malih koraka oporavka do sve većih ciljeva, imajući na umu da je oporavak proces i da smo mi terapeuti suputnici u tom procesu, da pomažemo pacijentu dokle god je potrebno da on postigne svoje ciljeve.

5.4. Način kojim se pacijentu izlaže psihobiosocijalna formulacija, ciljevi liječenja i individualni plan liječenja

Napomena: Za izbor postupaka zasnovanih na dokazima (evidence base) koje ćete predložiti u planu liječenja mogu vam koristiti smjernice za dijagnostiku i liječenje različitih mentalnih poremećaja koje se nalaze na mrežnim stranicama Hrvatskoga psihijatrijskog društva i Hrvatskoga društva za kliničku psihijatriju HLZ-a.

Nakon prikupljanja informacija koje su nam pomogle u izradi psihobiosocijalne formulacije, odnosno razumijevanja aktualnog stanja pacijenata

procjenom utjecaja bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika, na jednostavan način s optimizmom, nadom i vizijom oporavka treba informirati pacijenta o mentalnom poremećaju (simptomima, dijagnozi), uzrocima poremećaja i načinima liječenja. Na temelju psihobiosocijalne formulacije bolje razumijemo koji biološki, socijalni i psihološki čimbenici djeluju na nastanak/pogoršanje psihičkog poremećaja, koji su protektivni i rizični čimbenici, što je prepreka oporavku, a što stimulira oporavak. Nakon što ukratko obrazložimo pacijentu naš pogled na njegove poteškoće i naše prijedloge postupaka, dogovoramo se o ciljevima liječenja, postupcima koji će se primijeniti i osobama koje će provoditi te postupke s pacijentom. Individualni plan liječenja, kao i svi drugi postupci u psihijatriji provodi se na temelju slobodnoga informiranog pristanka.

Nakon sažetog obrazloženja stanja pacijenta i preporuka za liječenje s pozicije stručnjaka tijekom kojeg je važno pokazati empatiju za njegovo stanje i provjeriti razumijevanje, potrebno je stimulirati pacijenta da postavlja pitanja te s njim odrediti ciljeve i predložiti plan liječenja te tražiti njegovu suradnju. Važno je stalno imati na umu da sve informacije o bolesti i liječenju moraju biti izrečene u perspektivi oporavka.

Potrebno je pacijentu ukratko na razumljiv i empatijski način navesti simptome koje je on iznio (dakle sve simptome koje sada ima), povezati ih s uspostavljenom dijagnozom (reći mu dijagnozu opisno ili onako kako glasi u skladu s vašom procjenom situacije) te mu jednostavno objasniti koji od bioloških, socijalnih i psiholoških čimbenika o kojima ste razgovarali tijekom intervjua utječe na nastanak simptoma i poteškoća u funkcioniranju i koje postupke (lijekovi, psihoterapija i psihosocijalni postupci, rehabilitacija) predlažete da bi se njegovo stanje oporavilo. Osim simptoma, treba navesti poteškoće u funkcioniranju koje je pacijent naveo, kao i njegov doživljaj situacije i uzroka stanja i odnos prema bolesti. Važno je omogućiti pacijentu da izrazi osjećaje o svojoj bolesti, reakciju na dijagnozu i liječenje te proradu tih osjećaja staviti u plan liječenja, osobito s namjerom sprječavanja rizika od samostigmatizacije. Dakle, potrebno je sažeto prikazati psihobiosocijalnu formulaciju jezikom razumljivom pacijentu i povezati je s planiranim postupcima liječenja kojima je cilj oporavak.

5.5. Razgovor s pacijentom o planu liječenja

Razgovor s pacijentom o njegovim poteškoćama nije samo prikupljanje informacija nego i stvaranje terapijskog odnosa bez kojeg nije moguće provoditi učinkovito liječenje, stoga na početku liječenja treba dati empatijsku izjavu u kojoj prenosite da razumijete kako se osjeća u situaciji o kojoj ste upravo razgovarali, na primjer treba reći da razumijete da se osjeća depresivno i tjeskobno u okolnostima koje je opisao (teško mu je zato što sin s kojim je povezan odlazi u drugu zemlju..., izgubio je posao..., ima financijskih poteškoća..., doživio je poniženje na poslu i slično).

Za povezivanje simptoma s okolnostima možete reći: „Naveli ste da imate poteškoća sa spavanjem, teško zaspate, raspoloženje vam je većinu vremena sniženo, nemate interesa i energije ni za što... osjećate tjeskobu, napeti ste, guši vas u grlu... vjerujete da su ljudi protiv vas... čujete glasove koje drugi ne čuju... Ovi simptomi javljaju se kod depresije... anksioznih poremećaja... psihoze... Kod vas su se javili u za vas teškim okolnostima, kao što ste naveli, bili ste preopterećeni poslom, okolina vas ne razumije i slično.“ Ili: „Ovo stanje je nastalo, prema vašim navodima, u okolnostima nakon događaja – svađe s članom obitelji, gubitka posla, nerazumijevanja obitelji, dugotrajne frustracije jer nemate posao, gubitka smisla, ne vidite izlaz, dugotrajnih nezadovoljavajućih odnosa s vašim partnerom, obitelji, stresnim okolnostima na poslu, obiteljskim nasiljem..., poteškoćama u vezi s tjelesnom bolesti, bolesti člana obitelji...“

5.5.1. Povezivanje s razvojnim okolnostima

„Naveli ste da ste odrastali u obitelji koja vas nije razumjela, da niste mogli izraziti svoje želje, da su vas često kritizirali, da ste bili zlostavljani, da su roditelji bili strogi..., naveli ste da su vas u školi ismijavali, što je utjecalo na to da se osjećate nesigurno, da ste niskog samopouzdanja, da ste pretjerano osjetljivi na odbacivanje i kritike i sl.“ Ili: „Opisali ste se kao nesigurnu osobu koja previše vjeruje ljudima, koja se boji iznositi svoje mišljenje...“

5.5.2. Povezivanje s funkcioniranjem

„Naveli ste da imate poteškoća s osobnom higijenom, održavanjem kućanstva, postupanja s novcem, osjećate se nelagodno u društvu nepoznatih ljudi, imate poteškoća s izražavanjem svojeg mišljenja i osjećaja, organizacijom slobodnog vremena, druženjem s ljudima, odnosima s obitelji, da nemate

podršku obitelji i prijatelja i da biste željeli promijeniti sljedeće: imati veću podršku obitelji, bolje se založiti za svoje potrebe, bolje komunicirati..., stoga trebate planirati postupke koji vam mogu poboljšati funkcioniranje, kao što je naš trening socijalnih vještina o čemu možete razgovarati s našim socijalnim pedagogom.“

5.5.3. Radno funkcioniranje

„Rekli ste da se ne osjećate sposobnim za posao pa bismo trebali razgovarati o tome što utječe na to, želite li poboljšati vaše sposobnosti za rad... trebamo razgovarati o tome što bi vam sve moglo pomoći, možemo planirati razgovor sa socijalnom radnicom ili se obratiti službi za zapošljavanje. Naveli ste da se bojite zaposliti jer strahujete da će vas ljudi odbaciti ako čuju da ste liječeni od psihičke bolesti, stoga možemo planirati postupak za bolje suočavanje s ovim situacijama i oslobađanje od utjecaja stigme.“

„Rekli ste da se želite zaposliti, ali nemate koncentracije, nedostaju vam vještine u komunikaciji. Budući da loše reagirate na stres, mogli biste planirati trening komunikacije i poboljšanje reakcije na stres korištenjem drugačijih načina odgovora...“

5.5.4. Zlostavljanje na poslu

„Rekli ste da ste izloženi zlostavljanju na poslu, stoga trebamo razgovarati o načinima na koje se možete zaštititi, možemo planirati da uspostavite kontakt s udrugom koja se bavi pravnim savjetovanjem vezano za zlostavljanje na poslu, naša socijalna radnica će im se javiti tako da dobijete termin...“

5.5.5. Planiranje smanjenja suicidalnog rizika

„Naveli ste da povremeno razmišljate o suicidu, pa bi bilo dobro da razgovaramo o tome kako zaustaviti te misli i spriječiti eventualni rizik kako si ne biste pokušali nauditi...“

5.5.6. Planiranje postupka s prevencijom samostigmatizacije

„Naveli ste da vam izaziva nelagodu to što imate dijagnozu psihičke bolesti... sramite se, izbjegavate o tome govoriti. Trebali bismo razgovarati o tome kako svladati te misli. Cilj je ukloniti samostigmatizaciju jer ona nepovoljno djeluje na vas.“

5.5.7. Motivacija za liječenje

„Rekli ste da se ne slažete s tim da imate psihičku bolest, ali smo također utvrdili da čujete glasove koji vas uznemiravaju i da vjerujete da vas netko prati. Možemo planirati kako smiriti vašu uznemirenost i razgovarati o tome ima li za ovo što navodite nekih drugih objašnjenja...“

5.5.8. Preporuke za terapijske postupke

„Da bi se vaše stanje promijenilo, preporučila bih vam uzimanje lijekova, na primjer za stanje depresije o kojoj smo razgovarali antidepresiv, za smirivanje uznemirenosti zbog doživljaja da vas prate kamerama antipsihotik... Preporučila bih i anksiolitik koji će pomoći da se smanji napetost, da bolje spavate. Očekujemo da će vam se postupno poboljšati raspoloženje, razina energije, smanjiti osjećaj ugroženosti, osjećaj da vas ljudi prate, ukloniti ili ublažiti slušne halucinacije, prijeteći glasovi koje čujete i sl. Lijekovi djeluju na biološkoj razini i uspostavljaju ravnotežu na razini mozga čime pridonose ublažavanju ili uklanjanju simptoma.“

Ako se predlažu lijekovi, osim njihovih učinaka na simptome potrebno je navesti i mogućnost nuspojava i preporučiti pacijentu da o učinku lijekova i nuspojavama razgovara s vama ili drugim liječnikom. Treba reći nakon koliko vremena lijekovi počnu djelovati.

5.5.9. Preporuke za psihosocijalne postupke

„Naveli ste da u stresnim situacijama gubite kontrolu, preplave vas osjećaji ili se povlačite. Da biste se bolje nosili sa stresnim situacijama, preporučila bih vam našu edukaciju o postupku sa stresom i anksioznošću kako biste naučili bolje kontrolirati svoju reakciju. Tu edukaciju provodi naša psihologinja s kojom možete razgovarati. Razgovarat će se o tome kako si možete pomoći da smanjite tjeskobu u stresnim situacijama i općenito kada se osjećate tjeskobnim, kako rješavati probleme...“

„Naveli ste da imate nisko samopouzdanje, da se teško suprotstavljate drugim mišljenjima i kada mislite da ljudi nisu u pravu, što utječe na vašu depresiju. Kako biste si pojačali samopouzdanje i pomogli si da budete vještiji u iznošenju svojih stavova, želja i osjećaja, preporučili bismo vam trening asertivnosti i komunikacije... on se odvija jedanput tjedno i provodi ga socijalni pedagog, psiholog...“

Da biste iznijeli važnost podrške, kažete na primjer: „Naveli ste da nemate nikoga u okolini tko vas razumije, da ste usamljeni, da nemate ali biste željeli

imati prijatelja, stoga biste se mogli uključiti u rad udruge ili vam naša socijalna radnica može pomoći da uspostavite kontakt s nekim organizacijama u vašem okruženju koje provode aktivnosti koje vas zanimaju. Ako želite, možemo planirati i pomoć volontera i *peerworkera*.“

5.5.10. Planiranje postupaka za poboljšanje funkcioniranja

„Naveli ste da imate poteškoća s osobnom higijenom, održavanjem kućanstva, plaćanjem režija, organizacijom slobodnog vremena, druženjem s ljudima, odnosima s obitelji, da nemate podršku obitelji i prijatelja i da biste željeli: biti u stanju održavati svoj stan urednim, imati veću podršku obitelji, bolje se založiti za svoje potrebe, bolje komunicirati. Stoga možemo planirati pomoć radnog terapeuta koji će vam pomoći da bolje obavljate osobnu higijenu, održavate kućanstvo. Možemo napraviti plan kako poboljšati odnose s obitelji...“

5.5.11. Preporuka za trening asertivnosti i psihoterapiju

„Naveli ste da ste odrastali u obitelji u kojoj vas nisu razumjeli, prihvaćali, da niste mogli izraziti svoje želje, mišljenje, osjećaje, da ste bili zlostavljani, da su roditelji bili strogi što je utjecalo na to da se osjećate nesigurno, da imate nisko samopouzdanje, da ste pretjerano osjetljivi na odbacivanje i kritike, da se smatrate krivim za neke događaje i sl. Opisali ste se kao nesigurnu osobu koja previše vjeruje ljudima, boji se iznositi svoje mišljenje, naveli ste da su vas tijekom odrastanja stalno kritizirali, nikada pohvaljivali. Možemo razgovarati o treningu asertivnosti i kognitivnoj psihoterapiji koji bi vam koristili.“

5.5.12. Predlaganje psihoterapije

„Naveli ste da su uvjeti vašeg odrastanja utjecali na to da postanete osoba s niskim samopouzdanjem, nesigurna, povučena... teško iznosite ili kontrolirate emocije, teško razgovarate o svojim osjećajima, iskustvima iz prošlosti. U tome bi vam moglo pomoći individualno/grupno psihoterapijsko liječenje. Pomoglo bi vam da bolje razumijete i stabilizirate svoje osjećaje i da ih bolje povežete sa svojim mislima i ponašanjem. Možemo dogovoriti termin s našim psihoterapeutom ako se slažete.“

„Rekli ste da ste pretjerano osjetljivi na neuspjeh, na kritiku, teško pronalazite intimnog partnera. Razgovor o povezanosti iskustava sa sadašnjim

stanjem mogao bi vam pomoći. Stoga bih vam preporučio/la psihoterapijsko liječenje koje bi vam moglo pomoći da drugačije doživljavate sebe i da drugačije reagirate.“

„Iznijeli ste da često mislite da ste neuspješni, nesposobni, bespomoćni, da se neće ništa promijeniti, da ljudi nisu dobronamjerni prema vama. Moguće je da te misli utječu na vaše osjećaje i ponašanje, što pak utječe na vašu depresiju, tjeskobu. Kognitivno bihevioralna psihoterapija bi vam mogla pomoći da se oslobodite negativnog utjecaja ove povezanosti.“

„Naveli ste učestale sukobe sa suprugom ili članom obitelji. Preporučili bismo vam savjetovanje s obitelji i eventualno obiteljsku psihoterapiju, jer izgleda da način na koji komunicirate u obitelji izaziva vaša česta pogoršanja.“

5.5.13. Problemi s financijama i stanovanjem

„Naveli ste da imate financijskih poteškoća i da živite u neadekvatnom prostoru, te da vas to uznemiruje. Planirat ćemo razgovor sa socijalnom radnicom vezano za informiranje o vašim pravima i mogućnosti da ih ostvarite.“

5.5.14. Informiranje o pravima

„Naveli ste da ste zabrinuti jer ćete predugo ostati u bolnici, a da vi o tome ne odlučujete, međutim postoje jasne zakonske odredbe o tome. Dat ćemo vam brošuru u kojoj možete naći informacije o vašim pravima, a i ja ću vas sada o tome informirati.“

5.6. Dogovor o ciljevima liječenja

Nakon prvog koraka izlaganja pogleda stručnjaka na dijagnozu i liječenje nastavlja se dogovorom o ciljevima liječenja.

Ciljevi liječenja dogovaraju se s pacijentom, stoga ih pacijent treba izgovoriti i na njih pristati, pa ćete pacijentu na primjer reći sljedeće:

„Na temelju ovoga o čemu smo razgovarali i na temelju mojih preporuka, što biste naveli kao ciljeve svojega liječenja i s čime biste se složili od onoga što sam naveo/la? Što biste htjeli promijeniti, poboljšati, ukloniti vezano za simptome/poteškoće koje ste naveli? Što biste željeli poboljšati u svojem funkcioniranju? Što biste željeli poboljšati u načinu reagiranja, doživljaju sebe i svijeta oko sebe, načina na koji mislite, osjećate i ponašate se?“

Nakon što pacijent navede osobne ciljeve važno je to rezimirati i dogovoriti se o tome koji će se postupci primjenjivati. Uvijek treba pitati pacijenta slaže li se i ima li pitanja.

Slažete li se? Je li vam to u redu? Koji su vaši prioriteti? Jesmo li nešto izostavili?

Zapamtite da način na koji govorite pacijentu mora biti empatičan i morate prenijeti poruku o tome da je moguće oporaviti se. Informacije treba dati tako da pacijenta osnažuju, a ne obeshrabruju.

Svi psihički poremećaji mogu se razumjeti u sklopu interakcije između bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika koje ćemo utvrditi ako pažljivo slušamo pacijenta i postavimo pitanje „Što vam se dogodilo?“, a ne „Što nije u redu s vama?“.

Važno je da u pristupu pacijentu nismo zablokirani nekom od teorija koju smo unaprijed stvorili. Na primjer, ako vjerujemo da je psihoza biološki poremećaj i da se može liječiti jedino lijekovima, tada nemamo cjelovito razumijevanje o tome što se dogodilo ovom pacijentu koji sada pokazuje psihotične simptome i „odbit“ ćemo pomoći pacijentu koji na primjer odbija lijekove.

5.7. Pomoć za izradu plana liječenja

Kako biste izradili individualni plan liječenja i preporučili postupke koji će se koristiti u liječenju/rehabilitaciji, potrebno je odgovoriti na pitanja: Što je uzrok poteškoća koje ima pacijent (simptoma i poteškoća u funkcioniranju)? Što sve utječe na njegovo stanje? Što je prepreka oporavku? Trebamo razumjeti koji biološki, psihološki i socijalni razlozi pridonose simptomima bolesti, aktualnom ponašanju i poteškoćama u funkcioniranju, potrebna nam je psihobiosocijalna formulacija.

5.8. Ciljevi liječenja

Individualni plan liječenja i oporavka izrađuje se prema individualnim ciljevima pacijenta i zato ih je potrebno identificirati. Individualni ciljevi koje pacijent identificira obično su povezani s poželjnim životnim ulogama – na primjer o tome gdje on sebe vidi u budućnosti. Što bi on htio promijeniti? Što bi želio postići? Da bi postigao te ciljeve, pacijentu treba objasniti zbog čega je potrebno primijeniti niz terapijskih postupaka kao što su lijekovi, psihosocijalni postupci i psihoterapija. Na primjer, pacijent s izrazitim poteškoćama

u funkcioniranju (većinu vremena leži u krevetu bez aktivnosti, loše održava osobnu higijenu, ne druži se s ljudima) i s povremenim slušnim halucinacijama navodi da je njegov cilj imati djevojku. Vi se, dakako, složite da je to odličan cilj i da smatrate da bi mu program životnih i socijalnih vještina koji se provodi u centru za rehabilitaciju mogao znatno pomoći jer bi ga aktivirao da ode na mjesta gdje bi imao prilike upoznati djevojku. Tek kada pacijent uspije povezati terapijske postupke s vlastitim ciljevima, postane motiviran za terapiju. Ili na primjer pacijent kao cilj navodi zapošljavanje. Tada procijenite koje su moguće prepreke u njegovu zapošljavanju i ponudite mu postupak povećanja kapaciteta za posao i pomoć u traženju posla.

5.9. Ciljevi liječenja u odnosu na simptome, funkcioniranje, biološke, psihološke i socijalne čimbenike koji pridonose nastanku poremećaja, održavanju poremećaja i riziku ponovne epizode

Simptomi bolesti. Nakon identificiranja simptoma bolesti i razumijevanja njihova nastanka psihobiosocijalnom formulacijom poremećaja u planu liječenja mogu se planirati različiti postupci, lijekovi, psihoterapija, psihosocijalni postupci, no pacijentu treba objasniti zbog čega se neki postupak planira i tko će ga provesti. Kada se planiraju lijekovi, pacijentu treba objasniti za što su lijekovi na primjer za smanjenje tjeskobe, depresije, poboljšanja spavanja, utjecaja na slušne halucinacije, ideje odnosa i druge psihotične simptome. Mogu se planirati i drugi postupci: na primjer, za smanjenje tjeskobe mogu pomoći vježbe disanja, relaksacije, rad s disfunkcionalnim mislima, individualna i grupna psihoterapija, KBT, metakognitivni trening, tjelesna aktivnost. Ako predložimo psihoterapiju, treba objasniti na koji način psihoterapija može pomoći u boljem razumijevanju misli, osjećaja i ponašanja, realnijoj predodžbi sebe, postavljanju realnih ciljeva, utjecaja ranog iskustva, traume na sadašnje ponašanje itd. Ako predložimo poboljšanje vještina u komunikaciji, treba objasniti kako ova metoda može pomoći. Na primjer, objasnimo pacijentu da smo iz razgovora doznali da teško iznosi svoje stavove i osjećaje iz straha da neće biti prihvaćen, da ima poteškoća s kontrolom ljutnje, stoga bi mu bio koristan trening asertivnosti koji bi mu pomogao pri boljem izražavanju misli, osjećaja i zastupanju svojih interesa, kao i boljoj kontroli ljutnje.

Na primjer, doznali smo da u obitelji u kojoj pacijent živi ima dosta povišenih tonova ili pretjerano zaštitničkog ponašanja pa bi rad na obiteljskoj komunikaciji mogao pomoći u smanjenju rizika za ponovnu epizodu bolesti (postupak će provesti educirani psihijatar, psiholog, socijalni pedagog). Ako smo utvrdili lošu organizaciju slobodnog vremena, može se predložiti bolja

organizacija slobodnog vremena (pomoć radnog terapeuta), bolje rješavanje problema (pomoć psihologa).

Tijekom zajedničkog kreiranja individualnog plana liječenja potrebno je pomoći pacijentu da dovede u vezu svoje osobne ciljeve s postupcima u liječenju. Ako se ne utvrde osobni ciljevi, postoji rizik da pacijent neće vidjeti koristi od liječenja i da neće dostatno surađivati. Na primjer, ako osoba želi imati prijatelja, smanjiti usamljenost, tada bi postupci poput treninga komunikacije i organizacije slobodnog vremena mogli biti od pomoći i tu povezanost treba pacijentu objasniti.

Ako smo utvrdili da suradnja sa psihijatrom nije bila dobra, treba navesti da je ova suradnja važna i da je to obostrani proces, da se radi o partnerskom odnosu. Da biste pacijentu pomogli da preuzme ulogu suradnika, treba sugerirati da slobodno postavlja pitanja o bilo kojoj nedoumici. Važno je njegovati odnos povjerenja u kojemu je pacijentu jasno da on donosi odluke o svojem liječenju i da je isto tako odgovoran za suradnju u liječenju, kao i da ima pravo učiti iz svojih pogrešaka, pogrešno donesenih odluka, kao i svi drugi ljudi (više o uspostavljanju terapijskog odnosa vidi u smjernicama za psihosocijalne postupke).

Za stavove o bolestima, kao što su negacija, samostigmatizacija, doživljaj kroničnosti, neizlječivosti, treba predložiti psioedukaciju i program smanjivanja samostigmatizacije i sučeljavanja sa stigmom i diskriminacijom.

Poboljšanje funkcioniranja. Funkcioniranje se obvezno procjenjuje odvojeno od psihopatologije. Važno je procijeniti pacijentove sposobnosti (ono što može) i nesposobnosti (ono što ne može), ono što želi promijeniti sam ili uz pomoć i ono za što treba pomoć. Ovisno o funkcionalnoj procjeni određujemo ciljeve, postupke i osobe koje pomažu u postizanju ciljeva, na primjer poboljšanje funkcioniranja u svakodnevnom životu, obavljanje dnevne rutine poput osobne higijene, održavanja stana, kuhanje, plaćanje računa, bolje funkcioniranje u obiteljskim odnosima, poslu, društvu, organiziranje slobodnog vremena, druženje s ljudima, učinkovito reagiranje u stresnim situacijama, bolja kontrola u izražavanju svojih emocija, bolje reagiranje u odnosu na zaštitu svojih prava (na primjer zaštita od mobinga), sposobnosti za izražavanje svojih stavova, emocija, bolje donošenje odluka, poboljšanje sposobnosti za posao, poboljšanje komunikacije u braku, obitelji, na poslu, u društvu, bolje nošenje s problemima i bolje rješavanje problema, povećanje podrške obitelji i drugih ljudi i slično.

Uzrok oštećenja funkcioniranja. Uzrok oštećenja mogu biti simptomi bolesti (tjeskoba, depresija, deluzije), učinak lijekova, nedostatak vještina,

nedostatak motivacije, gubitak nade, demoralizacija, stigma, nedostatka stimulacije. O odgovoru na ovo pitanje ovisit će prijedlog postupaka za poboljšanje stanja.

Ciljevi utjecaja na biološke čimbenike. Ciljevi su uspostaviti učinkovito psihofarmakološko liječenje i primijeniti i druge biološke metode liječenja, smanjenje ili uklanjanje nuspojava, poboljšanje tjelesnog zdravlja, utjecaj na tjelesnu težinu, prestanak pušenja i uzimanja sredstava ovisnosti. Što se tiče tjelesnog zdravlja, mogu se preporučiti različite pretrage, zdravi životni stilovi.

Povećanje suradljivosti u uzimanju lijekova. Nakon procjene stanja suradljivosti, prema kojoj na primjer: nema poteškoća, samostalno vodi brigu oko lijekova, treba pomoć u uzimanju lijekova, odbija lijekove, žali se na nuspojave, uzima veću količinu lijekova nego što su mu propisani, uzima druge lijekove koji mu nisu propisani, s pacijentom se treba dogovoriti o načinu uzimanja lijekova.

Socijalni čimbenici koji pridonose održavanju simptoma i poteškoćama u funkcioniranju su različiti stresni događaji, kumulativni stres, stres svakodnevnog života, poteškoće u interpersonalnim odnosima, uvjeti stanovanja, rada, nedostatak podrške okoline, odnos s obitelji, usamljenost, nedostatak prijatelja, gubitak posla, gubitak emocionalno važnih osoba, smještaj u dom kao stres, nepoticajna sredina u kojoj živi, odnosi s drugim korisnicima, diskriminacija i drugo.

Individualni ciljevi oporavka mogli bi biti: bolje sučeljavanje sa stresom, rad na izgradnji mreže podrške, poboljšanje odnosa s obitelji, zapošljavanje, samostalno stanovanje, pronalazak hobija i drugo.

Što pacijenta sprječava u postizanju ciljeva?

Kako bi se mogli planirati postupci uklanjanja prepreka, s pacijentom treba razgovarati o tome što ga sprječava u postizanju ciljeva. Pacijent može navesti: strah, tjeskoba, panika, loša komunikacija, umor, nisko raspoloženje, suicidalne misli, teško kontroliranje ljutnje, poteškoće s koncentracijom, noćne more, pesimistično razmišljanje, povlačenje od ljudi, pretjerano razmišljanje o prošlosti, sram zbog bolesti, nevjerovanje da mu se može pomoći, da može biti bolje, opterećenje da ga drugi drugačije gledaju, nedostatak motivacije i drugo.

Za određivanje ciljeva liječenja možemo se služiti i nalazima iz skala procjene koje smo primijenili, na primjer skalu funkcioniranja Camberwell, zviždu oporavka, okupacijsku procjenu i druge.

Motivacijski intervju može biti dobar za one koji odbijaju lijekove, a bilo bi korisno da ih uzimaju. Nakon što im se iznesu razlozi preporuke, prednosti, rizici i posljedice uzimanja i neuzimanja lijekova, pacijentima se treba naglasiti da odluku o tome hoće li uzimati lijekove ili ne donose sami, da je to njihov izbor i njihova odluka. Ako je preporuka liječnika uzimati lijekove a pacijent odbija, treba informirati pacijenta o rizicima neuzimanja lijekova. Važno je napomenuti da ljudi imaju različita iskustva s učinkovitosti lijekova. Pacijent koji prekine uzimati lijekove i nakon toga ponovno dolazi u akutnu epizodu bolesti, može naučiti iz svojeg iskustva. Pogoršanja bolesti koja nastupaju zbog psihosocijalnih razloga ne mogu se riješiti lijekovima, nego treba planirati psihosocijalne postupke.

Psihološki čimbenici koji pridonose zadržavanju simptoma i poteškoćama u funkcioniranju uključuju nisko samopouzdanje, bespomoćnost, demoralizaciju, sram, pretjeranu krivnju, samostigmatizaciju, nisku toleranciju tjeskobe, poteškoće u prepoznavanju i izražavanju emocija, nisku asertivnost, korištenje nezrelih mehanizama obrane, utjecaj ranih emocionalnih iskustava/traumatskih događaja, nepovjerenje u druge ljude, gubitak nade, nedostatak uvida u bolest.

Ciljevi poboljšanja psihološkog funkcioniranja uključuju povećanje samopouzdanja, bolje razumijevanje svojeg ponašanja, realniju samoprocjenu bez podcjenjivanja i precjenjivanja, razumijevanje utjecaja iskustava na sadašnje ponašanje, smanjenje utjecaja prošlosti na svoj život (trauma koje su se dogodile), pronalaženje smisla života i drugo. U realiziranju ovih ciljeva može pomoći psihoterapija i trening vještina. Individualni ciljevi povezani sa psihološkim čimbenicima mogu biti: obnavljanje povjerenja u druge ljude, obnova nade i optimizma, poboljšanje načina suočavanja sa stresom – poticati uspješnije sučeljavanje, poboljšati uvid u bolest i rad na pozitivnim stavovima prema liječenju, smanjiti, ukloniti samostigmatizaciju, demoralizaciju, povećati suradljivost u uzimanju lijekova kada su psihološki razlozi prepreka i slično.

U planu liječenja preporučit ćemo psihosocijalne postupke koji mogu pomoći da postignemo ciljeve: edukacija o bolesti i prepoznavanje ranih simptoma pogoršanja, obiteljske intervencije, zapošljavanje uz podršku, intervencija socijalne službe radi dobivanja socijalnih prava, uključivanje volontera, trening socijalnih vještina koji trebamo specificirati vezano za vještine koje se žele postići i dr. Tako za osobu koja teško izražava želje i osjećaje ili ih izražava na agresivan način možemo planirati trening asertivnosti i trening kontrole ljutnje; za osobu koja ima poteškoća u uspostavljanju i vođenju komunikacije možemo planirati trening komunikacijskih vještina koji uključuje

prepoznavanje verbalnih i neverbalnih poruka, aktivno slušanje, postavljanje pitanja; za osobu s poteškoćama u rješavanju problema planiramo postupak rješavanja problema. Za specifične poteškoće osobe možemo planirati postupak s ljutnjom, postupak s anksioznosti, postupak sa stresom, učenje vještina sklapanja prijateljstva, uspostavljanje kontakata i održavanje intimnih veza, organizaciju slobodnog vremena, *case management*, rad sa stigmom, edukaciju o zdravlju, edukaciju o seksualnosti, radnu terapiju, na primjer rad na vrtu, kreativnu radionicu i sl.

U izboru psihosocijalnih i psihoterapijskih postupaka rukovodimo se dostupnim znanstveno relevantnim (evidence base) činjenicama, tj. izborom postupaka prema indikacijama i prema ciljevima liječenja. Korisni mogu biti sljedeći psihosocijalni postupci:

1. Trening životnih i socijalnih vještina: navesti životne i socijalne vještine na kojima je potrebno raditi
2. *Case management* – potrebno je odrediti intenzitet i frekvenciju podrške
3. Radna rehabilitacija i zapošljavanje uz podršku za one koji se žele zaposliti
4. Edukacija o bolesti s planom prevencije recidiva bolesti – za sve kao individualni ili grupni postupak
5. Borba protiv stigme – samostigme, za sve koji imaju ovaj problem
6. Rad s obitelji za osobe kod kojih je identificiran povišeni EE faktor, psihoedukacija za sve
7. Zdravi životni stilovi: za osobe u riziku za tjelesno zdravlje i onih koji to žele
8. Kognitivna remedijacija: za osobe s kognitivnim poteškoćama
9. Metakognitivni trening: za osobe kod kojih je identificiran disfunkcionalan obrazac mišljenja
10. Program stambenog zbrinjavanja: za one kod kojih ovaj problem dovede do rizika pogoršanja
11. Psihoterapija: specifična – od koje će oboljeli imati koristi.

5.10. Primjeri psihobiosocijalne formulacije i plana liječenja

Katja, 35 godina – učiteljica, nezaposlena, živi s ocem.

Psihobiosocijalna formulacija. Upućena u program liječenja mobilnoga

psihijatrijskog tima zbog dugogodišnjih poteškoća vezanih za stalno prisutne simptome depresije i ozbiljne poteškoće u funkcioniranju u brizi o sebi, kontaktima s drugim ljudima, radnom nesposobnosti i socijalnom izolacijom. Tijekom odrastanja nije se uspjela odvojiti od majke, jedino se s njom osjećala ispunjenom, nije uspjela ostvariti stabilan doživljaj selfa, koji još uvijek ovisi o dobivanju priznanja od drugih ljudi, što izostaje, jer doživljava da je drugi ljudi obezvređuju i tretiraju kao manje vrijednu, nije uspjela ostvariti odnose s drugim ljudima temeljenim na povjerenju i uzajamnosti. Otac je dijelom bio zamjenski objekt majke tako da je nastavila funkcionirati u simbiotskoj vezi s njim. Simbioza je narušena bolešću oca koji prestaje biti dobar simbiotski objekt. Okolinu u kojoj živi nakon smrti majke doživljava nepodržavajućom, nije u stanju pronaći socijalnu mrežu u kojoj bi se osjećala sigurnom, prihvaćenom s osjećajem da je razumiju. Simptomi depresije dijelom se održavaju i zbog neprorađenog žalovanja za majkom od koje se nikada nije odvojila. U stresnim situacijama reagira bijesom, gubitkom kontrole za upravljanje agresivnosti ili povlačenjem. Gubitak majke za nju je gubitak jedine podrške koju je imala. Intelektualne sposobnosti su dobro razvijene, no teško ih koristi zbog psiholoških problema. Poteškoće s koljenom imaju i psihološku dimenziju – dobivanje empatije od drugih zbog lošeg tjelesnog stanja. Osjeća da je stigmatizira vlastita obitelj. Postoji biološka predispozicija za depresiju.

„Rekli ste da imate poteškoće sa sniženom energijom, koncentracijom, spavanjem, gubitkom interesa, poteškoće u održavanju kućanstva, poteškoće s kretanjem, da se osjećate usamljeno, da nemate podršku obitelji, nemate prijatelja, da imate poteškoća u reakciji na stresne situacije, da teško možete komunicirati s ocem i dogovoriti se o najjednostavnijim stvarima, teško vam je prihvatiti očeve poteškoće zbog kojih se promijenio njegov odnos prema vama. Razumijemo da se osjećate uznemireno i tužno zbog gubitka očeve podrške. Razumijemo da vam je u situaciji kada se otežano krećete i imate malo energije i motivacije teško obavljati rutinske kućanske poslove. Voljeli biste da vam netko pomogne u kućanstvu. Naveli ste da vam pomoć treba kako biste se više uključili u društveni život i kako biste se bolje nosili sa stresnim situacijama.“

Individualni plan liječenja. S obzirom na to da je pacijent rekao kako bi želio pokušati s nekim drugim antidepresivom, pogleda se koje je lijekove uzimao i kako je reagirao. Budući da loše spava, predlaže mu se higijena spavanja i lijekovi za spavanje prema potrebi. S obzirom na to da je naveo kako bi želio povećati samopouzdanje i bolje se nositi sa stresnim situacijama, posebno bolje upravljati sa svojom ljutnjom, predložili smo mu trening asertivnosti i kontrole ljutnje koja bi mu mogla pomoći da na prikladniji način

izrazi svoje nezadovoljstvo i ostvari svoje ciljeve. Naveo je da se teško snalazi s obvezama, pa smatramo da bi mu *case manager*, naš diplomirani medicinski tehničar, mogao pomoći da se bolje snalazi i socijalno uključi u sredinu u kojoj živi, da otkrije svoje sposobnosti kako bi vodio što neovisniji život. Također mu može pomoći u izradi osobnog plana oporavka. Pacijent je rekao da ga otac i sestra pretjerano kritiziraju i da osjeća tugu i bijes jer ga ne razumiju. Može se planirati razgovor s obitelji da se smanje reakcije koje ga uznemiruju. Ako pacijent smatra da je to u redu, dogovorit ćemo se za termin. Nadalje prioritet mu je nabavka namirnica jer ne izlazi iz kuće. Za početak bi mogao pokrenuti internetsku nabavku namirnica i dostavu u kuću. Smatramo da bi mu mogla pomoći podrška *peerworkera*, to jest osobe koja je imala slična iskustva i oporavila se. Njezina iskustva s oporavkom bi i pacijentu mogla biti korisna, ona bi mu mogla pomoći u smanjenju osjećaja usamljenosti i planiranju nekih postupaka dnevne rutine. Budući da je naveo je da dvoji o tome treba li se zaposliti, može se razgovarati o njegovoj radnoj sposobnosti. Zabrinjava ga i zdravlje oca. Moglo bi mu se pomoći i u organizaciji liječenja i potpore za oca. Naš medicinski tehničar javit će se njegovoj obiteljskoj liječnici.

Pita se pacijenta slaže li se s ovim planom, ima li pitanja.

„Drago nam je da se slažete, počinjemo od sutra. *Case manager* Ivan upoznat će vas s *peerworkerom* Mirom, pa ćete odlučiti odgovara li vam druženje s njom. *Case manager* će s vama još jedanput proći dogovoreno i pomoći vam da postignete ciljeve koje ste naveli. Pomoći će vam i u izradi osobnog plana oporavka na kojem želite raditi.“

Marko, 30 godina – upravni pravnik s učestalim psihijatrijskim hospitalizacijama s postavljenom dijagnozom shizoafektivnog poremećaja. Dolazi na pregled u pratnji roditelja na koji je pristao na njihov nagovor zbog povećane razdražljivosti, izbjegavanja socijalnih kontakata, zapuštanja osobne higijene i aktivnosti slobodnog vremena koje je ranije provodio te vjerovanja da susjedi prate svaki njegov korak.

Psihobiosocijalna formulacija. Pacijent je primljen u program dnevne bolnice zbog socijalne izolacije, gubitka volje i interesa, sniženog raspoloženja s ozbiljnim poteškoćama u funkcioniranju na svim područjima: izvršavanja rutinskih zadataka svakodnevno, socijalnim vještinama i interakcijama, provođenju slobodnog vremena, radnim zakazivanjem, zakazivanjem na obiteljskom i emotivnom planu. Pogoršanje bolesti nastupilo je u situaciji doživljaja neuspjeha na radnom mjestu i u emocionalnoj vezi kao dio kumulativnog stresa osobe s poteškoćama u korištenju adekvatnih mehanizama nošenja sa

stresom. Uvjeti emocionalnog razvoja utjecali su na razvoj nestabilnog selfa osobe s niskim samopouzdanjem. Postoji biološka predispozicija za psihozu. Odrastanje sa stigmatiziranom tetom koja boluje od shizofrenije koja je svoje iracionalne strahove prenosila na njega bilo je traumatično, strah da ne postane kao teta – stigmatizirana osoba dijelom utječe na odbijanje dijagnoze i liječenja. Navodi da se više ne želi hospitalizirati.

Psihodinamska formulacija. Iz psihodinamske perspektive pacijent u djetinjstvu nije uspio uspostaviti „dovoljno dobar odnos“ s majkom te je najvjerojatnije došlo do ranih interpersonalnih poteškoća u odnosu djeteta – majka. Majku pacijent opisuje kao anksioznu, često sklonu davanju dvostruke poruke. Otac je bio hladan i distanciran, te u ranom i kasnom djetinjstvu zapravo odsutan, što je uzrokovalo nestabilni tip privrženosti (attachmenta). Posljedično tome, došlo je do preplavlivanja selfa djeteta anksioznošću zbog nemogućnosti zadovoljenja djetetovih ranih potreba te se nije razvio koherentni self, koji sebe procjenjuje dovoljno dobrim. Ti su osjećaji kasnije bili disocirani i potisnuti, no uzrokovali su dugoročno oštećenje na planu samopouzdanja. U odrasloj dobi suočen s okolinskim čimbenicima koji dovode do osjećaja nesigurnosti i anksioznosti, u konfliktnim situacijama dolazi do psihotične dezorganizacije, odnosno regresije na shizoparanoidnu poziciju. Ako promatramo pacijentovu ličnost u stadijima oporavka, možemo vidjeti kako je sklon korištenju nezrelih mehanizama obrane kao što su projekcije, projektivna identifikacija, negacije i poricanja. Povremeno u akutnim stadijima bolesti koristi manične obrane (u vidu grandioznih ideja) kako bi se očuvao fragilan nekohezivni self od narcistične povrede.

Individualni plan liječenja. Pacijentu se empatično kaže kako razumijemo da se osjeća depresivno kada misli da nije sposoban za posao, kada se boji da će dobiti otkaz i da bi mogao doživjeti sudbinu svoje tete zato što je bio psihijatrijski liječen. Navede se da se epizode hospitalizacije dešavaju u stanjima u kojim prevladava nepovjerenje prema drugim ljudima, a javljaju se u situacijama stresa kada doživljava da bi mogao biti odbačen. Kaže mu se da mislimo da se može oporaviti od ovih stanja i da je moguće izbjeći hospitalizaciju, jer je to ono što on želi. Izgleda da dobro reagira na lijekove, ali ih vrlo brzo nakon što doživljava da ga čine tromim i usporenim odbacuje, predloži mu se da se pokuša s nekim drugim lijekovima koje bi dobro podnosio, također se navede da u situacijama stresa vrlo brzo odustaje od svojih ciljeva i da bi bilo dobro da se radi na boljem odgovoru na stres i povećanju samopouzdanja. Pacijentu se objasni psihobiosocijalni model bolesti u kojem su lijekovi i poboljšanje reakcije na stres protektivni čimbenici, a sniženo samopouzdanje i prestanak uzimanja lijekova rizični čimbenici, te da se puno toga može

učiniti na tome da ojača protektivne čimbenike. Kaže mu se da ima doživljaj da je manje vrijedan i da će ga ljudi stigmatizirati kada doznaju da je liječen pa predložimo da se priključi psihoedukacijskoj grupi kako bi riješio taj problem, također bi mu mogao pomoći metakognitivni trening da razumije da postoji više načina tumačenja događaja. Objasni mu se tko sve provodi program, pita ga se ima li dodatnih pitanja i traži se njegov informirani pristanak.

Ivan, 30 godina – dipl. ekonomist, dolazi na liječenje u program rehabilitacije zbog poteškoća u svakodnevnom funkcioniranju koje su posljedica kontinuiranih psihotičnih simptoma, osjeća iznimni strah zbog situacija koje mu se događaju, na primjer čuje glasove koji ga psuju te ga navode da govori prostone, čuje niz glasova koji govore ubij ga, siluj ga, doživljava da ga nepoznati ljudi prate.

Psihobiosocijalna formulacija i plan liječenja. Pacijent bez biološke predispozicije za psihozu upućen je na program rehabilitacije u okolnostima doživljava pritiska da se mora zaposliti što je dovelo do povećanja straha, razdražljivosti i povećanja intenziteta stalno prisutnih psihotičnih simptoma i poteškoća u svakodnevnom funkcioniranju vezano za komunikaciju s ljudima. Precipitirajući čimbenik za nastanak psihoze bila je trauma zlostavljanja u djetinjstvu koja nikada nije prorađena i koja stalno podržava njegovo nepovjerenje prema ljudima i očekivanje da će ga ljudi povrijediti. Razvojne okolnosti pretjerane zaštite od majke, zbog pretpostavljene produžene simbioze i pretjerane zaštite tijekom cijelog života od cijele obitelji nisu pogodovale razvoju samostalnosti i sigurnosti u vlastite sposobnosti. Razvojno nije postignuto povjerenje u druge ljude, niti doživljaj stabilnog selfa i identiteta. Obrambeno koristi psihotične simptome i projektivnu identifikaciju.

Plan liječenja. Pacijentu se sažme psihobiosocijalna formulacija na empatični način. Kaže mu se da je moguće da zbog svojih loših iskustava s vršnjacima koja je iznio i koja su razumljivo bila bolna, ima poteškoća u ostvarivanju prijateljstava koja bi želio ostvariti, pa često izbjegava ljude. Kaže mu se kako je rekao da bi želio raditi, ali se dvoumi o tome je li sposoban te da bismo ga mogli uputiti na tijelo vještačenja da se procijene njegove sposobnosti za zapošljavanje. Pacijent je naveo da bi htio povećati samopouzdanje i biti samostalniji u brizi za sebe. Program rehabilitacije bi mu u tome mogao pomoći jer se tijekom programa primjenjuju različiti terapijski postupci kao što su program životnih i socijalnih vještina koji mogu poboljšati samopouzdanje, utjecati na poboljšanje vještina za samostalni život, za uspostavljanje odnosa s drugim ljudima i povećanje brige za sebe. Također u programu radne terapije može doći u kontakt sa svojim sposobnostima, što ga može ohrabriti

da potraži posao u čemu mu može pomoći socijalni radnik koji se bavi zapošljavanjem. Može se razmotriti i promjenu medikamentozne terapije kako bi se smanjili simptomi koje je naveo. Traži se informirani pristanak pacijenta.

Mirjana, 59 godina – pacijentica je upućena u dnevnu bolnicu nakon akutne manične epizode (hiperaktivna, povišeno raspoloženje, dezorganiziranog ponašanja) u sklopu BAP-a, a nakon što je došlo da stabilizacije psihičkog funkcioniranja koje je omogućavalo nastavak liječenja u dnevnoj bolnici. Liječenje u dnevnoj bolnici indicirano je zbog primjene psihosocijalnih postupaka s ciljem smanjenja rizika za ponovnu epizodu bolesti.

Psihobiosocijalna formulacija. Mirjana je bez biološke predispozicije za mentalni poremećaj, dolazi u djelomično stabiliziranom stanju nakon hipomanične epizode na liječenje u dnevnu bolnicu, s još uvijek prisutnim simptomima hipomanije. Ponovna epizoda bolesti nastala je u okolnostima multiplih stresova (razvod kćeri, smještaj majke u dom, poremećaj u komunikaciji s braćom i sestrama), postoji mogući doprinos povišene razine hormona štitnjače. Odrasla u obitelji u kojem je osjećala da je majka ne prihvaća razvila je nisko samopouzdanje i nisku asertivnost, što su čimbenici rizika za pogoršanje bolesti. Ne prepoznaje utjecaj niskog samopouzdanja na precijenjeno samopouzdanje u hipomaničnoj fazi. Doživljava neprihvaćenosti, poteškoće s asertivnim ponašanjem, pretjerani osjećaj krivnje i odgovornosti značajno pridonose pojavi epizode hipomanije, a u ovoj epizodi doživljava se odgovornom za razvod kćeri. Pacijentica nema uvid u bolest, niti je u stanju prepoznati rane znake pogoršanja i povezanost pogoršanja sa stresnim okolnostima. Doživljava djelomičnu podršku obitelji. Od potencijalnih bioloških čimbenika ne postoji obiteljska predispozicija za psihotični poremećaj, ima povremene poteškoće sa štitnom žlijezdom zbog čega uzima nadomjesnu terapiju.

Individualni plan liječenja. Pacijentici se sažeto, s naglaskom na empatiji, prikaže psihobiosocijalna formulacija, navede se da je uznemirenje zbog kojeg je liječena u bolnici nastalo u okolnostima njezine zabrinutosti zbog razvoda kćeri i smještaja majke u dom. Očigledno je da obitelj vidi da je njezino ponašanje promijenjeno, međutim da se ona oko toga dvoumi. Do sada jebilo više epizoda bolesti u kojima ona lako prepoznaje depresiju, a teško povišenu fazu. Sugerira se promjena farmakološke terapije koja bi mogla pomoći u stabilizaciji raspoloženja i smanjiti prelaske iz jednu u drugu fazu, objasni se čemu služe stabilizatori raspoloženja. S obzirom na učestale promjene faza, predlaže se plan prevencije recidiva bolesti s planom prepoznavanja ranih znakova bolesti, zbog doživljaja da je stalno kritizirana u obitelji predloži se rad s obitelji radi smanjivanja pretjerane kritike koja uznemiruje pacijenticu.

S obzirom na to da navodi poteškoće iz djetinjstva, može se razgovarati o tom razdoblju, što bi moglo utjecati na njezino samopouzdanje i povećanje povjerenja u ljude. Također vjerujemo da bi trening asertivnosti pomogao da lakše izrazi i zadovolji svoje potrebe.

Plan se izlaže pacijentici uz objašnjenje zbog čega se određeni postupci predlažu, koje su alternative i koji su rizici ako se ne provede plan, tko će provesti postupke i traži se njezin informirani pristanak.

Ina, 50 godina – zaposlena kao trgovkinja, ima 30 godina staža, upućena je u dnevnu bolnicu zbog pogoršanja psihičkog stanja u okviru PTSP-a kroničnog tijeka. Pogoršanje je nastupilo nekoliko mjeseci prije upućivanja u dnevnu bolnicu nakon uznemirenja provociranog izlaganjem događajima koji podsjećaju na traumu (ulazak u trgovinu osobe s kapuljačom). Upućena je u dnevnu bolnicu zbog potrebe primjene psihosocijalnih i psihoterapijskih metoda liječenja s namjerom poboljšanja psihičkog stanja.

Psihobiosocijalna formulacija. Pacijentica s biološkom predispozicijom za depresiju prima se u dnevnu bolnicu nakon pogoršanja simptoma PTSP-a nastalih u okolnostima ponovnog podsjećanja na traumu na poslu, dugotrajnog izlaganja traumatskim situacijama na poslu – rad u stanju izrazitog uznemirenja zbog sredine koja podsjeća na traumatsko iskustvo. Nedostatak zaštitnih mehanizama povezan je i s traumatskim situacijama u djetinjstvu od kojih se nije mogla distancirati, niti ju je netko iz njezine okoline zaštitio. Vulnerabilnost selfa povezana je s razvojem niskog samopouzdanja, bespomoćnosti, netraženje pomoći povezano je s očekivanjem da će je svi odbaciti. Ima pozitivan stav prema lijekovima, doživljava da joj lijekovi pomažu i stabiliziraju njezino stanje. Dijelom ima poteškoća sa samostigmatizacijom. Do traume pljačke posao je služio kao obrambeni mehanizam koji joj je pomagao u održavanju osjećaja samopoštovanja i samopouzdanja.

Individualni plan liječenja. Pacijentici se empatično iznese psihobiosocijalna formulacija o povezanosti aktualnih trauma, traumatskog djetinjstva s njezinim sadašnjim simptomima i funkcioniranjem. Preporuča se promjena farmakoterapije za smirivanje simptoma uznemirenosti, sniženog raspoloženja i PTSP-a te KBT trening za smanjenje simptoma. Preporuča se trening vještina za suočavanje sa stresom, trening asertivnosti za bolje zalaganje za svoja prava i interese. Preporuča se psihoedukacija za bolje razumijevanje nastanka bolesti, protektivnih i rizičnih čimbenika. Objasni joj se zbog čega se preporučuje KBT. U KBT-u će se identificirati i raditi s disfunkcionalnim mislima o stalnoj opasnosti i očekivanju napada koji pridonose simptomima

uznemirenja, predlaže se i socioterapijski program s ciljem ojačanja kapaciteta za podnošenje tjeskobe i boljeg nošenja sa stresom, te trening asertivnosti zbog poteškoća u izražavanju svojeg mišljenja i povremenih gubitaka kontrole ljutnje. Upućuje se na ponovni pregled neurologa zbog opisanih epizoda konfuznosti. Zbog boljeg uvida u poteškoće na poslu sastavit će se radna anamneza i procijeniti sposobnosti za rad na postojećem radnom mjestu. Zbog prevencije samostigmatizacije planira se raditi na odbacivanju stereotipa psihičke bolesti i poboljšanju strategije nošenja sa stigmom. U izvedbi plana liječenja sudjelovat će psihijatar (farmakoterapija i suportivni psihodinamski pristup i grupna psihoterapija), psiholog (kognitivna psihoterapija), socijalni pedagog (trening asertivnosti), socijalni radnik (izrada radne anamneze).

Ovaj plan kreiran je s pacijenticom, ona ga prihvaća.

Ana, 54 godina – upućena je u dnevnu bolnicu zbog ponovne epizode depresije koja je dovela do radne nefunkcionalnosti. Pacijentica je željela liječenje u dnevnoj bolnici zbog pozitivnih iskustava.

Psihobiosocijalna formulacija. Pacijentica bez biološke predispozicije za depresiju primljena je u ponovljenoj depresivnoj epizodi nastaloj u nepovoljnim vanjskim stresnim događajima – zlostavljanje na poslu, smještaj oca u dom – koje je dovelo do ugroženosti slike o sebi, niskog samopouzdanja kod osobe koja ima dosta visoka očekivanja od sebe, značajno ovisne o priznanju drugih osoba u održavanju slike pozitivnog selfa.

Individualni plan liječenja. Pacijentici se sažme psihobiosocijalna formulacija, kao cilj liječenja identificira se brzi povratak na posao, sa željom da se vrati na staro mjesto. Stoga se preporučuje suportivni psihodinamski pristup kratke psihoterapije s ciljem prorade traumatskog iskustva na radnom mjestu, obnove samopouzdanja i poboljšanja ego funkcioniranja preko asertivnog zalaganja za svoja prava. Budući da pacijentica ima iskustva s programom dnevne bolnice, dogovori se da koristi cjelokupni program dnevne bolnice koji može biti koristan za ostvarenje njezinih ciljeva. Bolesnici je već poznat program rada tako da nema potrebe za dodatnim objašnjenjima.

Literatura

1. Štrkalj Ivezić S. Rehabilitacija u psihijatriji: psihobiosocijalni pristup. Zagreb: Svitanje; 2010
2. Štrkalj Ivezić S. Funkcioniranje između zdravlja i bolesti. Zagreb; Medicinska naklada: 2016.

3. Cambell WH, Rohrbaugh RM. The biopsihosocial formulation manual. New York: Routledge; 2006.
4. Cabaniss DL. Psychodynamic formulation. Wiley-Blackwell; 2013.
5. Carlat DJ. The psychiatric interview. Philadelphia: Lipnnicot Wiliamsand Wilkins; 2012.
6. SZO. Međunarodna klasifikacija funkcioniranja, onesposobljenosti i zdravlja. Zagreb: Medicinska naknada; 2010.

Prilog 2

Tablica 1. Psihobiosocijalni čimbenici koji utječu na nastanak i održavanje simptoma bolesti i poteškoća u funkcioniranju i oporavku

| |
|--|
| <p>Socijalni čimbenici Uvjeti stanovanja i življenja. Neadekvatno stanovanje, financijska sredstva za život, dostupnost javnoga prijevoza, prometna povezanost udaljenost do sadržaja zajednice, nedostatak podrške u obavljanju svakodnevnih aktivnosti za koje su joj smanjene sposobnosti, smještaj u dom u koji osoba ne želi biti smještena, nedostatak poticaja u sredini u kojoj živi, dosada, loši odnosi u smještaju Reakcija na tjelesnu bolest. Osobna, člana obitelji ili važne emocionalne osobe Obitelj: odnosi u obitelji, prisutnost emocionalne napetosti u obitelji, nedostatak podrške Rad. Nezaposlenost, radna okolina, odnosi na poslu, zadovoljstvo s poslom, sposobnosti za obavljanje posla, zlostavljanje na poslu, sagorijevanje, stres na radnom mjestu Invalidnost. Poteškoće s prihvaćanjem, nedostatak podrške za vještine koje nedostaju Školovanje. Neuspjeh na školovanju, poteškoće u učenju Stresni događaji. Gubitak posla, gubitak emocionalno važne osobe, razvod i sl. Kumulativni stres Trauma i zlostavljanje Problemi sa zakonom Pripadnost manjinskoj nacionalnoj skupini, seksualna orijentacija Benefiti. Nedostatak financijskih benefita Socijalna podrška u obitelji, prijatelji, društvo, institucije liječenja, osamljenost, nedostatak prijatelja Stigma, samostigmatizacija i diskriminacija</p> |
| <p>Biološki čimbenici Psihičke bolesti u obitelji Trudnoća i porod. Nepovoljni događaji za vrijeme trudnoće i poroda Temperament: inhibirani, traženje uzbuđenja, neinhibirani, impulzivni temperament Tjelesna bolest Utjecaj lijekova i njihove nuspojave (na primjer, ekstrapiramidne, metaboličke, kognitivne) Nagli prekid uzimanja lijekova Uzimanje psihoaktivnih supstanci. droga, alkohol Nagli prekid uzimanja psihoaktivnih supstanci Menstruacija i menopauza Prehrana i fizička aktivnost Napomena: Ovdje se navode najčešći psihobiosocijalni čimbenici, no lista nije iscrpljena i može uključiti i druge čimbenike koji ovdje nisu navedeni.</p> |
| <p>Psihološki čimbenici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samopouzdanje, povjerenje prema drugim ljudima, tip privrženosti • mehanizmi obrane (nezreli negacija, projekcija, splitting, zreli mehanizmi) • Stilovi sučeljavanja sa stresom • Utjecaj ranog razvoja na stabilnost selfa i ega, kontrolu impulsa • Pasivno, asertivno i agresivno ponašanje • Psihosocijalna razvojna povijest – psihodinamska formulacija |

6. TERAPIJSKI ODNOS I TERAPIJSKI SAVEZ

Sladana Štrkalj Ivezić

6.1. Uvod i definicija

Odnos terapeut – pacijent je interakcija između pacijenta i terapeuta s ciljem postizanja korisnih promjena kod pacijenta. Riječ je o profesionalnom odnosu koji mora biti siguran za pacijenta u okviru stručnih, pravnih i etičkih granica. Budući da odnos terapeut – pacijent uključuje izvjesni stupanj prisnosti, terapeut mora biti vrlo oprezan kako ne bi došlo do kršenja profesionalnih granica, kao što se to može desiti na primjer pri fizičkom kontaktu, neprimjerenom otkrivanju svojih osjećaja, izmjeni privatnih sadržaja na društvenim mrežama i slično. Terapeut mora balansirati između pretjeranih interakcija, na primjer da inzistira na tome da pacijent iznosi sadržaje koje ne želi i za koje još nije spreman i nezainteresiranosti i povlačenja od pacijenta ignorirajući njegove osjećaje ili smatrajući ga izgubljenim slučajem. Terapeut mora znati da „prijateljski“ odnos prema pacijentu nije prijateljstvo u socijalnom smislu nego je dio empatijskog odnosa razumijevanja i interesa da se pacijentu pomogne u okviru pravila struke. Terapeut se mora predstaviti pacijentu i objasniti svoju ulogu u njegovu liječenju, oslovljavati ga prikladno poštujući njegove preference, paziti na primjedbe koje nisu primjerene terapijskoj situaciji i koje bi mogle izazvati nelagodu kod pacijenta. U psihološkom smislu odnos terapeut – pacijent je terapijski alat koji pridonosi promjenama i terapeut mora znati kako ga koristiti i kako njime upravljati.

Odnos terapeut – pacijent važno je terapijsko okruženje i važan je terapijski agens koji stimulira proces promjena, dovodi do poboljšanja kliničkog stanja te potiče osobni psihološki rast i oporavak. Terapijski odnos je važan terapijski agens bez obzira na vrstu terapijskog postupka koji se provodi, bilo da se radi o medikamentoznoj terapiji, psihoterapiji, socioterapiji, rehabilitaciji ili njihovoj kombinaciji. U terapijskom odnosu važno je da pacijent doživi stručnjaka koji s njim radi kao osobu koja pruža podršku. Podrška znači pokazivanje interesa za ljude koji trebaju pomoć i želju da im se pomogne. Suportivan odnos pruža empatiju za ono što pacijenti proživljavaju,

utjehu, nadu i povjerenje da osoba ima sposobnosti riješiti svoj problem. Uspostavljanje empatičnog odnosa povjerenja, optimizma, nade i terapijskog savezništva ključno je za liječenje. Sposobnost uspostavljanja terapijskog odnosa je vještina koja se uči, kao što se uči primjena različitih terapijskih postupaka poput primjene lijekova, obiteljske terapije, grupne psihoterapije i drugih terapijskih postupaka. Stručnjaci mogu naučiti vještinu uspostavljanja terapijskog odnosa putem poznavanja osnovnih elemenata koji pridonose izgradnji terapijskog odnosa i primjene ovih elemenata u svakodnevnoj praksi s pacijentima i putem učenja identifikacijom s mentorom koji u svojoj praksi pokazuje dobru sposobnost izgradnje terapijskog odnosa i terapijskog saveza. Većina može naučiti kako pokazati toplinu, spontanost, interes, balansirani pristup moći, optimizam i nadu i druge elemente terapijskog odnosa kroz opservaciju mentora i kroz igranje uloga. Terapijski odnos povezan je s povoljnim ishodom liječenja pacijenata s dijagnozom mentalnog poremećaja, stoga uspostavljanje terapijskog odnosa terapeut – pacijent treba biti dio standarda liječenja, nužan postupak u postizanju optimalnih ciljeva liječenja. Istraživanja potvrđuju brojne koristi od terapijskog odnosa kao što su redukcija i smanjenje intenziteta simptoma, poboljšanje socijalnog funkcioniranja, poboljšanje kvalitete života, povećanje suradnje u uzimanju lijekova i općenito u liječenju, manje doze lijeka potrebne za stabiliziranje stanja, bolji ishod rehabilitacije. Dobar odnos s *case managerom* povezan je s manjim brojem dana provedenim na hospitalnom liječenju.

Greenson smatra da se terapijski odnos sastoji od tri komponente: transfera, terapijskog saveza i stvarnog odnosa terapeut – pacijent te da je terapijski/radni savez suradnja između terapeuta i pacijenta temeljena na realnosti terapijskih ciljeva.

Prema Bordinu, terapijski/radni savez sastoji se od tri komponente: 1. dogovora terapeuta i pacijenta o ciljevima liječenja, a ciljevi su ono čemu se pacijent nada da će postići tijekom terapije vezano za liječenje njegovih psiholoških poteškoća (ovo uključuje zajednički dogovor oko definicije problema i ciljeva terapije, kao i primjene metoda liječenja u terapiji); 2. zajedničkog dogovora o zadacima koji se trebaju provesti (zadaci se odnose na aktivnosti koje treba poduzeti da se postignu ciljevi liječenja); 3. pozitivne povezanosti između terapeuta i pacijenta. Ova povezanost dolazi od povjerenja da će planirani zadaci pomoći pacijentu da se približi ostvarenju svojih ciljeva. Bordin smatra da je optimalni terapijski savez postignut kada se terapeut i pacijent slože o ciljevima i metodama liječenja koje će biti učinkovite u postizanju

ciljeva i kada će obje strane raditi na dogovorenim zadacima. Prve dvije komponente terapijskog saveza ne mogu se razviti ako ne postoji povjerenje između terapeuta i pacijenta, odnosno povjerenja pacijenta u sposobnosti terapeuta da mu pomogne i povjerenja terapeuta da pacijent ima sposobnosti da postigne dogovorene ciljeve liječenja. Bordin smatra da terapijski savez ima utjecaj na ishod liječenja jer omogućuje pacijentu da prihvati, slijedi i vjeruje u pozitivan ishod liječenja.

Terapijski odnos je specifična interakcija između pacijenta i terapeuta koja pomaže u postizanju korisnih promjena kod pacijenta. Povezan je s odnosom povjerenja, poštovanjem, nadom u oporavak, zajedničkog dogovora o ciljevima liječenja koji dovode do stvaranja terapijskog saveza. Terapijski savez je komponenta terapijskog odnosa koja osigurava profesionalni odnos terapeuta prema pacijentu i zajedničku odgovornost terapeuta i pacijenta da rade na dogovorenim ciljevima liječenja.

Terapijski savez je zajednička odluka – dogovor između terapeuta i pacijenta o ciljevima liječenja i terapijskim metodama koje će se primjenjivati za ostvarenje ciljeva.

Terapijski savez je zajednički dogovor između terapeuta i pacijenta da definiraju problem pacijenta i da rade na njegovu rješavanju.

Terapijski odnos je način na koji terapeut i pacijent zajednički rade kako bi postigli željene promjene u životu pacijenta. Uključuje međusobno povjerenje, nadu u oporavak i zajednički dogovor o ciljevima liječenja. Terapijski odnos često je jedini čimbenik koji motivira pacijenta sa psihozom na liječenje, što je osobito važno u početku liječenja kada većina pacijenata zbog nedostatka uvida u bolest odbija liječenje, terapijski odnos tada može biti pokretačka snaga koja pomaže da pacijent ostane u liječenju i kada nema uvida u bolest. Važno je znati da mnogi pacijenti koji se liječe od poremećaja sa psihozom kao što je shizofrenija i shizofreniji slični poremećaji često trebaju dulje vrijeme da ostvare povjerljiv odnos s terapeutom i da se dogovore o ciljevima liječenja, odnosno da uspostave terapijski savez. Stvaranje terapijskog saveza u akutnoj psihotičnoj fazi zahtijeva veliku strpljivost i fleksibilnost terapeuta, kao i održavanje terapijskog odnosa u dugotrajnom liječenju.

Bez uspostavljanja terapijskog odnosa u kliničkoj psihijatrijskoj praksi teško je napraviti dobru procjenu mentalnog zdravlja, procijeniti čimbenike koji pridonose aktualnom mentalnom stanju i predložiti plan liječenja. Psihijatri i drugi stručnjaci u mentalnom zdravlju moraju imati sposobnosti za izgradnju terapijskog odnosa i terapijskog saveza.

6.2. Sposobnost terapeuta za stvaranje terapijskog saveza

Sposobnost terapeuta za stvaranje terapijskog saveza uključuje: sposobnost aktivnog slušanja sadržaja koje iznosi pacijent na način koji je empatičan za poteškoće pacijenta, podržavanje bez osuđivanja i kritiziranja pacijenta u kojem terapeutu pokazuje ugodan i razumijevajući stav kada pacijent opisuje svoje iskustvo, sposobnost za prenošenje informacija koje su važne pacijentu da razumije razloge zbog kojih se nudi terapijski postupak, sposobnost da se ocijeni je li pacijent razumio razloge za intervenciju, da se odgovori na pacijentove nedoumice i zabrinutost iskreno i otvoreno, bez obrambenog stava kako bi se uklonile bilo kakve nejasnoće; sposobnost da provjeri jesu li pacijentu jasni razlozi liječenja i da razjasni sve nesporazume u vezi s tim; sposobnost pomoći pacijentu u razumijevanju razloga za liječenje; sposobnost pomoći pacijentu da izrazi bilo kakve nedoumice koje ima o terapiji koja se predlaže i/ili o terapeutu, pogotovo kada se to odnosi na nepovjerenje ili skepticizam; sposobnost pomoći pacijentu da izrazi svoje ciljeve liječenja; sposobnost da ima na umu pacijentov pogled na svijet tijekom čitavog tijeka terapije i da se to razumijevanje prenese putem interakcije s pacijentom, načinom koji pacijentu pomaže da korigira kriva viđenja i zablude; sposobnost poštovanja sustava vrijednosti pacijenta, bez nametanja vlastitih vrijednosnih sudova i pomaganje pacijentu da sam dosegne svoje vrijednosne ciljeve, biti jasan oko toga što može i ne može napraviti.

6.3. Ponašanje terapeuta koje smanjuje vjerojatnost stvaranja pozitivnog saveza

Takva ponašanja su: biti krut, pretjerano kritizirati, moralizirati, neprikladno iznositi podatke o sebi, biti distanciran, nezainteresiran za pacijenta, ne koristiti aktivno slušanje, ne biti koncentriran na ono što pacijent iznosi, neprikladno koristiti šutnju u komunikaciji.

6.4. Poželjne karakteristike terapeuta

Poželjne karakteristike terapeuta su: sposobnost da odgovori na pitanja pacijenta bez obzira na ambivalenciju i nepovjerenje u vezi s dijagnozom ili liječenjem koje on iznosi, bez obrambenog stava i neodgovarajućih emocionalnih reakcija, sposobnost primjene pristupa koji pomaže pacijentu da riješi dvojbe koje ima o liječenju. Također uključuje sposobnost terapeuta da pomogne

pacijentu u artikulaciji vlastitih ciljeva liječenja i postizanju dogovora s terapeutom o ciljevima terapije, sposobnost razumijevanja načina na koji pacijent doživljava sebe i svoje okruženje i pomoć pacijentu u poboljšanju testiranja stvarnosti, sposobnost da se razjasne potencijalni nesporazumi u vezi s ciljevima terapije i omogući pacijentu da izrazi negativne osjećaje povezane s terapeutskim odnosom te preuzme odgovornost za stvaranje, održavanje i prekid terapijskog saveza. Jedna od važnih kompetencija terapeuta za uspostavljanje terapijskog odnosa je kapacitet terapeuta da dopusti da bude transferni objekt za pacijenta, da može primiti projektnu identifikaciju, prepoznati osjećaje u kontratransferu i analizirati pripadaju li oni pacijentovu transferu, projektnoj identifikaciji, terapeutovu transferu ili empatiji (pacijentovim osjećajima), te ih prikladno koristiti u terapijskom odnosu u izražavanju empatije, tumačenju pacijentovih osjećaja i kontroli neprikladnog izražavanja osjećaja. Za uspostavljanje terapijskog odnosa i terapijskog saveza kompetencije u području motivacijskog intervjua mogu znatno pomoći.

6.5. Osnovne vještine za stvaranje terapijskog odnosa

Terapijski odnos je efikasn timerapijski agens koji dovodi do boljih ishoda liječenja.

Terapijski odnos je vještina koja se uči, stoga terapeut treba raditi na izgradnji sljedećih dvanaest elemenata terapijskog odnosa kako bi ostvario kapacitet da se koristi terapijskim odnosom kao moćnim terapijskim sredstvom:

- 1. Terapeut ima sposobnosti aktivnog slušanja, pokazivanja empatije i interesa za pacijenta.** Terapeut treba aktivno slušati ono što pacijent govori, mora čuti osobnu „priču” pacijenta, treba slušati čak i inkohrentne disocijativne fragmente mišljenja i pokazati autentičan respekt prema onome što pacijent govori bez obzira na to što govori. Terapeut mora imati vještinu pokazivanja empatije. Mora pokazati da razumije kako se osoba osjeća, misli i ponaša u okolnostima koje je opisala te pokazati iskreni interes da osobi pomogne. Empatijska poruka koja prenosi da razumijemo kako se pacijent osjeća u situaciji koju opisuje i da nas zanima da mu pomognemo – jedna je od prvih poruka koje upućujemo pacijentu, ona mora biti iskrena, autentična, verbalno i neverbalno usklađena. Empatijska izjava snažno potiče stvaranje terapijskog odnosa i terapijskog saveza. Psihijatar/terapeut može reći da razumije kako se potišteno, uznemireno i bespomoćno osjeća osoba u situaciji gubitka posla,

značajnog emocionalnog odnosa koje je upravo opisala i slično. Terapeut u svojem odnosu prema pacijentu mora pokazati prihvaćanje i razumijevanje bez predrasuda, kritike i okrivljavanja bez obzira na pokazano ponašanje pacijenta koje proizlazi iz bolesti. To ne znači da se terapeut slaže s ponašanjem pacijenta, nego pokazuje da razumije da je to za pacijenta u danoj situaciji jedino moguće ponašanje. Objašnjava mu svoj pogled na situaciju te mu otvara perspektive učinkovitijeg ponašanja. Terapeut uvijek jasno pokazuje svoju želju da pomogne pacijentu.

- 2. Terapeut ima individualizirani pristup prema pacijentu kao osobi, a ne prema dijagnozi.** Premda je postavljanje dijagnoze bolesti važno za liječenje, nikada ne smijemo zaboraviti da iza svake dijagnoze stoji osoba sa svojom prošlosti, sadašnjosti i budućnosti, da je njezina osobna životna priča povezana s nastankom mentalnog poremećaja te da uvijek liječimo osobu s dijagnozom, a ne dijagnozu bez osobe. Stoga će se terapeut uvijek truditi da sveobuhvatno shvati pacijenta kao osobu sa simptomima, konfliktima, poteškoćama, emocionalnim reakcijama, stavovima i sustavom vrijednosti. Komunikacijom će mu prenijeti poruku da ga razumije.
- 3. Terapeut povećava nadu, optimizam, osnažuje pacijenta, potiče oporavak i prevenira samostigmatizaciju.** Jedan od prvih zadataka terapeuta je da prenosi optimizam i nadu, osnažuje pacijenta, smanjuje bespomoćnost i prevenira demoralizaciju i samostigmatizaciju. Stavovi terapeuta značajno utječu na ishod liječenja, pa je važno da terapeut u liječenju pacijenta ima stavove optimizma i nade, da vjeruje da je oporavak moguć te pomaže pacijentu u izradi plana oporavka. Terapeut mora biti oslobođen stavova o kroničnosti koji znače neizlječivost i očekivanje loše prognoze. Pozitivna očekivanja od liječenja povezana su s boljom prognozom. Prenosjenje nade i optimizma treba biti autentično, stoga je važno da se članovi tima koji rade s pacijentom uvjere na temelju vlastitog iskustva da su optimistični stavovi realistični. Terapeut mora prepoznati osjećaje beznađa, bespomoćnosti, odustajanja od aktivnosti, prihvaćanja stigmatizirajućih stavova i sastaviti plan pomoći kako pacijent ne bi ostao zarobljen u svojim lošim očekivanjima koji koče proces oporavka i dovode do demoralizacije. Demoralizacija je slom mogućnosti suočavanja sa situacijom, osoba se osjeća kao u zamci, vjeruje da se stvari više bitno ne mogu promijeniti, stoga mu je nužno ohrabrenje, optimizam i nada koju će demonstrirati terapeut svojim djelovanjem.

Mnogi pacijenti koji dolaze u sustav rehabilitacije su nakon niza neuspjelih pokušaja liječenja izgubili nadu, stoga je često prvi zadatak terapeuta i tima koji radi s pacijentom da obnovi nadu u to da je oporavak moguć. Terapeut uvijek otvara perspektivu oporavka koliko god je to nekada perspektiva malih koraka koja pomaže da se potakne oporavak.

4. **Terapeut pokazuje autentično ponašanje usklađene verbalne i neverbalne komunikacije, iskren odnos.** Autentično ponašanje terapeuta važno je u prenošenju poruka vezanih za liječenje i terapiju, iskazivanje empatije, brige i interesa. Važno je znati da pacijenti mogu učiti identifikacijom s terapeutom, stoga je način na koji se terapeut odnosi prema problemima i osjećajima važan terapijski putokaz za poželjne promjene pacijenta. Pacijent će reagirati na empatične poruke jedino onda kada je terapeut autentičan. Terapeut mora biti iskren u vezi s tim što može i što ne može učiniti za pacijenta.
5. **Terapeut pokazuje poštovanje prema pacijentovim poteškoćama i prihvaća njegov sustav vrijednosti.** Bez obzira na to što pacijent govori, terapeut pokazuje poštovanje prema njegovu načinu razmišljanja, što ne znači da se terapeut slaže s njegovom perspektivom, nego je pažljivo sluša, razumije da je to za pacijenta za sada jedina moguća perspektiva te mu u daljnjem postupanju otvara nove mogućnosti, primjenjuje različite postupke koji mu pomažu u rješavanju poteškoća. Terapeut uvijek respektira otpor pacijenta jer zna da je to obrana od osjećaja bolne spoznaje o sebi te mu na neagresivan način pomaže da prebrodi otpor. Terapeut je fleksibilan i potiče pacijenta da raspravi probleme koji su mu važni. Terapeut prihvaća razlike u mišljenju, različite sustave vrijednosti i kulturološke različitosti te ne nameće pacijentu svoje stavove, mišljenje i svoj sustav vrijednosti, na primjer u načinu trošenja novca, slobodnim aktivnostima, izboru partnera i slično. Sve ono što ide protiv vrijednosnog sustava pacijenta smatra se probijanjem profesionalnih granica.
6. **Terapeut objašnjava svoje stručno viđenje pacijentovih poteškoća.** Terapeut nudi pacijentu mogućnost drugačijeg načina razmišljanja, drugačijeg pogleda na njegovu situaciju, poteškoće, drugačije perspektive problema i alternativnog objašnjenja situacije te mogućnost učenja kako bi drugi ljudi reagirali u sličnoj situaciji.
7. **Terapeut pomaže pacijentu u testiranju stvarnosti.** Terapeut će putem neagresivne i obzirne konfrontacije i klarifikacije pomoći

pacijentu da bolje testira stvarnost. Terapeut pomaže pacijentu da sagleda sve disfunkcionalne aspekte svojeg ponašanja.

- 8. Terapeut vjeruje da se pacijent može promijeniti.** Vjerovanje terapeuta da se pacijent može promijeniti i vjerovanje pacijenta da je promjena moguća ključno je za liječenje.

Terapeuti koji vjeruju da se pacijenti mogu promijeniti i pacijenti koji vjeruju da se mogu promijeniti zajedno pridonose promjeni i obrnuto, nema promjene u odnosu nepovjerenja u mogućnost promjene. Važno je pomoći pacijentu da se ne zatvori u identitet bolesnika s niskim očekivanjem promjene. Vjerovanje terapeuta da se pacijent može promijeniti može potaknuti vjerovanje u promjenu pacijenta koji je demoraliziran i samostigmatiziran i koji je odustao truditi se.

- 9. Terapeut pokazuje balansirani pristup moći i poticanje aktivnog sudjelovanja pacijenta u liječenju.** Terapeut stimulira terapijsko savezništvo, zajedničko odlučivanje, partnerski odnos, odnos oslobođen paternalističkog pristupa u kojem odluka donosi terapeut koji najbolje zna što je u najboljem interesu pacijenta. Suradnja i odgovornost dijeli se između pacijenta i terapeuta, pa terapeut mora razumjeti i respektirati razloge zbog kojih pacijent ne želi uzimati lijek ili ne prihvaća psihosocijalno liječenje i raditi na zajedničkoj koncepciji liječenja.

Pacijent se treba osjećati kao partner s podjednakom moći u odnosu na terapeuta. Terapeut daje informacije o tome kakve usluge nude on i služba u kojoj radi, o terapijskim postupcima koji su na raspolaganju, objašnjava na koji način terapijski postupci i programi mogu pomoći, primjenjuje motivacijsko intervjuiranje kako bi pomogao pacijentu da donese odluku za svoje liječenje, da se motivira za promjenu. Važno je razvijati odnos suradnje nasuprot odnosu prisile i pretjerane zaštite.

- 10. Terapeut ima profesionalni odnos s jasnim granicama – odnos koji je ugodan za pacijenta i terapeuta.** Odnos između terapeuta i pacijenta uključuje izvjestan stupanj intimnosti i stoga je vrlo važno jasno znati granice ovoga odnosa. Jedini cilj terapijskog odnosa je poboljšanje stanja pacijenta. Premda se terapeut ponaša prijateljski prema pacijentu, on nije pacijentov prijatelj u socijalnom značenju te riječi, stoga je važno održati profesionalnu granicu u okviru terapijskog saveza, dogovorenog rada na postizanju ciljeva. Poteškoće u postupanju s osjećajima koji se javljaju tijekom liječenja mogu biti

izazov za profesionalne granice, stoga je važno da terapeut ima vještine za postupanje s vlastitim osjećajima i dostupnost supervizije.

11. Terapeut je dostupan i predvidljiv, daje dovoljno vremena pacijentima da govore o svojim problemima u dogovoreno vrijeme.

Pacijenti moraju imati dosta vremena da govore o svojim poteškoćama. Terapeut to vrijeme treba osigurati te pacijentu jasno reći koliko vremena ima na raspolaganju i kada će sljedeći put moći razgovarati o svojim poteškoćama. Pacijent koji želi razgovarati o svojem problemu treba znati kako se može obratiti terapeutu. Terapeut mora biti dostupan u terminima koje je naveo, trajanje seansi mora biti poznato, a ambijent za terapiju ugodan.

12. Terapeut ima sposobnosti prepoznavanja transfera i uvid u svoje kontratransferne osjećaje.

U odnosu terapeut – pacijent očekivano se pojavljuju osjećaji. Terapeut mora imati vještine za prepoznavanje transfernih i kontratransfernih osjećaja radi korištenja u terapijskom radu s pacijentom koji će dovesti do korisnih promjena u stanju pacijenta. Jedina svrha razgovora o osjećajima je poboljšanje pacijentova stanja. Neprikladno reagiranje terapeuta može dovesti do kršenja profesionalnih, etičkih i pravnih granica. U odnosu terapeut – pacijent važno je da terapeut razvija vještine praćenja i razumijevanja osjećaja pacijenta i svojih osjećaja. Podrijetlo ovih osjećaja vrlo je često u transferu pacijenta i kontratransferu terapeuta. Stručnjaci u mentalnom zdravlju koji sudjeluju u liječenju pacijenta sa psihičkim bolestima moraju razviti sposobnosti da prepoznaju i prate vlastite osjećaje i ponašanje u terapijskom odnosu s pacijentom. Terapeuti bi trebali razumjeti i prepoznati koji osjećaji dolaze od pacijenta, a vezani su s njegovim ranijim iskustvima s važnim osobama u njegovu životu (to se naziva transfer), koji također uključuju osjećaje prenesene projektivnom identifikacijom, a osjećaji koje terapeut osjeća dio su osjećaja iz njegova osobnog iskustva prošlosti ili sadašnjosti s drugim osobama, što se naziva transfer terapeuta ili kontratransfer. Transfer se odnosi na osjećaje, želje, fantazije, stavove i obrane prema osobama iz sadašnjosti, a koje predstavljaju ponavljanje osjećaja prema važnim osobama iz djetinjstva. Izrazom transfer Freud je označio ponavljanje događaja u odnosu liječnik – pacijent. Ponavljanje osjećaja, stavova i ponašanja koji su jednom bili pripisani roditeljskim figurama događaju se u većini emocionalno značajnih ljudskih odnosa. Sklonost ponavljanju iskustava univerzalan je fenomen u ljudskom iskustvu. Osoba

koja doživljava transferne osjećaje ne doživljava ih kao dio prošlosti nego kao sadašnjost. Kada je pacijentova reakcija povezana s transferom, to izgleda kao da pacijent reagira na temelju krivih pretpostavki u sadašnjosti na temelju iskustva iz prošlosti. Što sadašnja situacija više sliči prošloj, reakcija pacijenta može biti intenzivnija.

Na primjer: Jedan pacijent je nakon dugog čekanja na šalteru počeo vikati, lupati i kidati svoju dokumentaciju. Na dogovoren pregled u liječnikovu sobu ušao je pun ljutnje. Razgovor o njegovoj reakciji doveo je do spoznaje da je njegova smanjena tolerancija na čekanje i nepravdu povezana s događajima iz ranog djetinjstva kada je satima čekao roditelje koji su ga ostavili u zaključanoj sobi u kazni.

Nije sve u ponašanju pacijenta transfer i to treba prepoznati.

Kontratransfer se odnosi na reakciju terapeuta/osoblja na ponašanje pacijenta koje također može biti osnovano na transferu terapeuta/osoblja koje „krivo“ prepoznaje situaciju i nesvjesno je dovodi u vezu sa svojim osobnim iskustvom. Klasično gledanje na kontratransfer je da je to transfer terapeuta prema pacijentu i odgovor na transfer pacijenta. Totalistička koncepcija kontratransfera odnosi se na sve emocije terapeuta prema pacijentu, a ne samo na one izazvane transferom. Stoga kontratransferne reakcije osoblja nisu samo posljedica njihovih neriješenih intrapsihičkih problema nego su i reakcija na pacijentovu patologiju. Vrlo je važno u radu sa psihijatrijskim pacijentima analizirati i transferne i kontratransferne osjećaje prema njima. Supervizija osoblja s naglaskom na njihovim osjećajima trebala bi biti dio programa rehabilitacije.

Primjer razvoja terapijskog odnosa koji dovodi do oporavka.

„Prije liječenja u Centru za rehabilitaciju mislio sam da sam propao i uništen čovjek, da je moj život stao zato što sam liječen na psihijatriji, što imam dijagnozu shizofrenije i što moram piti lijekove. Odluke sam prepuštao obitelji i socijalnom radniku jer sam mislio da tako treba biti, ja sam bolestan i ne mogu donositi odluke, oni znaju bolje od mene. Tako su se i oni ponašali. Zbog svoje bolesti bio sam očajan, izbjegavao sam ljude kako me nešto o tome ne bi pitali, bojao sam se da će mi se rugati, vjerovao sam da je život za mene završen, da nikada neću naći djevojku.

Ovdje sam naučio da je vrlo važno kako se ja odnosim prema bolesti. Naučio sam da sam vrijedan kao osoba i da to nema veze s bolesti. Čak sam počeo razmišljati da mi je bolest pomogla da postanem bolji, da bolje razumijem ljude. Odlučio sam upravljati svojim životom, raditi stvari koje bih želio. Moj odnos prema lijekovima se promijenio, gledam na njih kao na stvari koje

pomažu mojem mozgu da bolje razmišljam, oslobodio sam se nelagode vezane za shizofreniju, shvatio sam da je to samo bolest koja se liječi. Smatram se sposobnim za posao, pronašao sam posao i imam djevojku. Zadovoljan sam životom. Život mi se preokrenuo sto posto od kada sam promijenio svoj stav prema bolesti. U Centru sam naučio prepoznati svoje sposobnosti i početi ih cijeniti, to me ispunjavalo ponosom, naučio sam kako bolje komunicirati s ljudima, da se ne bojim poteškoća koje dolaze u životu, naučio sam da ću ih moći riješiti i da ću znati potražiti pomoć. Iako se često savjetujem s obitelji, prijateljima i stručnim timom, odluke donosim sam. Moj život zaista ima smisla. I dalje imam povremenih kriza, javlja mi se strah i povremeno mi se čini da me ljudi krivo gledaju, ali znam se s time nositi. Kada se prestanem boriti i nakon što potražim podršku, ponovno se sve normalizira. To se dešava i drugim ljudima, to je dio života.“

ZAKLJUČAK

Terapijski odnos između pacijenta i terapeuta ključan je za učinkovitu psihijatrijsku praksu. Omogućuje uspostavljanje sigurnog i ugodnog terapijskog okvira za liječenje i terapijski je agens koji pokreće promjene i oporavak od psihičke bolesti. Aktivno slušanje, nada i optimizam, pokazivanje empatije, poštovanje onoga što pacijent govori bez obzira na to što govori, autentičan iskren odnos, balansiran pristup moći, dostupnost terapeuta da omogući pacijentu da iznese problem, dogovor o ciljevima liječenja, savezništvo u liječenju, razumijevanje transfera i kontratransfera su vještine koje treba posjedovati psihijatar i drugi stručnjaci za mentalno zdravlje u radu s oboljelima od mentalnog poremećaja kako bi pomogli u oporavku od psihičke bolesti. Uspostavljanje terapijskog odnosa je vještina koja se uči, stoga je važno da terapeut radi na poboljšanju svojih vještina za izgradnju terapijskog odnosa i terapijskog saveza. Za izgradnju terapijskog odnosa i savezništva potrebno je različito dugo vrijeme, ovisno o težini stanja pacijenta, stupnju regresije, kao i vještinama terapeuta da potakne terapijski odnos. Nesvjesni čimbenici u terapijskom odnosu često utječu na terapijski savez. Stoga su terapeutu potrebne vještine za prepoznavanje utjecaja ovih čimbenika i minimiziranja njihovih negativnih utjecaja na proces liječenja i oporavka.

Tablica 1. kompetencija terapeuta za stvaranje terapijskog odnosa

- 1. Aktivno slušanje, pokazivanje empatije i interesa za pacijenta**
- 2. Individualizirani pristup prema pacijentu kao osobi, a ne prema dijagnozi**
- 3. Povećanje nade, optimizma, osnaživanje, prevencija samostigmatizacije i poticanje oporavka**
- 4. Autentično ponašanje, usklađena verbalna i neverbalna komunikacija, iskren odnos**
- 5. Pokazivanje poštovanja prema pacijentovim poteškoćama i prihvatanje njegova sustava vrijednosti**
- 6. Objašnjavanje svojega stručnog viđenja pacijentovih poteškoća**
- 7. Vjerovanje da se pacijent može promijeniti**
- 8. Terapeut pomaže pacijentu u testiranju stvarnosti**
- 9. Balansirani pristup moći i poticanje aktivnog sudjelovanja pacijenta u liječenju**
- 10. Profesionalni odnos s jasnim granicama, ugodan za pacijenta i terapeuta**
- 11. Dostupnost i predvidljivost terapeuta za održavanje terapijskih razgovora o poteškoćama pacijenta**
- 12. Prepoznavanje transfera i kontratransfernih osjećaja terapeuta**

Napomena: Preporučujemo da ovu tablicu kopirate i stavite je na vidljivo mjesto kako bi vas podsjetila da je terapijski odnos vještina koja se svaki dan treba obnavljati.

Literatura

1. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. 1979;1:252-60.
2. Burnham D. L, Gladstone AI, Gibson RW. (1969) Schizophrenia and the need- fear dilemma. New York: International University Press; 1969.
3. Chinman MJ, Rosneck R, Lam, JA. (2000). The case management relationship and outcomes of homeless persons with serious mental illness. *Psychiatr Ser*. 2000;51(9):1142-7.
4. Corradi RB. Schizophrenia as a human process. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2011;39(4):717-36.
5. Dziopa F, Ahern KJ. What makes a quality therapeutic relationship in psychiatric/

- mental health nursing: a review of the research literature. *J Adv Nurs*. 2009;10(1):7-7.
6. Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47(3):228 – 36.
 7. Frank JD. Therapeutic components in all psychotherapies. In: Myers JM, editor. *Cures by psychotherapy: What effects change?* New York: Praeger; 1984. p. 15-27.
 8. Reichmann F. Basic problems in the psychotherapy of schizophrenia. In: Reichmann F. *Psychoanalysis and psychotherapy*. Chicago: Univ. of Chicago press; 1974. p. 210-7.
 9. Furlan PM, Benedetti G. The individual psychoanalytic psychotherapy of schizophrenia: scientific and clinical approach through a clinical discussion group. *Yale J Biol Med*. 1985;58(4):337 – 48.
 10. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington: CC American Psychiatric Press Inc;1994.
 11. Giovacchini PL. The symbiotic phase. In: Giovacchini PL, editor. *Tactics and techniques in psychoanalytic treatment*. 1st ed. New York: Aronson; 1972. p. 134-70.
 12. Greenson RR. The Working Alliance and the Transference Neurosis. *Psychoanal Q*. 1965; 34(1):155-81.
 13. Gunderson JG. Patient-therapist matching: a research evaluation. *Am J Psychiatry*. 1978; 135(10):1193-7.
 14. Goering PN, Stylianos SK. Exploring the helping relationship between the schizophrenic client and rehabilitation therapist. *Am J Orthopsychiatry*. 1988; 58(2):271-80.
 15. Hicks AL, Deane FP, Crowe TP. Change in working alliance and recovery in severe mental illness: an exploratory study. *J Ment Health*. 2012;21(2):127-34.
 16. Jackson M. A psycho-analytical approach to the assessment of a psychotic patient. *Psychoanal Psychother*. 2008;22:31-42.
 17. Karon BP. The tragedy of schizophrenia without psychotherapy. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatr*. 2003;31(1):89-118.
 18. Kohut H. *The Analysis of the Self*. New York: Int. Univ. Press; 1971.
 19. Mahler SM, Pine F, Bergman A. *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books;1975.
 20. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J. Consult. Clin. Psychol*. 2000;68:438–50.
 21. National Institute for Health and Care Excellence. *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care* [internet]. NICE; 2005. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg82>

22. Neale MS, Rosenheck RA. Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. *Psychiatr Serv.* 1995;46(7):719-21.
23. Owens KA, Haddock G, Berry K. The Role of the Therapeutic Alliance in the Regulation of Emotion in Psychosis: An Attachment Perspective. *Clin Psychol Psychother.* 2013;20(6):523-30.
24. Priebe S, Gruyters T. The role of the helping alliance in psychiatric community care: A prospective study. *J Nerv Ment Dis.* 1993;181(9):552-7.
25. Rosenbaum B, Martindale B, Summers A. Supportive psychodynamic
26. psychotherapy for psychosis. *Adv Psychiatr Treat.* 2013;19(4):310 – 8.
27. Shirk SR, Karver M. Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71: 452–64.
28. Solomon P, Draine J, Delaney MA. The working alliance and consumer case management. *J Ment Health Adm.* 1995;22:126-34.
29. Svensson B, Hansson L. Rehabilitation of schizophrenic and other long-term mentally ill patients: results from a prospective study of a comprehensive inpatient treatment program based on cognitive therapy. *Eur Psychiatry.* 1999;14(6):325–32.
30. Štrkalj Ivezić S, Urlić I. The capacity to use group as a corrective symbiotic object in group analytic psychotherapy of patients with psychosis. *Group Analysis.* 2015; 48(3): 315-31.
31. Urlić I, Štrkalj Ivezić, S, John N. Psychodynamic understanding and psychotherapeutic approach to psychoses. *Psychiatr Danub.* 2009; 21(1):3-7.

7. INFORMIRANI PRISTANAK I KAPACITET ZA ODLUČIVANJE

Sladana Štrkalj Ivezić

7.1. Uvod

Slobodni informirani pristanak na liječenje pravna je obveza vezana za liječenje bilo koje bolesti u medicini, pa tako i psihičke. Informirani pristanak treba promatrati i kao terapijski alat za stvaranje dobrog terapijskog odnosa povjerenja koji će utjecati na povoljni ishod liječenja. Informirani pristanak koji uključuje obvezu informiranja pacijenata o njegovu stanju i preporukama za njegovo liječenje kako bi mogao donijeti odluku o svojem liječenju prvi je razgovor s pacijentom koji otvara mogućnost stvaranja odnosa povjerenja, osiguravanje odnosa suradnje i započinjanje terapijskog procesa liječenja. Vrijeme koje posvećujemo informacijama u sklopu informiranog pristanka nije izgubljeno vrijeme u nekoj pukoj formalnosti, nego aktivnost koja kreira početak terapijskog odnosa koji pridonosi promjeni.

Slobodni informirani pristanak na liječenje pravo je osobe da samostalno, nezavisno odlučuje o svojem liječenju i da djeluje u skladu sa svojim osobnim odlukama.

Vezano za područje liječenja, autonomija je pravo bolesnika na svoje mišljenje o vlastitom zdravstvenom stanju, predloženim postupcima liječenja i pravo da u skladu sa svojim mišljenjem i stavom donese odluku o prihvaćanju ili odbijanju liječenja. Da bi bolesnik donio odluku, potrebne su mu informacije na temelju kojih će je donijeti. Bolesnik mora biti informirani sudionik u donošenju odluka o svojem zdravlju.

Informirani pristanak uključuje informiranje bolesnika o svim važnim činjenicama koje su mu potrebne da bi donio odluku o liječenju, odnosno dao svoj pristanak na liječenje.

Informirani pristanak je davanje pristanka za provedbu postupka slobodnom voljom. Nagovaranje pacijenta na davanje informiranog pristanka, „ucjenjivanje“ alternativom, na primjer prisilnog liječenja, ne smatra se slobodnim informiranim pristankom. Prisilno liječenje u kojem se pacijent prima bez

svojeg pristanka regulirano je zakonom i ima svoje kriterije i za to nije potreban informirani pristanak, iako to ne znači da nismo dužni pacijenta informirati o prijemu bez njegova pristanka i, primjereno situaciji, objasniti mu razloge za to.

7.2. Valjanost informiranog pristanka

Da bi informirani pristanak bio valjan, nužno je da budu ispunjeni sljedeći uvjeti: kompetentnost bolesnika za donošenje odluka, adekvatnost informacija i dobrovoljnost.

Kompetentnost (kapacitet za donošenje odluka) je sposobnost osobe da razumije informacije relevantne za donošenje odluke, da shvati važnost i značenje informacija u konkretnoj situaciji za koju donosi odluku, da zaključuje koristeći informacije, da izabere između izbora koji se nude i izrazi odlukom svoj izbor. Ako je bolesnik nekompetentan za donošenje odluka, tada jedino sud može donijeti odluku o tome tko može donositi odluke u ime bolesnika.

Adekvatnost informacija odnosi se na obvezu liječnika ili drugog stručnjaka kada se radi o metodi koju primjenjuju drugi stručnjaci da bolesniku na njemu razumljiv način objasni koja je svrha postupka, koji rezultati se očekuju, kako će se postupak provesti, koje su moguće posljedice, da mu se predoče alternative te da ga se informira o mogućim posljedicama ako se predloženi postupak ne provede.

Cilj razgovora o zdravstvenom stanju je pacijenta na razumljiv način informirati o njegovu zdravstvenom stanju i preporukama liječenja.

Paternalistički stavovi liječnika i drugih stručnjaka koji sudjeluju u liječenju odnose se na stavove prema kojima bolesnici ne mogu razumjeti medicinske informacije i samim tim shvatiti težinu svojega kliničkog stanja, bolesti, pa im nije potrebno davati informacije te da je normalno da stručnjaci koji su kompetentniji od njih donose odluke. Ovi stavovi danas nisu pravno ni stručno prihvatljivi.

Danas se smatra da je upravo razgovor središnji i najvažniji dio informiranog pristanka koji je potrebno provoditi u skladu s okolnostima pacijentova zdravstvenog stanja, međutim važno je da se liječnik potruži da bolesnik razumije sve informacije koje su relevantne da bi mogao donijeti odluku. Pacijentu treba prenijeti pravu mjeru informacija važnih za donošenje odluke, niti premalo, niti previše. Ako pacijent želi da u ovom procesu bude prisutna osoba od povjerenja koju on imenuje, to mu se mora omogućiti.

7.2.1. Količina informacija nužna da bi pacijent donio odluku

Cilj informiranog pristanka je povećanje bolesnikova razumijevanja vlastita zdravstvenog stanja, prirode i rizika predložene medicinske intervencije, kao i saznanje o mogućnostima i njihovim rizicima, kako bi mu se omogućilo da s razumijevanjem odluči o tome hoće li ili ne prihvatiti predloženi postupak i liječenje. Količina informacija koje će se dati bolesniku treba biti rukovođena potrebama samog bolesnika, da na lako razumljiv način bez kompliciranih medicinskih izraza dobije informacije koje su mu potrebne za donošenje odluke. Mnogi pacijenti će odluku donijeti na temelju povjerenja koje imaju u liječnika, stoga je važno da su informacije koje liječnik daje točne i iskrene, oslobođene bilo kakva pritiska koji bi pacijenta doveo u podređen položaj ili da bi bio primoran da donese odluku iz straha od za njega negativnih posljedica, na primjer prisilne hospitalizacije ili nemogućnosti ambulantnog liječenja i slično.

Ovaj standard informacija prema potrebama pacijenata u središte stavlja bolesnikovu autonomiju i pravo na samoodređenje te podrazumijeva količinu i kvalitetu informacija koje bi „razumnom bolesniku“ (koji predstavlja prosječnog, kompetentnog bolesnika) bile dovoljne da donese autonomnu odluku.

Sljedeći postupak u informiranom pristanku je evaluacija stupnja razumijevanja dane informacije. Liječnik mora obratiti pažnju na čimbenike koji mogu utjecati na razumijevanje informacija (stupanj obrazovanja bolesnika, socijalno-kulturni milje, trenutačno psihičko stanje, jezik) i na autonomiju, to jest dobrovoljnost odlučivanja (na primjer, članovi obitelji koji mogu utjecati na donošenje odluke i sl.).

Količina i kvaliteta informacija moraju biti prilagođene individualnim potrebama svakog bolesnika, njegovim intelektualnim kapacitetima, kao i socijalnom i kulturnom kontekstu kojem pripada. Ovaj pristup zahtijeva velik angažman i trud liječnika. Informiranje ne može trajati nekoliko minuta, liječnik mora upoznati bolesnika, steći njegovo povjerenje i naći najbolji način da mu prenese informacije o stanjima vezanim uz zdravlje i bolest, prirodu dijagnostičko-terapijskog tretmana, mogućim rizicima, kao i o alternativni, tako da ih bolesnik razumije i, dakako, da se uvjeri u to da je bolesnik na pravi način primio na znanje informacije, da ih je u potpunosti razumio. Informacije moraju biti sažete i informativne, oslobođene nepotrebnih detalja. Važnost informiranog pristanka leži i u sprječavanju obmane i prinude bolesnika. Bolesnik mora dobiti informaciju da u svakom trenutku može poništiti, povući svoj pristanak i odustati od postupaka koji se predlažu. Ova mogućnost odustajanja najvažnija je zaštita od obmane i prinude.

Dobrovoljnost podrazumijeva da bolesnik donosi odluku samovoljno, bez tuđeg utjecaja, prinude, obmane i manipulacije i da svoj pristanak može povući u svakom trenutku.

S obzirom na specifičan odnos liječnik – pacijent, može se dogoditi da se pacijent osjeća obveznim sudjelovati u na primjer istraživanju lijekova iz straha da se liječnik ako odbije, neće dobro brinuti o njemu. Međutim i u takvim situacijama bolesnik treba dobiti jamstvo da njegovo odbijanje sudjelovanja u istraživanju neće imati loše posljedice za liječenje.

7.3. Poslovna sposobnost

Svjetska zdravstvena organizacija u skladu s UN konvencijom navodi da je pravo na poslovnu sposobnost osnovno ljudsko pravo.

Poslovna sposobnost znači pravo na donošenje odluka, a kapacitet za donošenje odluka je aktualna sposobnost osobe da donese odluku za konkretnu situaciju. Ta sposobnost nekada može oscilirati stoga će osoba sa smanjenim kapacitetom za donošenje odluke trebati podršku, što znači da joj drugi ljudi mogu pomoći da donese odluku zasnovanu na njezinim željama, a ne da odluku donosi netko drugi umjesto nje.

Osoba koja ima poteškoća u donošenju odluka/oštećenje mentalnog kapaciteta ima pravo na podršku u odlučivanju. Neki ljudi trebaju podršku za kompleksne odluke, drugi i za jednostavne. Osoba odlučuje o tome želi li podršku u donošenju odluka.

Podrška u donošenju odluka nije donošenje odluke umjesto osobe na pretpostavci što bi bio interes osobe, nego je pomoć u odluci koja se temelji na želji i preferencijama osobe. Osobe koje su u konfliktu interesa vezano za odluku koju osoba treba donijeti ne mogu biti formalne osobe koje pomažu osobi s mentalnim poteškoćama da donese odluku. Nevladine udruge koje se bave pravnom podrškom i drugim oblicima podrške mogu biti izvor osoba koje pružaju podršku u odlučivanju uključujući i *peerworkere*.

ZAKLJUČAK

Informirani pristanak je pravna obveza, ali ima i terapijske elemente jer uključuje stvaranje odnosa povjerenja i početka izgradnje terapijskog saveza. Promatranje informiranog pristanka kao potencijala za stvaranje dobrog terapijskog odnosa svrstava informirani pristanak u važan terapijski alat.

Informirani pristanak na liječenje znači da je osoba dobila dovoljno relevantnih informacija vezanih za liječenje koje se predlaže, a koje su joj

prenesene tako da ih može razumjeti, izbjegavanjem pretjerano stručnih pojmova, tako da osoba može donijeti slobodnu odluku. Informacije moraju uključivati koristi od liječenja koje se predlaže, negativne posljedice, rizike liječenja, mogućnosti alternativnog liječenja osim onoga koje se predlaže te koristi i rizike ako osoba ne prihvati ponuđeno liječenje. Informirani pristanak znači i da osoba ima pravo odbiti liječenje.

Napomena: Svaki medicinski postupak koji se provodi na temelju Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS) u Republici Hrvatskoj mora se unijeti u medicinsku dokumentaciju s naznakom o tome je li bio poduzet s pisanim pristankom ili bez njega (Članak 23.).

Literatura

1. Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 2007 Nov;357(18):1834-1840.
2. Beauchamp TL, Childress JF. *Principle of biomedical ethics*, 6th edition. New York: Oxford University Press, 2009.
3. Bait Amer A. Informed Consent in Adult Psychiatry *Oman Medical Journal*. 2013 Jul; 28(4): 228–231.
4. Debra A. Pinals. Informed Consent: Is Your Patient Competent to Refuse Treatment? *Current Psychiatry* 2009;8(4):33-43.
5. Dyer AR, Bloch S. Informed consent and the psychiatric patient. *J Med Ethics* 1987 Mar;13(1):12-16.
6. Faden RR, Beauchamp TL. *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press, 1994.
7. Fulford KW, Howse K. Ethics of research with psychiatric patients: principles, problems and the primary responsibilities of researchers. *J Med Ethics* 1993 Jun;19(2):85-91.
8. Garrett TM, BaillieHarold W, Garrett RM. *Health Care Ethics Principles and Problems* 4th Ed. Prentice-Hall, Inc, U.S.A, New Jersey, 2001.
9. Kitamura T. Assessment of psychiatric patients' competency to give informed consent: legal safeguard of civil right to autonomous decision-making. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000 Oct;54(5):515-522.
10. Leo RJ. Competency and the Capacity to Make Treatment Decisions: A Primer for Primary Care Physicians. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 1999 Oct;1(5):131-141.
11. Mental Capacity Act 2005 Interm Policy, Procedure and Guidance for Halton, october 2008.
12. Mental Capacity Act 2005 <http://www//opsi.gov.uk./acts/acts2005/50009—b.htm>

8. PSIHOSOCIJALNI POSTUPCI I REHABILITACIJA

Sladana Štrkalj Ivezić

8.1. Uvod

Rehabilitacija je skup različitih psihosocijalnih postupaka planiranih s ciljem povećanja vještina u različitim područjima funkcioniranja koja obuhvaćaju brigu o sebi, vještine komunikacije, funkcioniranje u ulogama kao što su partnerske, obiteljske, radne, obrazovne i društvene uloge, uključuje razvoj vještina, sučeljavanja sa stresom, stigmom i diskriminacijom te rješavanje problema. Vještine su važne kako bi ljudi mogli samostalno upravljati svojim životom, biti neovisni i živjeti socijalno uključeni u zajednici. Rehabilitacija se osim postupaka koji podučavaju i povećavaju vještine odnosi i na postupke podrške za aktivnosti za koje osoba nema vještine i koje ne može samostalno provoditi. Što osoba ima više vještina za samostalni život i rad, trebat će manje podrške. Rehabilitacija je indicirana kod osoba koje imaju ozbiljna funkcionalna oštećenja za samostalni život i rad bez obzira na dijagnozu bolesti s ciljem pomoći osobama sa psihičkom bolesti da što samostalnije funkcioniraju i da ostvare onu vrstu podrške koja im je potrebna za samostalni život u zajednici. Ciljevi rehabilitacije su povećati samostalnost osobe u svakodnevnim aktivnostima, smanjenje ovisnosti, socijalno uključivanje, poboljšati funkcioniranje u različitim ulogama kako bi se osoba osjećala korisnom, potrebnom, produktivnom i zadovoljnom, te imala osjećaj pripadanja društvu u kojem živi.

Rehabilitacija se provodi na temelju individualne procjene funkcioniranja i individualnog plana rehabilitacije. U planu rehabilitacije procjenjuju se pacijentove sposobnosti i nesposobnosti povezane s funkcioniranjem u različitim životnim područjima i dovode se u vezu s osobno postavljenim ciljevima i metodama koje će pomoći da se ti ciljevi ostvare. Rehabilitacija je jednako okrenuta sposobnostima koje potiče i nesposobnostima koje nastoji prevladati. Psihijatrijska rehabilitacija naglašava sveobuhvatno, kontinuirano i koordinirano liječenje s različito dugim, često i dugotrajnim, u nekim slučajevima i doživotnim trajanjem, a uključuje održavanje kontrole simptoma bolesti, prevenciju relapsa i optimalno psihosocijalno funkcioniranje.

Rehabilitacija je pristup u psihijatriji koji se primjenjuje u svim dijelovima službi za mentalno zdravlje s ciljem oporavka koji maksimalizira kvalitetu života osobe i socijalno uključivanje poticanjem vještina i autonomije te pruža nadu za budućnost. U planiranju rehabilitacije primjenjuje se psihobiosocijalni model razumijevanja poteškoća mentalnog zdravlja. Cilj metoda koje se provode su osnaživanje pojedinca i poticanje oporavka od psihičke bolesti. Oporavak je povezan s oslobađanjem od simptoma, poboljšanjem funkcioniranja i personalnim oporavkom, kojem se danas pridaje najviše pažnje, jer ni jedan oporavak nije cjelovit ako nije personalan. Oporavak je individualizirani proces promjene stavova, vrijednosti, osjećaja, ciljeva, vještina i uloga. To je način da čovjek živi zadovoljavajući život koji pridonosi zajednici čak i s ograničenjima koje proizvodi bolest. Oporavak uključuje razvoj novih značenja i svrhe i prevladavanje osjećaja da je psihička bolest katastrofa u njegovu životu. Oporavak znači ponovno dobiti ono što smo izgubili, kao prava, uloge, odgovornosti, odlučivanje, potencijale i podršku. Oporavak znači razviti vlastiti doživljaj da je osoba u stanju utjecati na važne životne ciljeve kako bi postigla psihološke i materijalne resurse nužne da se postignu ciljevi i napreduje prema osobnim ciljevima. Metode rehabilitacije trebaju dovesti do osnaživanja osobe. Osnaživanje uključuje doživljaj samoefikasnosti ili samopouzdanja da se postignu željeni ciljevi, povećanu razinu samoprihvatanja i samovrijednosti, doživljaj svrhovitosti i aktivnog zastupanja vlastitih interesa, stav nade i motivacije. Osnaživanje je samopoštovanje koje dolazi od participacije u aktivnostima, uspjeha i postignuća. Osnaživanje je proces povećanja kapaciteta pojedinca ili grupe da odabere i provede svoju odluku u akciju i ishod. Osnaživanje uključuje odlučnost osobe da kontrolira vlastiti život i svoju participaciju u zajednici i društvu u kojem živi. Rehabilitacija se najčešće provodi u dnevnim centrima za rehabilitaciju, koje mogu organizirati različite službe za mentalno zdravlje uključujući psihijatrijske, socijalne službe, kao i nevladine udruge, međutim može se provoditi i u bolnici za osobe koje imaju poteškoća u korištenju dnevnih programa zbog ozbiljnih poteškoća u dnevnom funkcioniranju ili iz nekih drugih razloga kao što je neraspoloživost programa rehabilitacije u njihovim udaljenim mjestima boravka. Program u centrima za rehabilitaciju varira od centra do centra, ovisno o ciljevima liječenja i specifičnim potrebama grupa pacijenata uključenih u program, koji se često razlikuju po dijagnozama i oštećenjima u funkcioniranju, kao i ciljevima koji se žele postići. Programi rehabilitacije kombiniraju različite psihosocijalne metode. Metode koje se primjenjuju često uključuju trening socijalnih vještina, rad s obitelji, edukaciju o bolesti, programe zapošljavanja i druge metode prema individualnom planu rehabilitacije.

8.2. Edukacija o bolesti

Edukacija o bolesti je individualni ili grupni postupak koji uključuje izmjenu informacija o bolesti i liječenju u interakciji terapeuta i pacijenta ili člana obitelji. To nije serija predavanja o simptomima psihičke bolesti i načinima liječenja nego proces koji se odvija u pozitivnoj terapijskoj atmosferi, a uključuje otvorenu diskusiju o simptomima bolesti, psihološkim i socijalnim posljedicama bolesti, liječenju i oporavku. Riječ je o procesu kroz koji pacijent saznaje sve više o psihičkoj bolesti vezano za simptome, liječenje i prevenciju recidiva, uključujući prepoznavanje simptoma bolesti, razumijevanje nastanka simptoma bolesti, kao i o postupcima liječenja i samopomoći koji mu mogu pomoći da održi svoje zdravlje. Cilj edukacije o bolesti je osnaživanje – da pacijent doživi da je u poziciji utjecati na svoju situaciju i upravljati svojim životom. U edukaciji je važno obraditi sljedeće teme: simptome bolesti, uključujući i prepoznavanje ranih znakova bolesti, moguće uzročne čimbenike, stres i vulnerabilnost teoriju nastanka bolesti, liječenje lijekovima, psihoterapijom i psihosocijalnim postupcima, nuspojave lijekova, oporavak od bolesti, očekivanja od liječenja, utjecaj bolesti na život, strategije prevencije recidiva bolesti, rizične i protektivne čimbenike i razumijevanje bolesti u sklopu vlastita iskustva. Tijekom edukacije o bolesti važno je obraditi i emocionalne aspekte doživljaja bolesti koji uključuju stigmatizaciju, depresiju, osjećaj krivnje, srama, samopoštovanje, samopouzdanje, beznađnost, doživljaj gubitka koji prate različiti osjećaji poput tjeskobe, depresije, ljutnje i gubitka osjećaja. Psihoedukacija treba obuhvatiti i rad povezan sa stigmom i diskriminacijom koji uključuje učinkovite strategije u borbi protiv samostigmatizacije, stigmatizacije i diskriminacije.

Psihoedukacija uključuje okvir razumijevanja bolesti u psihobiosocijalnom kontekstu, razumijevanje utjecaja protektivnih i rizičnih čimbenika važnih u prevenciji ponovne epizode bolesti. Cilj je podučavanje oboljelih i članova njihove obitelji o brojnim mogućnostima i vremenu potrebnom za oporavak. Oboljeli u psihoedukaciji nauče da su lijekovi, prepoznavanje ranih znakova pogoršanja, ostvarenje suportivne mreže, poboljšanje obiteljske komunikacije, povećanje vještina potrebnih za svakodnevni život i rad, postupak za smanjenje stresa i tjeskobe i psihoterapija važni za oporavak te da treba surađivati u liječenju. Informacije treba davati na prikladan način koji će povećati razumijevanje i potaknuti suradnju. Na primjer, s pacijentom koji vjeruje u istinitost deluzija i ne prihvaća da je bolestan treba razgovarati o njegovu tumačenju situacije i ponuditi alternativno rješenje, ne treba inzistirati da je naše tumačenje jedino točno jer to neće dovesti do promjene kod

ovoga pacijenta, jedino će povećati otpor i moguće dovesti do emocionalnog uzbuđenja koje može biti rizik za pogoršanje stanja i/ili prekid liječenja.

Nužan dio svih informacija o bolesti je ključna poruka da je oporavak moguć te da je to proces. U sklopu edukacije o bolesti svakom pacijentu treba ponuditi razgovor o značenju koje on pridaje svojoj dijagnozi kako bi mu se pomoglo da na osobnoj razini odbaci stereotip duševne bolesti. Očekivanja od učinkovite psihoedukacije su: prevladavanje ideje o bolesti kao katastrofalnom događaju, uvid u bolest povezan s osnaživanjem, prevencija samostigmatizacije, prihvaćanje identiteta osobe nasuprot identitetu pacijenta, prevencija relapsa, smanjena potreba za hospitalizacijom i povećavanje suradnje u liječenju. Pacijent u ovom integriranom modelu psihoedukacije dobiva priliku razumjeti simptome bolesti na osobnoj razini u kontekstu svojeg života, razumjeti značenja simptoma na psihološkoj razini, steći iskustvo osnaživanja da sa svojim djelovanjem može utjecati na ishod bolesti i promijeniti negativnu sliku o sebi uzrokovanu transformacijom identiteta nakon postavljanja dijagnoze duševne bolesti. Ako se pravilno koristi, psihoedukacija je moćan alat s mogućnosti preusmjeravanja tijeka bolesti na put oporavka.

Edukacija o zdravim stilovima života također može biti dio edukacije o bolesti ili dio posebne edukacije jer može pridonijeti boljem tjelesnom i psihičkom osjećanju, smanjiti rizik za metabolički sindrom i tjelesne bolesti povezane s njim, poput dijabetesa i kardiovaskularne bolesti, također se mogu smanjiti nuspojave povećanja tjelesne težine povezane s lijekovima. Program uključuje savjete za prehranu i tjelesnu aktivnost te pruža potporu u provedbi plana.

8.3. Rad s obitelji

Komunikacija u obitelji utječe na povećanje ili smanjenje rizika za pojavu epizode bolesti, stoga je važno identificirati način na koji obitelj komunicira, otkriti disfunkcionalne obrasce komunikacije koji pridonose riziku pojave bolesti, pomoći u njihovoj modifikaciji i pružiti pomoć obitelji da pruži efikasnu podršku svojim članovima. Različita istraživanja kod oboljelih od različitih psihičkih poremećaja utvrdila su da je život u obiteljima u kojima prevladava napeta atmosfera s prevladavajućim kritičnim primjedbama bez izražavanja empatije i topline, kao i pretjerano zaštitničko ponašanje prema oboljelom članu koji se tretira kao nesamostalna osoba, povezan s rizikom pogoršanja psihičkog i tjelesnog zdravlja osobe. Važno je istaknuti da navedeni oblici komunikacije negativno utječu općenito na zdravlje i mogu biti prisutni u

obiteljima s različitim dijagnozama oboljelih članova, uključujući i tjelesnu bolest. Otkrivena je povezanost rizika recidiva i u terapijskim sredinama u kojima prevladavaju ove emocije, stoga je potrebno raditi na edukaciji osoblja kako bi se prevenirao i promijenio ovakav način komunikacije. Opisani način komunikacije u obitelji nazvan je faktorom povišene emocionalne ekspresije – EE faktor.

Jedan od ciljeva u radu s obiteljima s povišenim EE faktorom je identificirati disfunkcionalne obrasce komunikacije, učiniti ih vidljivim obitelji kako bi se moglo raditi na njihovoj promjeni putem učenja po modelu koji demonstrira terapeut, za što se očekuje da će dovesti do smanjenja stresa u obitelji, olakšati rješavanje problema i posljedično smanjiti rizik za pojavu pogoršanja stanja mentalnog zdravlja kod oboljelog člana, te će poboljšati i mentalno zdravlje drugih članova obitelji.

Disfunkcionalna komunikacija u obitelji povezana je s visokom razinom stresa rizičnog za pojavu ponovne epizode bolesti i prepreke u oporavku te je potrebno planirati rad s obitelji u individualnom planu liječenja oboljelih. Farmakološka terapija može pomoći u smanjenju odgovora na stres, međutim nedovoljna je zaštita jer ne može utjecati na disfunkcionalnu komunikaciju u obitelji koja je stalni izvor stresa.

Cilj treninga komunikacije u obitelji je prekinuti dosadašnje loše obrasce komunikacije, uvesti aktivno slušanje i izraze empatije te popraviti ravnotežu između izražavanja kritika i pohvala. Cilj je osvijestiti način na koji članovi obitelji međusobno razgovaraju i odati priznanje za stvari koje dobro čine. Kada se vještine uspješno usvoje, to će pomoći obitelji da bolje komunicira što će dovesti do smanjenja rizika za pogoršanje bolesti i smanjenja obiteljskog emocionalnog opterećenja bolešću člana obitelji. Rad s obitelji uključuje edukaciju o bolesti, poboljšanje komunikacije, rješavanje problema i postupanje sa stigmom. Cilj rada s obitelji je da se optimiziraju kapaciteti članova obitelji za potporu bolesnom članu, kao i za dobivanje pomoći za sebe kad im je ona potrebna. Rad s obitelji može se provoditi i individualno, u domu obitelji, i grupno bez prisutnosti pacijenata i s pacijentima.

8.4. Trening socijalnih vještina

Socijalne vještine su naučeni oblici ponašanja, to jest uvježbane sposobnosti. Socijalne vještine su skupine vještina potrebne ljudima kako bi bili što bolji u interakciji i komunikaciji s drugim ljudima. Trening socijalnih vještina (TSV) koristi se bihevioralnim tehnikama učenja radi postizanja vještina u

područjima kao što su briga o sebi, interpersonalni odnosi i zahtjevi društva. Ciljevi uključuju poboljšanje socijalne izvedbe, redukciju stresa i poteškoća u socijalnim situacijama, te poboljšanje u funkcioniranju u različitim socijalnim ulogama (obitelj, radna sredina, zajednica). Trening socijalnih vještina posebno je strukturiran u odnosu na potrebe osoba s mentalnim poremećajem, a koje su socijalno disfunkcionalne pa imaju niz poteškoća da ostvare samostalni život, počevši od osnovne brige o sebi do složenijih interakcija s ljudima i ispunjavanja različitih drugih uloga. Trening socijalnih vještina je aktivna i direktivna terapija koja pomaže u ostvarenju tjelesnih, emocionalnih, socijalnih, radnih, obiteljskih te intelektualnih vještina potrebnih za život, učenje i rad u zajednici kako bi se povećala samostalnost i kvaliteta života. Trening socijalnih vještina može se provoditi individualno, grupno i s članovima obitelji. Cilj ovakvog treninga je osposobljavanje osoba s mentalnim poremećajima za bolje snalaženje i funkcioniranje u svakodnevnim situacijama. Trening socijalnih vještina uključuje učenje specifičnih vještina koje nedostaju. Specifične situacije zahtijevaju specifične vještine, stoga se socijalne vještine mogu najlakše opisati preko opisa neke situacije, na primjer izražavanje pozitivnih ili negativnih osjećaja bez straha da će se izgubiti socijalna podrška. Socijalna vještina uključuje sposobnosti analize situacije i postojanja repertoara primjerenih odgovora. Socijalno vješta osoba kada planira interpersonalnu interakciju, analizira situaciju i zna kada, gdje i kako će strukturirati svoj odgovor. Ova kombinacija pažnje, analize i znanja naziva se socijalna percepcija.

Trening socijalnih vještina razvija socijalne vještine i samopouzdanje, poboljšava sposobnosti snalaženja u socijalnim situacijama, reducira socijalni stres i poboljšava kvalitetu života. Nedostatak socijalnih vještina kod oboljelih od mentalnih poremećaja, osobito kada su praćena ozbiljnim poteškoćama u funkcioniranju, povezan je s poteškoćama u funkcioniranju u različitim interpersonalnim komunikacijama uključujući i obitelj. Ove poteškoće utječu na sva životna područja kao što su samostalna briga o sebi, rad, obitelj, slobodno vrijeme i sudjelovanje u aktivnostima društvene zajednice.

Socijalne vještine povezane su s održavanjem zdravlja jer će socijalno vješta osoba moći komunicirati s okolinom tako da ostvari svoje potrebe, prava i želje i da na osobnom planu pridonese uspostavljanju uspješnijih odnosa i većem osobnom zadovoljstvu te samoaktualizaciji.

Neke od najčešćih socijalnih vještina koje se podučavaju u treningu socijalnih vještina koji se provodi u grupi su: samopredstavljanje, aktivno slušanje, empatija, asertivni trening, stvaranje prijateljstva, rješavanje problema, samokontrola, izražavanje osjećaja, zahvaljivanje, primanje i davanje

komplimentata, donošenje odluka, postavljanje ciljeva, postavljanje zahtjeva i razumijevanje razgovora. Poteškoće u socijalnim vještinama postoje kod osoba bez obzira na dijagnozu, na primjer kod osoba koje se liječe od depresije česte su poteškoće u asertivnosti, organizaciji slobodnog vremena koje donosi zadovoljstvo. Osobe sa shizofrenijom imaju lošu socijalnu percepciju. Dobra socijalna percepcija traži brzo uočavanje neverbalnih i verbalnih promjena sadržaja u komunikaciji. Osoba sa shizofrenijom možda će imati poteškoća s interpretacijom situacije jer treba registrirati i upamtiti različite informacije, integrirati ih s ranijim iskustvom i donijeti odluku kada stupiti u interakciju. Vještine za svakodnevni život uključuju sposobnosti za obavljanje svakodnevne rutine kao što je briga o vlastitoj higijeni, sigurnosti i stanu, plaćanju režija, kupnji, prehrani i slično.

Trening životnih vještina preporučit ćemo osobama sa slabom brigom o sebi, koje imaju poteškoća vezano za obavljanje svakodnevnih aktivnosti, nesamostalne su i ovisne o tuđoj pomoći. S obzirom na stupanj oštećenja funkcioniranja u brizi o sebi, trening životnih vještina obuhvaća sljedeća područja: samozbrinjavanje – briga o vanjskom izgledu, briga o redovitom uzimanju lijekova, osnovne vještine – razumijevanje pisanih uputa, snalaženje u telefonskom imeniku, briga za sigurnost u kući, kako pozvati hitnu medicinsku intervenciju, korištenje gradskog prijevoza, samostalno kuhanje i samostalan odlazak u trgovinu, samostalna briga o financijama, organizacija budžeta prema mogućnostima, adekvatno korištenje slobodnog vremena.

Cilj treninga socijalnih vještina je povećanje socijalne kompetencije koja se povećava prepoznavanjem relevantnih socijalnih znakova koji vode osobu u izboru prikladnog odgovora, ponašanja u nekoj socijalnoj situaciji, na primjer određivanja osoba koje će najvjerojatnije pozitivno reagirati ako joj pristupimo. Cilj treninga socijalnih vještina je i podizanje razine funkcioniranja u socijalnim situacijama kroz poznavanje načina izvođenja socijalno prihvatljivog/adekvatnog ponašanja i uvažavanje konteksta u kojem se očekuje naša reakcija, što je socijalna kompetencija. Trening socijalnih vještina preporučit ćemo osobama s dijagnozom mentalnog poremećaja koje imaju poteškoće u komunikaciji s drugim ljudima, poteškoće u funkcioniranju u različitim ulogama, socijalno su izolirane, što im otežava postizanje osobnih ciljeva koji pridonose oporavku i zadovoljavajućem socijalnom uključivanju u sredini u kojoj žive i pripadaju. Osnovni preduvjet uključivanja osobe u trening je sposobnost praćenja uputa i usmjeravanja pažnje i koncentracije na proces treninga. Trening socijalnih vještina počinje procjenom i analizom individualnih socijalnih vještina u različitim područjima funkcioniranja važnim u svakodnevnom funkcioniranju za život u zajednici. Trening se provodi sustavnim

vježbanjem specifičnog ponašanja važnog za uspjeh u socijalnim interakcijama. Na primjer, učenje vještine može se usredotočiti na prepoznavanje neverbalnih znakova komunikacije poboljšanjem specifičnog ponašanja koje se odnosi na glasnoću govora ili na primjer vještine započinjanja razgovora kod upoznavanja.

Cilj je da pacijent integrira nove vještine u svoje uobičajeno ponašanje, tako vještina postaje automatska i spontana. Vještine se uče kroz kombinaciju demonstracija terapeuta koji služi kao model za interakcije, videoprikaza, igranja uloga, pozitivnih i korektivnih povratnih informacija i domaćih zadaća koje se prakticiraju između dva sastanka u okružju u kojem osoba živi ili privremeno boravi (na primjer bolnica). Korištenje videosnimke može biti od velike pomoći za korektivnu povratnu informaciju jer pacijent može izravno opservirati svoje ponašanje i pratiti promjene u ponašanju.

Vježbanje vještine obavlja se individualno, najčešće u grupi u obliku igranja uloga. Vježbaju se one vještine koje su za određenog pacijenta važne u nizu socijalnih situacija, odnosno u njima ima poteškoća, na primjer početi razgovarati sa susjedom, uspostaviti pozitivan zahtjev. U igranju uloga uz terapeuta i osobe koja vježba vještinu sudjeluje koterapeut koji može biti i pacijent koji je dobar u vještini koja se podučava. Edukacija za socijalne vještine može se izvoditi pojedinačno, ali se obično izvodi u malim skupinama od šest do osam bolesnika. Veće grupe se ne preporučuju jer pacijenti tada nemaju adekvatnu priliku za vježbanje.

8.5. Koordinirano liječenje (case management)

Koordinirano liječenje je pristup liječenju osoba koje imaju dugotrajne poteškoće u funkcioniranju koje dovode do poteškoća u oporavku. Najčešće se radi o oboljelima od poremećaja poput shizofrenije, bipolarnog poremećaja, ali i drugih poremećaja koji se mogu uklopiti u definiciju teže psihičke bolesti kada nije postignuta remisija, osoba ima niz oštećenja u različitim područjima funkcioniranja i za svoj oporavak treba više različitih službi uz psihijatrijsku, kao što su to na primjer socijalne službe i službe zapošljavanja. Uključuje rad s pacijentima u njihovu domu, sveobuhvatnu procjenu zdravstvenih i socijalnih potreba, koordinaciju različitih usluga u sustavu službi za mentalno zdravlje i drugih potrebnih službi. Pacijentu se pomaže da postigne osobne ciljeve i da pronađe osobni put oporavka. Oslonac, ključna osoba u sustavu koordiniranog liječenja je koordinator programa liječenja – *case manager* koji preuzima odgovornost za dugotrajno održavanje suportivnoga terapijskog odnosa

neovisno o tome gdje se pacijent nalazi i koliko je različitih službi uključeno u njegovo liječenje. Funkcija koordinatora liječenja je da pomaže pacijentu da identificira i osigura unutarnje i vanjske resurse koji su mu potrebni za samostalan život u zajednici. Koordinator je uključen u sve aspekte pacijentove fizičke i socijalne okoline, uključujući stanovanje, psihijatrijsko liječenje, brigu o zdravlju, povlastice koje ima, prijevoz, obitelj i socijalnu okolinu.

Model koordinacije liječenja nastao je u Sjedinjenim Američkim Državama od 1960. do 1970., paralelno sa zatvaranjem velikih psihijatrijskih bolnica, kada se vidjelo da otpušteni pacijenti sami teško zadovoljavaju svoje potrebe, oklijevaju u traženju psihijatrijske pomoći, da su teže suradljivi i da teško održavaju kontinuitet u liječenju te da ne postoje razvijene službe u zajednici potrebne za liječenje.

Asertivno liječenje u zajednici (engl. *Assertive Community treatment – ACT*) razvijena je s ciljem liječenja teže suradljivih pacijenata s čestim hospitalizacijama, a označava intenzivno liječenje u kući bolesnika. Uključuje multidisciplinarni tim koji najčešće ima medicinsku sestru, radnog terapeuta, socijalnog radnika, psihologa i psihijatra s namjerom da provedu potrebne postupke liječenja izvan institucije u prirodnoj okolini pacijenta u njegovu domu ili u zajednici umjesto u uredu ili u bolnici. Uobičajen broj pacijenata u odnosu na koordinatora je jedan prema deset po članu tima. Ovaj model nudi trening vještina svakodnevnog života, kontrolu simptoma, liječenje lijekovima, terapijsku podršku, edukaciju obitelji, 24-satnu pokrivenost i mogućnost neograničenog trajanja liječenja. Tim ima punu odgovornost za liječenje pacijenata. U praksi postoji velika razlika u provođenju ovoga modela što može biti povezano s financijskim restrikcijama, problemima organizacije, poteškoćama kliničara da rade u zajednici ili nekim drugim čimbenicima. Asertivni *case management* koristi se u različitim modifikacijama, pa je tako jedna njegova modifikacija nizozemski model fleksibilnoga mobilnoga tima.

Učinkovitost koordiniranog liječenja potvrđena je u različitim istraživanjima. Najviše je istraživanja o učinkovitosti asertivnog modela. Koordinirano liječenje znatno smanjuje broj dana provedenih u bolnici i povećava kvalitetu. Uspješnost asertivnog modela povezuje se s odnosom koordinator liječenja – pacijent, kontinuitetom brige, suradljivošću u uzimanju lijekova, dobrim multidisciplinarnim timom i psihijatrom koji je uključen u tim i primjenjuje psihobiosocijalni model bolesti i liječenja.

Nijedno područje ili specifična profesija nije identificirana kao najbolja u ulozi koordinatora liječenja. Koordinirano liječenje nije profesija nego područje specijalizirane prakse unutar profesije. Stoga koordinatori liječenja

mogu biti različiti stručnjaci koji rade u mentalnom zdravlju, a najčešće su to medicinske sestre, socijalni radnici, psiholozi ili radni terapeuti.

Broj pacijenata na jednog koordinatora određen je intenzitetom potrebne brige i organizacijom rada službe za mentalno zdravlje. Tako se na primjer u modelu *Assertive Outreach Team* u Engleskoj za teško suradljive pacijente kod kojih se liječenje provodi na terenu preporučuje maksimalno petnaest pacijenata na jednog koordinatora slučaja – *case managera*. Kada *case manager* ima znatno veći broj pacijenata od preporučenog, istraživanja pokazuju da dolazi do negativnih reakcija koordinatora, što može štetno djelovati na pacijente.

8.6. Zapošljavanje uz podršku

Zapošljavanje uz podršku (ZP) je praksa temeljena na dokazima namijenjena promicanju zapošljavanja za osobe s ozbiljnim mentalnim bolestima (SMI). Zapošljavanje uz podršku je psihosocijalna metoda prilagođena osobama s ozbiljnim mentalnim bolestima. Naglašava suradnju između službi za zapošljavanje i mentalno zdravlje, brzi pronalazak radnog mjesta, individualizirani pristup i mogućnost stalne potpore tijekom rada. U ovom pristupu stručnjaci za zapošljavanje s podrškom su dio pacijentova tima za liječenje. Cilj potpomognutog zapošljavanja je pomoći osobi sa SMI-jem u postizanju tržišnog zaposlenja u zajednici. U usporedbi s tradicionalnijim pristupima radnoj rehabilitaciji (na primjer, modeli klupskih kuća, prijelazno zaposlenje), ovdje se radi o zapošljavanju u konkretnim radnim sredinama.

Temeljna načela individualnog modela zapošljavanja i potpore (engl. *IPS*) uključuju brzo traženje posla, integraciju s uslugama mentalnog zdravlja i kontinuirano pružanje podrške u radu.

8.7. Upravljanje stresom

Upravljanje stresom uključuje širok spektar tehnika usmjerenih na kontrolu razine stresa, posebno kroničnog stresa s ciljem poboljšanja svakodnevnog funkcioniranja. Postupci upravljanja stresom uključuju: bolje planiranje, na primjer bolju organizaciju, planiranje vremena, rješavanje sukoba, rješavanje problema, zauzimanje za sebe – asertivno ponašanje i drugo. Također uključuje vježbe disanja, progresivnu mišićnu relaksaciju, autogeni trening, meditaciju i tjelesnu aktivnost odnosno zdrave životne stilove koji uz tjelesnu aktivnost i zdravu prehranu uključuju aktivni odmor.

8.8. Kognitivna remedijacija za oboljele od shizofrenije

Kognitivne funkcije kao što su izvršne funkcije, učenje i pamćenje, brzi obrade podataka i održavanje pažnje često su oslabljeni i uzrokuju funkcionalna oštećenja kod oboljelih od shizofrenije koja nepovoljno utječu na funkcioniranje u ulogama kao što je na primjer posao. Kognitivna remedijacija (CR) ili postupci kognitivne rehabilitacije osmišljeni su kako bi se poboljšale kognitivne funkcije kroz ponavljanje kognitivnih zadataka. CR intervencije obično su vremenski ograničene. Mogu se provoditi pojedinačno ili grupno. Mogu uključivati vježbe na računalu i/ili vježbe zadataka na papiru. Istraživanja potvrđuju učinkovitost ove metode, međutim još uvijek nije jasno koliko traje kognitivno poboljšanje.

8.9. Terapijska zajednica

Terapijska zajednica je metoda grupne terapije i terapije koja se služi socioterapijskom i psihoterapijskom tehnikom rada u grupi u liječenju oboljelih od različitih psihičkih poremećaja. Terapijsku zajednicu čine male kohezivne zajednice u kojima svi članovi sudjeluju u donošenju odluka i u svakodnevnim aktivnostima vezanim uz njezino funkcioniranje. Može se koristiti na bolničkim odjelima, u dnevnim centrima, dnevnim bolnicama, stambenim zajednicama odnosno u sredinama gdje se pacijenti i osoblje nalaze u formalnoj i neformalnoj interakciji. Terapijska zajednica utemeljena je na ideji kolektivne odgovornosti, pripadnosti grupi i osnaženju uz poticanje osobne odgovornosti i izbjegavanje razvijanja osjećaja ovisnosti o stručnom osoblju. Izjednačenu hijerarhiju i zajedničko donošenje odluka ne treba zamijeniti s anarhijom. Dapače, osoblje u terapijskoj zajednici razumije važnost strukture i odgovornosti u pružanju sigurnog okvira kako bi se mogao provoditi terapijski rad. Iako je glas svih članova zajednice važan u donošenju odluka, ne smije se zaboraviti realitet i jasnoća o granicama što je vezano uz demokratsko donošenje odluka i odgovornost osoblja kako bi se osigurao siguran okvir za terapijski rad.

Maxwella Jonesa smatra se „ocem terapijske zajednice“, koji je razvio metodu rada u grupi koja se može primjenjivati u liječenju osoba oboljelih od niza psihijatrijskih poremećaja, primarno koristeći načela socijalnog učenja. Jedno od osnovnih načela terapijske zajednice je kultura istraživanja, a odnosi se na poticanje svih članova na propitivanje i interes o samom sebi, drugim članovima, osoblju, strukturi vođenja, psihološkim procesima, grupnom

procesu te odnosima unutar zajednice. Ovo načelo podrazumijeva otvoreno postavljanje pitanja kako bi svi, a ne samo osoblje bili uključeni u proces psihološkog razumijevanja. Simptomi bolesti ili poremećaji ponašanja u terapijskoj zajednici promatraju se kao problemi pojedinca u njegovim odnosima s drugim ljudima. Terapija je proces učenja, usvajanje novih vještina o tome kako se povezati s drugim osobama, kako bolje razumjeti sebe i druge te se na primjereniji način nositi sa stresom.

Rapoport je izdvojio četiri međusobno povezana definirajuća načela za rad terapijske zajednice su:

13. Demokratizacija: svaki član zajednice i osoblja ima jednake mogućnosti sudjelovanja u organizaciji terapijske zajednice.
14. Permisivnost: članovi mogu slobodno izražavati svoje misli i osjećaje bez negativnih posljedica (u smislu kazne ili cenzure).
15. Zajedništvo: direktna komunikacija i slobodna interakcija u stvaranju osjećanja dijeljenja i pripadanja.
16. Sučeljavanje s realnošću: članove se može i mora stalno sučeljavati s vlastitom slikom (i njihovim posljedičnim učinkom), kako ih percipiraju drugi članovi zajednice i osoblja.

Permisivnost je obično ograničena na verbalno iznošenje osjećaja, no potrebno je voditi računa da pri tome drugi članovi zajednice ne budu emocionalno povrijeđeni te da se ne zanemare njihovi osjećaji.

Mnogi pacijenti koji se liječe u terapijskim zajednicama su tijekom procesa „primarnog emocionalnog razvoja“ imali ozbiljne poteškoće, bili izloženi zlostavljanju, traumatizaciji, zanemarivanju, deprivaciji i gubicima što je kod njih dovelo do poremećenog razvoja interpersonalnih odnosa. U terapijskoj se zajednici ponovno oživljavaju ovi procesi čime se može potaknuti „sekundarni emocionalni razvoj“, pružajući mogućnost ponovnog proživljavanja, korektivnoga emocionalnog iskustva i prorade s ciljem boljeg uvida i osnaženja.

Teorija privrženosti pomaže u razumijevanju pacijenata koji imaju problema s temeljnim povjerenjem što među ostalim dovodi do toga da na nekonstruktivan način iskazuju svoje osjećaje frustriranosti. Siguran okvir i struktura terapijske zajednice mogu takvim pacijentima pružiti okruženje za bolje upoznavanje sebe i pronalaženje konstruktivnijih načina za nošenje s emocionalnim problemima. Specifičnost terapijske zajednice je omogućavanje terapijske promjene putem „učenja kroz život“: sve što se događa između članova zajednice tijekom zajedničkog života, osobito kada se javljaju krize, koristi se kao prilika za učenje, kao i kultura istraživanja – svjesno se identificiraju i

propituju dogmatske tvrdnje ili prihvaćena mišljenja. Središnji događaj terapijske zajednice je sastanak terapijske zajednice čiji je cilj podijeliti što više informacija u velikoj grupi kako bi one bile svima dostupne. Sastanci terapijske zajednice važni su u uspostavljanju otvorene komunikacije u kojima pojedinci mogu provjeriti realitet određenih situacija i događaja, kako bi se umanjila sumnjičavost, a potaknulo izražavanje osjećaja. U slučaju kriznih situacija sastanci se mogu održati bilo kada mimo predviđenog rasporeda. Otvorena komunikacija i promišljanje o osjećajima, umjesto impulzivnog djelovanja, pomažu u osnaženju superega i boljoj kontroli impulsa. Dakle, terapijska zajednica pruža širok raspon različitih situacija koje nalikuju na životne situacije u kojima se poteškoće koje je član zajednice iskusio u svojim ranijim odnosima ponovno proživljavaju, s mogućnosti da se u malim grupama i na sastancima terapijske zajednice te poteškoće prouče kako bi se iz njih učili i usvajali novi modeli ponašanja. Da bi terapijska zajednica djelovala kao terapijska metoda, dijelovi koji je sačinjavaju moraju međusobno dobro funkcionirati. Terapijska zajednica kao terapijska sredina koja uključuje terapijske sastanke, psihoterapijske i suportivne grupe, strukturirani dnevni raspored, međusobne interakcije članova, jasna pravila i granice omogućuje stvaranje snažne privrženosti koja pomaže u prevladavanju visoke razine agresivnosti i promjeni disfunkcionalnog ponašanja uz istovremeno zadržavanje stupnja neovisnosti. Budući da bez adekvatne psihosocijalne terapije pacijenti postaju učestali korisnici zdravstvenih službi, terapijske zajednice imaju važnu ulogu u organizaciji terapijske sredine različitih službi za mentalno zdravlje.

ZAKLJUČAK

Rehabilitacija je terapijski proces poticanja i izgradnje vještina za svakodnevni život i rad. Primjenjuje se kod osoba koje pokazuju poteškoće u funkcioniranju na temelju individualnog plana rehabilitacije koji uključuje izbor različitih psihosocijalnih metoda.

Psihosocijalne metode liječenja uključuju različite psihosocijalne postupke s namjerom povećanja vještina oboljelih osoba za svakodnevni život i rad s ciljem osnaživanja i poticanja oporavka od psihičke bolesti, kao i osiguravanje podrške za aktivnosti koje osobe ne mogu samostalno provoditi.

Literatura

1. Anthony WA. Principles of psychiatric rehabilitation. Baltimore: University Park Press; 1979.
2. Association of Therapeutic Communities: the need for an NHS policy on developing the role of therapeutic communities in the treatment of “personality disorder”. London: ATC; 1999.
3. Bachrach L. Case management revised. *Hosp Community Psychiatry*. 1992;43:209-10.
4. Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. Social skills training for schizophrenia: a step-by-step guide. New York: Guilford Press; 1997.
5. Birchwood M, Spencer E, McGovern D. Schizophrenia: early warning signs. *Adv Psychiatr Treat*. 2000;6(2):93–101.
6. Bond GR, McGrew JH, Fekete DM. Assertive outreach for frequent users of psychiatric hospitals: a meta-analysis. *J Ment Health Adm*. 1995;22(1):4-16.
7. Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rössler W. Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatr Serv*. 2001 May;52(5):631-6.
8. Bustillo JR, Lauriello J, Horan PW, Keith SJ. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am J Psychiatry*. 2001 Feb;158(2):163-75.
9. Campling P. Therapeutic communities. *Adv Psychiatr Treatment*. 2001;7(5):365 – 72.
10. Falloon IRH. Rehab rounds: optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. *Psychiatr Serv*. 1999 May;50(5):615-8.
11. Falloon IRH. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*. 2003 Feb;2(1):20-8.
12. Falloon IR, Marshall GN, Boyd JL, Razani J, Wood-Siverio C. Relapse in schizophrenia: a review of the concept and its definitions. *Psychol Med*. 1983 Aug;13(3):469-77.
13. Hooley JM. Expressed emotion and depression: interactions between patients and high- versus low-expressed-emotion spouses. *J Abnorm Psychol*. 1986 Aug;95(3):237-46.
14. Intagliata J. Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. *Schizophr Bull*. 1982;8(4):655-74.
15. Jones M. Beyond the therapeutic community: social learning and social psychiatry. New Haven: Yale University Press; 1968.
16. Jones M. Social psychiatry in practice. Harmondsworth: Penguin; 1968.
17. Jones M. The process of change. Boston: Routledge and Kegan Paul; 1982.
18. Kanter J. Clinical case management: definition, principles, components. *Hosp Community Psychiatry*. 1989 Apr;40(4):361-8.
19. Kennard D. The therapeutic community as an adaptable treatment modality across different settings. *Psychiatr Q*. 2004;75(3):295-307.

20. Killaspy H, Harden C, Holloway F, King M. What do mental health rehabilitation services do and what are they for? A national survey in England. 2005;14(2):157-65.
21. Kopelowicz A, Corrigan PW, Wallace CJ, Liberman RP. Biopsychosocial rehabilitation. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA, editors. *Psychiatry*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1997. p. 1513-1534.
22. Kuipers E, Leff J, Lam D. *Family work for schizophrenia: a practical guide*. 2nd ed. London: The Royal College of Psychiatrists; 2002.
23. Lam DH. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychol Med*. 1991 May;21(2):423-41.
24. Lehman AF, Steinwachs DM. Evidence-based psychosocial treatment practices in schizophrenia: lessons from the patient outcomes research team (PORT) project. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2003;31(1):141-54.
25. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Eckman TA, Vaccaro JV, Kuehnel TG. Innovations in skills training for the seriously mentally ill: the UCLA social and independent living skills modules. *Innovations and Research*. 1993;2:43-60.
26. McFarlane WR. *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: Guilford Press; 2002.
27. Muijen M, Marks I, Connolly J, Audini B. Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *BMJ*. 1992 Mar 21;304(6829):749-54.
28. Mueser KT, Bond GR. Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2000;13:27-35.
29. Štrkalj-Ivezić S i sur. *Rehabilitacija u psihijatriji. Psihobiosocijalni pristup*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Udruga "Svitanje"; 2010.

8.10. SUPORTIVNA PSIHOTERAPIJA

Dolores Britvić
Davor Lasić

Desetljećima je suportivna psihoterapija bila zanemarena i smatrana „Pepeljugom psihoterapije“, no posljednjih godina ponovno se vraća na scenu i o njoj se sve više govori. Razlozi za to ponajprije su široke mogućnosti njezine primjene, često kraće trajanje i manji troškovi. Suportivna psihoterapija daje mogućnost tretmana širokog spektra psihijatrijskih poremećaja, primjenjuje se kod osoba s težim i ozbiljnim psihijatrijskim poremećajima (psihotičnim poremećajima) za koje je ona terapija izbora, kod poremećaja raspoloženja, anksioznih poremećaja, kao i kod prolaznih ili kriznih stanja i psihičkih smetnji oboljelih od tjelesnih oboljenja. Psihoanalitičke psihoterapije zahtijevaju puno vremena, relativnu očuvanost psihičkog zdravlja, veliki angažman psihoterapeuta i pacijenta, što ih često čini nedostupnim većem broju korisnika.

Upravo zbog mogućnosti široke primjene, edukacija o suportivnoj psihoterapiji danas ulazi u programe edukacije psihijatarata, ali i stručnjaka drugih profila koji se bave zaštitom mentalnog zdravlja.

8.10.1 Definicija

Mnogo je definicija ove terapijske tehnike. Prema Knightu, suportivna terapija je površna terapijska tehnika koja primjenjuje tehnike uvjeravanje, sugestiju, savjetovanje, edukacije za bolesnike koji imaju krhki self. Definicija suportivne psihoterapije, prema rječniku, znači tip psihoterapije kojoj je cilj reducirati konflikt i ojačati pacijentove obrane primjenom različitih tehnika kao što su uvjeravanje, sugestija, savjetovanje i ponovna edukacija. Prema Pinkseru i Rosenthalu, to je tehnika u kojoj dijadni odnos ima namjeru umanjiti simptome, pojačati, održati i poboljšati samopoštovanje, adaptivne vještine i psihološke funkcije. To je terapija u kojoj terapeut igra općenito aktivniju i direktivniju ulogu pomažući pacijentu da poboljša svoje socijalno funkcioniranje i vještine suočavanja. Cilj je unaprijediti ponašanja i subjektivno osjećanje prije negoli postići uvid i vlastito razumijevanje.

Razlika između suportivne terapije i ostalih terapija

Od nekoliko stotina drugih psihoterapijskih tehnika suportivnu terapiju razlikuje to što nema jedinstveni teorijski koncept koji počiva u pozadini već se koristi različitim empirijskim potvrđenim tehnikama.

Suportivna terapija je praktična i „na zemlji“, usmjerena na rješavanje svakodnevnih, ali važnih problema i poteškoća iz života naših pacijenata. U njoj je terapeut daleko aktivniji, postavlja pitanja, sugerira, daje primjedbe, hvali, vodi itd. Dobar suportivni terapeut vjeruje i demonstrira zdrav razum i uzajamnu pristojnost.

Iako ovako opisana izgleda površna i manje zahtjevna od analitičkih terapija, suportivna terapija iziskuje dobro poznavanje teorijskog i praktičnog okvira. Zahtijeva dobro razrađenu psihodinamsku formulaciju o bolesniku, kao i jako dobro poznavanje različitih tehnika i njihove primjene, zbog čega se navodi da je vjerojatno i teže dobro primjenjiva.

Osnovne razlike između suportivne i uvidu orijentiranih psihoterapijskih tehnika nisu u njihovoj teorijskoj podlozi i teorijskom razumijevanju već u ciljevima, terapijskim strategijama i taktikama. Dobro provođenje suportivne terapije mora biti utemeljeno na dobrom poznavanju i razumijevanju psihodinamskih i psihoanalitičkih teorija i terapija. Pri tome ne smijemo izgubiti iz vida da u svakoj analitički orijentiranoj terapiji ima elemenata suportivne terapije kao što i u suportivnoj terapiji ima elemenata uvidu usmjerenih tehnika. Svaka psihoterapija u sebi sadrži mješavinu i suportivnih i eksplorativnih intervencija, a koja će tehnika prevladati ovisi o razini organizacije psihičkog aparata pacijenta, motivaciji, kapacitetu za uvid, ego snagama i slabosti, razini anksioznosti, regresije i dezorganizacije.

Suportivna psihoterapija je eklektična psihoterapija koja nije teorijskom bazom snažno povezana ni uz jednu terapijsku školu, a iz svake od njih služi se tehnikama koje su u tom trenutku pacijentu potrebne. Služi se tehnikama poteklim iz psihodinamske, kognitivne, bihevioralne, interpersonalne i/ili iskustvene psihoterapije.

Negativni stavovi u odnosu na suportivnu terapiju dolaze iz vjerovanja da se ona primjenjuje za pacijente koji ne mogu imati koristi ili si ne mogu priuštiti zahtjevnije, dugotrajnije terapije, te kod teških duševnih bolesnika. Ovakva vjerovanja dolaze iz nepoznavanja osnova suportivne psihoterapije koje se može primjenjivati i kod visoko funkcionalnih osoba koje se nalaze u kriznim situacijama ili imaju problema prilagodbe na tjelesno oboljenje i sl.

8.10.2. Vrste suportivne psihoterapije

Prema omjeru zastupljenosti pojedinih tehnika, suportivne terapije mogu se protezati od suportivnog odnosa; savjetovanja; suportivne psihoterapije; suportivno-ekspresivne psihoterapije; ekspresivno-suportivne i psihoanalitičke psihoterapije. Suportivan odnos je odnos podržavanja i optimizma koji stvaramo s članovima obitelji, kolegama, prijateljima i nikako nije terapija. Suportivnoj terapiji je cilj umanjjenje simptoma, unaprjeđenje, povratak i poboljšanje samopoštovanja, ego funkcija i adaptivnih mehanizama ega.

Povijesni prikaz

Elementi i tehnike suportivne psihoterapije obrađivane su još od antičkog vremena u djelima grčkih filozofa koji opisuju savjetovanje i podršku u krizi, ali i druge tehnike koje se primjenjuju kod duševno oboljelih. Veliku ulogu u razvoju suportivnog stava prema pacijentima odigrao je Pinel, francuski psihijatar koji je u 18. stoljeću ukinuo okove u psihijatrijskim ustanovama. Ovaj razvoj nastavio se u radu Benjamina Rusha, osnivača suvremene američke psihijatrije koji je uz biološke tretmane naglašavao važnost savjetovanja i edukacije bolesnika. Potkraj 19. i početkom 20. stoljeća u terapiju se uvode sugestija i hipnoza, a Alexander i French naglašavaju važnost korektivnog emocionalnog iskustva, kojim su utrli put razvoju kasnijih bihevioralnih terapija i kratke fokusirane psihoterapije. U svojem radu pedesetih godina prošlog stoljeća Gill je ukazao na činjenicu da kod nekih pacijenata zbog interpretacija obrana može nastupiti neželjeni regres i anksioznost. Stoga se za ove pacijente preporučuje podrška u ponašanju usmjerena na jačanje adaptivnih obrana. Sličan pristup zagovarao je Hartman, rodonačelnik ego psihologije.

Ciljevi

Osnovni ciljevi suportivne psihoterapije su: promovirati podržavajući odnos između terapeuta i pacijenta; pojačati pacijentove unutarnje snage, vještine suočavanja i sposobnost korištenja podrške okoline; reducirati subjektivni stres i disfunkcionalna ponašanja; dostignuti najviši stupanj pacijentove neovisnosti o utjecaju bolesti na njegovo funkcioniranje i maksimalnu autonomiju o odlukama tijekom tretmana. Rjeđi ciljevi su postići uvid i samorazumijevanje, istražiti interpersonalna iskustva, istražiti i razumjeti unutarnja psihološka iskustva, riješiti unutarnje intrapsihičke konflikte, restrukturirati osobnost.

Najvažniji cilj suportivnog psihoterapeuta je pojačanje i održavanje pozitivne terapijske alijanse, saveza s pacijentom tijekom cijele psihoterapije. Ova

vrsta odnosa nalik je na odnos između dobrog roditelja i djeteta, što ne znači da terapeut treba voljeti pacijenta, u svemu se s njim slagati ili mu odobravati sva njegova razmišljanja, osjećaje, vjerovanja i ponašanja

Ciljevi se prilagođavaju ovisno o vrsti problema s kojima se susreće pacijent i fazi terapije. Primjeri navedenih ciljeva su: razrješenje akutne stresne ili krizne situacije (žalovanje, pokušaji suicida, krize povezane s tjelesnim bolestima), suradljivost u farmakoterapiji, ali i drugim modalitetima liječenja, umanjene neprimjerenih ponašanja, unaprjeđenje socijalnih vještina, unaprjeđenje vještina svladavanja konflikta, prevencija relapsa i hospitalizacije, unaprjeđenje testiranja realiteta, maksimiziranje obiteljske i društvene potpore itd. Također važan cilj je postizanje osjećaja autentičnosti i jedinstvenosti kod pacijenta.

8.10.3. Kome je suportivna terapija namijenjena?

Supportivna psihoterapija namijenjena je vrlo širokom rasponu pacijenata. Veliku korist od ispravno primijenjene suportivne psihoterapije imaju oboljeli od psihotičnih poremećaja (shizofrenije, shizoidnog poremećaja, perzistentnog sumanutog poremećaja), od poremećaja raspoloženja (depresije, bipolarnog afektivnog poremećaja), oni s poremećajima ličnosti, anksioznim poremećajima, do osoba s poremećajima vezanim uz stres i krizne situacije.

8.10.4. Provođenje suportivne psihoterapije

Tijekom provođenja suportivne psihoterapije važno je da terapeut rasvijetli psihodinamski organizaciju ličnosti pacijenta, ego funkcije i snage, mehanizme obrane, super ego, razinu konflikta, kvalitetu objektnih odnosa te postaviti ciljeve.

Pri tome treba imati u vidu koji su ciljevi suportivne terapije za pojedinog pacijenta i kojim tehnikama se planira postići te ciljeve. Također je važno da za vrijeme terapije terapeut bude svjestan obilježja transfera i kontratransfera kako bi razumio osobitosti pacijenta no koristi ih tek ako je to nužno.

Kao što je spomenuto, od velike važnosti je pozitivan terapijski savez u kojem terapeut igra ulogu dobrog roditelja. Ta vrsta odnosa otkriva regresivne značajke psihijatrijskih bolesnika koji se često u svojem razmišljanju i osjećanju ponašaju prije kao djeca negoli kao odrasli. Stoga se suportivna terapija pokazala učinkovitom upravo u unaprjeđenju testiranja realiteta, rješavanja problema, modulacije afekta, kontrole impulsa i u unaprjeđenju

interpersonalnih relacija pri čemu terapeut zauzima ulogu roditelja u odnosu s pacijentom.

Temeljne strategije za provođenje suportivne psihoterapije, prema Mish, su:

1. Stvaranje psihodinamske formulacije
2. Biti dobar roditelj – odnos o kojem je već bilo govora, igra važnu ulogu u suportivnoj psihoterapiji. Terapeut treba biti prijateljski, roditeljski, fleksibilan, kreativan, ali iznad svega human. Pacijenta treba poštivati kao osobu koja se bori sa životnim poteškoćama, kao i svaka druga zdrava ili bolesna osoba. Odnos terapeuta i bolesnika treba biti ispunjen empatijom, suosjećanjem i privrženosti.
3. Voditi računa o transferu koji treba prepoznati, ali ne analizirati. Treba upotrebljavati pozitivne aspekte transfera radi jačanja terapijskog saveza i preuzimanja zrelijih obrazaca ponašanja pacijenta. Negativne aspekte transfera ne bi trebalo analizirati ni povezivati s prošlosti već ih pokušati umanjiti i neutralizirati, povezujući ih s realnim događajima iz vanjskog svijeta koji su potaknuli njihov nastanak. Na primjer, pri ljutnji bolesnika zbog našeg kašnjenja na terapiju ispričati se s objašnjenjem o razlogu zakašnjenja.
4. Pojačati i zaštititi terapijski savez neobično je važno tijekom suportivne psihoterapije. Tako je preporuka surađivati sa zdravim dijelovima ličnosti pacijenta da bi se dostignuli ciljevi koje su pacijent i terapeut postavili. Pacijentu treba pomoći u razvoju opservirajućeg ega, odnosno dijela ličnosti kojim je pacijent u stanju zauzeti distancu u odnosu na sebe i svoje postupke. Opservirajući ego omogućuje drugu i drugačiju perspektivu u odnosu na sebe, te promatranje sebe kako ga vide članovi obitelji ili prijatelji.
5. Dati mogućnost pacijentu da otvoreno iznosi svoje osjećaje, strahove, simptome i sadržavati ih uz empatiju i razumijevanje. Također načelo sadržavanja podrazumijeva rad na umanjenju pacijentove impulzivnosti i poboljšanju afektivne modulacije. Katkad sadržavanje znači i potrebu da se bolesnika zaštiti od njegove suicidalnosti ili homicidalnosti, uvođenjem psihofarmakoterapije, pozivom i obavještanjem rodbine, kolega, socijalne i zdravstvene službe, a katkad i hospitalizaciju. Međutim, potrebno je i zaštititi autonomiju bolesnika kad god je to moguće te mu omogućiti ponovno preuzimanje kontrole nad vlastitim životom čim se za to stvore uvjeti.
6. Ponekad pacijentu treba „posuditi psihičku strukturu“, odnosno ponuditi se kao dobar model psihičkog zdravlja. Ovo je posebno slučaj kad

pacijent ima poteškoće s testiranjem realiteta, poteškoće s kontrolom impulsa i modulacijom afekta. Od pomoći može biti u uvjetima analize i rješavanja problema te nekim aspektima unaprjeđenja emocionalne inteligencije kao što su poboljšanje empatija i socijalnih vještina.

7. Podržavati i maksimizirati strategije suočavanja i adaptivne obrambene mehanizme. Ovi mehanizmi podrazumijevaju intelektualizaciju, racionalizaciju, humor, anticipaciju, altruizam, sublimaciju. Za razliku od njih maladaptivni obrambeni mehanizmi su oni nezreli, kao na primjer projekcija i projektivna identifikacija, negacija, rascjep i *acting out*. Primjer korisnih strategija su izlazak s prijateljima, šetnja, korištenje relaksacijskih tehnika, razgovor s terapeutom. Koristan aspekt suportivne psihoterapije je jačanje i unaprjeđenja tehnika nošenja sa stresom, kao na primjer učenje tehnika „*mindfulnessa*“, interpersonalne učinkovitosti, vještina tolerancije stresa“.
8. Biti model za identifikaciju pacijenta što ne znači nuditi detalje iz svojega osobnog života već biti model za usvajanje zrelijih obrazaca ponašanja. Ovo je posebno važno kod osoba s problemima testiranja realiteta, kontrole impulsa, modulacije afekta, interpersonalnih interakcija i rješavanja problema. Cilj nije prikazati se savršenim već pokazati model kako terapeut izlazi na kraj s bijesom, konfuzijom, pogreškama, razočaranjem itd.
9. Umanjiti aleksitimiju znači omogućiti pacijentu da iskusi osjećaje, pomoći mu da imenuje i prepozna osjećaje. Nemogućnost imenovanja osjećaja riječima (aleksitimija) je velik problem jer takvi pacijenti ne mogu povezati svoje osjećaje sa zbivanjima u svojoj okolini, s događajima, sa svojim ponašanjem i s ponašanjem drugih. Nemogućnost da imenuje osjećaje povezana je i s nemogućnosti da ih iskusi i podijeli s drugima. Neki pacijenti imaju koristi od pisanja liste osjećaja, drugi ih detektiraju koristeći tjelesne senzacije koje se pojavljuju uz pojedini afekt, neki kroz metafore kojima opisuju svoje stanje.
10. Povezati svoje misli i osjećaje također je važno načelo suportivne psihoterapije. Povezati osjećaje i misli s događajima čest je problem za pacijente sa psihičkim problemima. Mnogi pacijenti, koji su ozbiljnije oštećeni, ne mogu povezati događaj ili situaciju u stvarnom svijetu s njihovim mislima i osjećajima. Često im se čini da osjećaji dolaze ni od kuda, zbog toga se osjećaju afektivno bespomoćni i izvan kontrole. Učenje bolesnika o povezivanju osjećaja s događajima na primjerima iz svakodnevnog života pomaže bolesnicima da prepoznaju izvor

štetnih osjećaja i otvaraju mogućnost korisnih intervencija. (Tako mu na primjer možemo pomoći da shvati da je tužan jer je očekivani izlazak s prijateljima izostao ili je čuo da je prijatelj teško bolestan.) Ovo načelo sadržano u kognitivnoj terapiji pacijentu može pomoći da koristeći osnove kognitivne tehnike identificira automatske misli i temeljna uvjerenja koja dovode do neugodnih utjecaja. Time se često pomaže pacijentima da dobiju veći osjećaj kontrole.

Kod osoba s poremećajem osobnosti pa i drugim osobama s teškim psihološkim poremećajima često nedostaje svijest o povezanosti između njihova ponašanja i načina na koji drugi odgovaraju na njih. U takvim slučajevima terapeut bi mogao reći, na primjer: „Možda je toliko ljudi ljuto na vas jer ih ovakvim svojim ponašanjem na neki način izazivate.“ Ovakve intervencije trebaju biti osjetljive, suosjećajne i taktične. Time se postiže promjena kontrole od vanjskog prema unutaršnjem, pojačan osjećaj osobne odgovornosti i olakšanje sa svijesti kako ga svijet doživljava.

11. Pojačati samopoštovanje potičući zapošljavanje, normalizirajući misli, osjećaje i ponašanje.
12. Smanjiti bespomoćnost koja se često pojavljuje kod psihički bolesnih osoba može se postići primjenom kognitivno-bihevioralne terapijske tehnike. Pomoću njih pacijentu se može proširiti prostor nalaženja rješenja, ukazati na više opcija i povećati nada za budućnost. Tu od velike koristi mogu biti rasprava o negativnim kognitivnim distorzijama kao i osnaženja novog načina razmišljanja. Važna tehnika je „reframinga“ kojom se daje novi okvir i cilj u ponašanju. Borba pacijenta s roditeljima pretvara se u borbu za autonomiju i preuzimanje odgovornosti i kontrole nad svojim životom. Tome se mogu pridodati neke aktivnosti koje terapeut preuzima da bi postigao promjene u vanjskoj sredini, na primjer pomoć pacijentu da dobije invalidninu, mirovinu ili pronađe posao. Sve to pridonosi pozitivnom i optimističnijem pogledu na budućnost.
13. Postaviti fokus na ovdje i sada. Pri tome se misli fokusiranje na sadašnje stanje pacijenta, kako se on osjeća, kako komunicira s članovima obitelji i prijateljima, kako funkcionira na radnom mjestu. Ima li realne probleme u životu (financijske, zdravstvene)? Kako podnosi farmakoterapiju? Ima li nuspojave? Koristeći navedena pitanja doznaje koji aspekti života pacijenta trebaju biti u fokusu suportivne psihoterapije. Pri tome je važno detektirati hijerarhiju primarnih ciljeva ili hijerarhiju

tematskog prioriteta tijekom terapijskog rada. Prioritet imaju prijetnje tjelesnoj sigurnosti pacijenta ili drugih, samoubilačke ili ubilačke misli. Potom važno je detektirati sva ponašanja koja su zapreka odvijanju terapije kao na primjer nepridržavanje liječenja, prekid terapijskog saveza i/ili negativne transferne reakcije. Ciljevi rada na problemima ovdje i sada mogu biti unaprjeđenje odnosa s drugima, poboljšanje testiranja realiteta, promjene nekih negativnih stavova i brojni drugi.

14. Potaknuti pacijentovu aktivnost. Iako se tijekom terapije potiče rasprava, promjena u stavovima, prihvaćanje novih načina razmišljanja, ključan korak je potaknuti pacijenta na aktivnost. Važno je postaviti dostižne i operacionalizirane ciljeve čije ostvarenje značajno pridonosi osjećaju vlastite važnosti i porasta samopouzdanja i samopoštovanja. Suportivni terapeut tako može pomoći pacijentu na svakom koraku potrebnom da dobije posao; u odabiru posla, izboru odjeće, pisanju životopisa itd. Time se veliki cilj razbija u više manjih, lako dostižnih. Pri tome je važno da kao dobar roditelj procijeni pacijentovo trenutačno psihološko stanje, razmatrajući kada bi se trebao upustiti u novi izazov i teški zadatak. Bihevioralni pristupi – probe ponašanja, igranje uloga, opuštanje, stupnjevana izloženost, vizualizacija i slike i tako dalje – često su najkorisniji pacijentu da postigne svoje ciljeve. Pri poticanju pacijenta da bude aktivan i da eksperimentira s novim načinima razmišljanja, osjećaja ili ponašanja, ključno je strpljenje („Sve u svoje vrijeme i mjesto“ ili „Rim nije izgrađen za jedan dan“), upornost („Pobjednici nikad ne odustaju i nikada ne pobjeđuju“) i vježba („Praksa čini savršenu“). Pri tome mu je potrebna stalna podrška i pomoć.
15. Educirati pacijenta i njegovu obitelj. U svakoj psihoterapiji ima elemenata edukacije, a u suportivnoj psihoterapiji oni su posebno važan element. Edukacija se odvija na više razina, s raznim temama. Od velike je koristi bolesnika i članove njegove obitelji educirati o bolesti i poremećaju, njegovoj naravi, trajanju, ranim simptomima, načinu liječenja. Posebno važno ih je educirati o precipitirajućim čimbenicima koji mogu dovesti do pogoršanja bolesti kao na primjer psihički stres, uzimanje alkohola i droga, kao i prvim znacima ponovnog vraćanja bolesti ili njezina pogoršanja. Važno je pacijenta podučiti o važnosti uzimanja psihotropnih lijekova (ako su propisani), njihovim nuspojavama, važnosti uzimanja i opasnosti koje vrebaju pri prekidu terapije. Edukacija se koristi u usvajanju vještina kontrole impulsa, regulacije afekta o čemu je već bilo riječi. Korisno je uključiti članove obitelji,

prijatelje ili kolege u pružanju pomoći i podrške pacijentu, no pri tome treba uvažavati pacijentove želje za povjerljivosti i autonomijom. Osim u hitnim slučajevima terapeut treba pitati pacijenta za dopuštenje da razgovara s drugima o njemu.

16. Upravljanje okolinom temeljno je načelo koje se primjenjuje u suportivnoj terapiji za razliku od analitičke terapije. Terapeut može poduzimati neke aktivnosti u okolini koje su korisne i važne za bolesnika. Na primjer, može razgovarati s članovima njegove obitelji kako bi im približio psihološka stanja bolesnika, potaknuo bolje razumijevanje i odnos. Također može uspostaviti komunikaciju s nadređenima, kolegama ponekad i sa sudom ili socijalnom službom kako bi olakšao položaj bolesnika.

ZAKLJUČAK

Desetljećima je suportivna psihoterapija bila zanemarena i smatrana „Pepeljugom psihoterapije“, no posljednjih godina ponovno se vraća na scenu i o njoj se sve više govori. Ciljevi suportivne psihoterapije su umanjiti simptome, poboljšati subjektivno osjećanje i samopoštovanje, reducirati stres, unaprijediti adaptivne vještine. To je terapija u kojoj terapeut igra aktivniju i direktivniju ulogu pomažući pacijentu da poboljša svoje socijalno funkcioniranje i vještine suočavanja. Od nekoliko stotina drugih psihoterapijskih tehnika suportivna terapija se razlikuje po tome što nema jedinstven teorijski koncept koji počiva u pozadini već se dapače koristi različitim empirijskim potvrđenim tehnikama. Eklektična je psihoterapija koja se koristi tehnikama poteklima iz psihodinamske, kognitivne, bihevioralne, interpersonalne i/ili iskustvene psihoterapije. Namijenjena je vrlo širokom rasponu pacijenata. Veliku korist od ispravno primijenjene suportivne psihoterapije imaju oboljeli od psihotičnih poremećaja (shizofrenije, shizoidnog poremećaja, perzistentnog sumanutog poremećaja), od poremećaja raspoloženja (depresije, bipolarnog afektivnog poremećaja), oni s poremećajima ličnosti, anksioznim poremećajima, do osoba s poremećajima vezanim uz stres i krizne situacije.

Literatura

1. Misch Donald A. Basic Strategies of Dynamic Supportive Therapy J Psychother Pract Res. 2000;9(4):173–189.
2. Rockland L. H. Psychoanalytically Oriented Supportive Therapy: Literature Review and Techniques. Journal of American Academy of Psychoanalysis. 1989;17:451-462.

3. Winston A, Rosenthal N, Pinsky H. Introduction to the Supportive Psychotherapy. Washington DC, London: American Psychiatric Association; 2004.
4. Novalis PN, Rojcewicz SJ Jr, Peele R. Clinical manual of supportive psychotherapy. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 1993.

9. ORGANIZACIJA SKRBI U MENTALNOM ZDRAVLJU

Rene Keet

9.1. Organizacija skrbi za osobe s težim mentalnim poremećajima

UVOD

Psihotični poremećaji predstavljaju poremećaje s najvišom prevalencijom kod oboljelih od teških mentalnih bolesti. Iskustvo jedne ili više psihoza prate ozbiljna ograničenja u društvenom i/ili socijalnom funkcioniranju. Istraživanja pokazuju da se 86 % oboljelih od psihotičnih poremećaja ne uspije oporaviti u smislu socijalnog funkcioniranja. Susreću se s problemima u području svakodnevnog života i brige o sebi, rada, školovanja ili svrhovitih svakodnevnih aktivnosti i društvenih kontakata. Ovo je socijalni problem koji zahtijeva sveobuhvatni društveni pristup. Zaštita mentalnog zdravlja očekivano može pridonijeti oporavku u širem kontekstu.

Koordinirana zdravstvena skrb koju pružaju zdravstveni djelatnici kroz mreže zdravstvene skrbi može spriječiti ograničenja i pomoći u povratu izgubljenoga socijalnog i društvenog funkcioniranja. Zato se fokus u organizaciji skrbi ne stavlja samo na liječenje psihotičnih simptoma i komorbidnih poremećaja, već i na sprječavanje i ograničavanje pogoršanja socijalnog funkcioniranja. Tome pridonosi i kvalitetna organizacija zdravstvene skrbi.

9.1.1. Umrežena psihijatrija

U organizaciji zdravstvene skrbi model fleksibilnog asertivnog tretmana u zajednici (FACT) prikladan je model za izvanbolničko liječenje. Riječ je o multidisciplinarnim timovima koji održavaju dnevne sastanke na kojima se razmjenjuju informacije o pacijentima o kojima se skrbi cijeli tim te u svakom trenutku mogu pojačati intenzitet skrbi, posjetiti pacijente u okruženju u kojem žive (asertivni terenski rad) i integrirati medicinske i socijalne intervencije. FACT timovi tvore mrežu s relevantnim organizacijama i pojedincima u društvu. U sklopu mreže za zaštitu mentalnog zdravlja, ambulantni FACT

timovi usko surađuju s bolnicama. U sklopu rada ove mreže hospitalizacija u psihijatrijskoj ustanovi predstavlja intermezzo u ambulantnom liječenju. Nema većih razlika u organizaciji različitih faza skrbi za osobe oboljele od psihotičnih poremećaja. Međutim, postoje razlike u fokusu skrbi u različitim fazama. Razlikuju se tri skupine: iznimno visok rizik, rana intervencija kod psihoze i skrb za osobe s dugoročnim i ponavljajućim psihotičnim epizodama.

Iznimno visok rizik

Iznimno visok rizik odnosi se na skupinu mladih osoba koje još nisu oboljele od psihoze, ali imaju subkliničke simptome, odnosno genetsko opterećenje. Ne može se pouzdano utvrditi u općoj populaciji adolescenata. Posljedica toga prekomjeran je broj lažno pozitivnih nalaza. Probir u sklopu zaštite mentalnog zdravlja dobra je strategija i stoga zaslužuje mjesto u organizaciji skrbi svake zdravstvene ustanove, odnosno organizacije.

Rana psihoza

U organizaciju skrbi kod rane psihoze fokus je stavljen na liječenje i poticanje pozitivnog razvoja socijalnog funkcioniranja. Tako se može spriječiti razvoj teške mentalne bolesti s ograničenjem socijalnog i društvenog funkcioniranja.

Službe za zaštitu mentalnog zdravlja to ne mogu učiniti same, a takav pristup zahtijeva suradnju s klijentom i njegovom neformalnom mrežom, općinom, liječnikom opće prakse i drugim relevantnim dionicima.

Takav pristup zahtijeva i zajedničke napore usmjerene na to da se čini pravu stvar (bez odgađanja), manje jatrogenih oštećenja uzrokovanih dugim listama čekanja ili nepotrebnim upućivanjem specijalistu, prevenciju i rano otkrivanje, poduzimanje potrebnih intervencija u djetinjstvu, adekvatnu suradnju u mreži (unutar ustanova i šire).

Neke ustanove, odnosno organizacije imaju specijalizirane timove za tretman osoba koje pokazuju rane znakove psihoze (tzv. usluge rane intervencije). Druge ustanove, odnosno organizacije takve usluge integriraju u rad timova za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. U oba slučaja zdravstvene ustanove i organizacije moraju pružiti atraktivan paket zdravstvenih usluga namijenjenih adolescentima i mlađim odraslim osobama. Mladi educirani istovrsnici (engl. *peers*) s iskustvom psihičke bolesti takvim pacijentima mogu biti uzor i pružiti im nadu u oporavak. Podrška socijalnom funkcioniranju odnosi se i na potporu u zapošljavanju i zadržavanju radnog mjesta, ali i završetku ili započinjanju školovanja.

Ponavljajuća i dugotrajna psihoza

Kod dugoročnih i ponavljajućih psihotičnih epizoda, fokus se stavlja na liječenje i poboljšanje socijalnog funkcioniranja. To zahtijeva snažan multidisciplinarni pristup uz poznavanje smjernica za liječenje. Ustanova, odnosno organizacija mora omogućiti provedbu bioloških, psiholoških i socijalnih intervencija u skladu sa smjericama za liječenje. To također zahtijeva kvalitetnu organizaciju unutar mreže zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja. Ponavljajuće psihotične epizode rijetko se pojavljuju izolirano. Poremećaji koji mogu značajno pridonijeti kroničnom tijeku bolesti su autizam, poremećaj ličnosti, ovisnost, intelektualni invaliditet i trauma. Stručnjaci za ta područja često se nalaze i izvan sâmog tima zaduženog za oboljele od poremećaja sa psihozom. U tom slučaju, presudna je mreža ustanova i organizacija u kojoj su sva znanja lako dostupna.

Ako skrb o ovoj ciljanoj skupini u sklopu FACT tima nije dovoljna ili ako dolazi do stagnacije oporavka, osim rada s FACT timom može se razmotriti i mogućnost dodatne skrbi u domu pacijenta. Dodatna skrb može biti dostupna u različitim intenzitetima: samostalno stanovanje uz podršku, organizirano stanovanje ili smještaj u zdravstvenoj ustanovi. Na taj se način svakodnevnom životu i osnovnim potrebama klijenta može posvetiti više pažnje. Nedavno razvijeni ART model skrbi, tzv. trijada aktivnog oporavka (engl. *ActiveRecoveryTriad*), s lakoćom se povezuje s FACT modelom.

Ovdje je cilj također pružiti maksimalnu skrb u okviru izvanbolničke skrbi, pri čemu se klijentu neprestano omogućuje ostvarivanje najvišeg mogućeg stupnja kontrole.

9. 2. Zaštita mentalnog zdravlja u zajednici

Mentalno zdravlje u zajednici integrirani je pristup mentalnom zdravlju koji se koristi društvenim resursima kako bi se osiguralo da osobe s problemima mentalnog zdravlja ostvare pravo na dostupnu skrb i dobiju podršku u vlastitom okruženju kako bi se mogli posvetiti oporavku. Zaštita mentalnog zdravlja u zajednici kakvu danas poznajemo bila je odgovor na zatvaranje psihijatrijskih bolnica i prelazak skrbi za pacijente izvan bolnice u zajednici. Pritom se razlikuju dvije faze. Prva faza, u razdoblju od 1950. do 1980. godine, bila je tiha revolucija, koju je obilježilo osnivanje multidisciplinarnih timova. Druga faza započela je 1980. godine objavljivanjem studije o asertivnom tretmanu u zajednici. Više se pozornosti posvećivalo ljudskim pravima, sudjelovanju u društvenom životu i multidisciplinarnom i multisektorskom

pristupu. Vizija oporavka potom je pokrenula pomak u paradigmi vizije zdravlja i ulozi stručnjaka. Pacijent je postao partner u organizaciji skrbi.

Od 2015. godine aktivna je Europska mreža pružatelja usluga mentalnog zdravlja u zajednici (EuCoMS, www.eucoms.net). U svojem konsenzusnom dokumentu EuCoMS opisuje mentalno zdravlje u zajednici iz šest perspektiva (EUCOMS, 2017.). U ovom ćemo poglavlju opisati ove perspektive i razmotriti implikacije za organizaciju zdravstvene skrbi u nizozemskom kontekstu.

Perspektive zaštite mentalnog zdravlja su:

- etika
- javno zdravstvo
- oporavak
- učinkoviti tretman
- mreža skrbi u zajednici
- stručnost temeljena na iskustvu.

9.2.1. Etika

O etičkoj perspektivi raspravlja se već desetljećima. Vidljivi početak te rasprave je objavljivanje Goffmanove knjige *Azili* (engl. *Asylums*) 1961. godine, u kojoj se postavlja pitanje nude li psihijatrijske ustanove zaštitu ili su se pretvorile u organizacije koje osobe s problemima smještaju u okruženje koje će ih dodatno iscrpiti. Proces deinstitucionalizacije i socijalizacije podupire etička perspektiva koja zastupa stav da organizacije za zaštitu mentalnog zdravlja služe zaštitu, a ne kršenju ljudskih prava.

Primjena prisile u zaštiti mentalnog zdravlja je uobičajena, ali i kontroverzna. Ona se primjenjuje, ali nema dokaza o njezinoj učinkovitosti.

Etička perspektiva mnogo je više od pukog odricanja od prisile i pritvaranja ljudi. Godine 2006. Ujedinjeni narodi sastavili su Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom (CRPD; Opća skupština Ujedinjenih naroda, 2007.). Ova konvencija opisuje pravo osoba s problemima mentalnog zdravlja na punopravno sudjelovanje u društvenom životu, a u tom kontekstu, među ostalim, navodi pravo na obrazovanje, zdravlje, rad, stambeno zbrinjavanje i socijalnu zaštitu. Međutim, pristup zapošljavanju je ograničen, a životni vijek je deset do dvadeset pet godina kraći, bez izgleda za poboljšanje.

Tablica 1. Etika: implikacije za organizaciju zdravstvene zaštite

| Tema | Organizacija zdravstvene skrbi |
|--|---|
| Prisila | |
| 1. Prisilno liječenje | <ul style="list-style-type: none"> • Smatrati prisilu jatrogenom štetom i stoga uvijek prvo treba odvagnuti stupanj štete koji nastaje s prisilom i bez nje • Ocijeniti uporabu prisile kao neuspjeh u pravovremenom prepoznavanju rizika • Procijeniti i pratiti primjenu prisile na razini organizacije i tima |
| 2. . Izdvajanje u sobe za izolaciju | <ul style="list-style-type: none"> • Napustiti praksu izdvajanja usredotočiti se na humanije alternativne mogućnosti u suradnji s istovrsnicima/ stručnjacima po iskustvu (engl. peerexperts) |
| Etičke dvojbe | <ul style="list-style-type: none"> • Razmisliti o etičkim dvojabama vezano za (proživljeno) prisilno liječenje metodom razmatranja slučaja iz moralne perspektive |
| Konvencija UN-a o pravima osoba s invaliditetom (CRPD) | |
| 1. Rad i obrazovanje | <ul style="list-style-type: none"> • Aktivno raspoređivanje resursa službe za individualnu potporu pri zapošljavanju osoba s poremećajima mentalnog zdravlja (engl. <i>Individual placement and support</i> – IPS) usmjerenih na plaćeni rad, a kod mlađih osoba i na započinjanje i završavanje obrazovnih programa. |
| 2. Očekivani životni vijek | <ul style="list-style-type: none"> • Aktivno promicanje ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA bez duhanskog dima i programi odvikavanja od pušenja • Uvesti metabolički probir kao dio skrbi za osobe sa psihotičnim poremećajima |

9.2.2. Javno zdravstvo

Javno zdravstvo je umjetnost i znanost zaštite i unaprjeđenja zdravlja stanovništva na razini populacije. Razina populacije može se odnositi na susjedstvo, općinu ili županiju, odnosno nekoliko županija. Za ustanove i organizacije za zaštitu mentalnog zdravlja to znači da su na raspolaganju svim građanima na određenom geografskom području (gravitirajuće područje) na kojem djeluju, bez obzira na broj građana u njihovoj nadležnosti. Zbog toga je zadaća javnog zdravstva šira od samog tretmana. Promicanje mentalnog zdravlja u cijeloj regiji zadatak je službi za zaštitu mentalnog zdravlja. To zahtijeva mrežni pristup.

Tim može prenijeti ovo načelo u praksu sastavljanjem zajedničkog dokumenta. U zajedničkom dokumentu tim istražuje demografiju i resurse regije u kojoj djeluje kako bi se pridonijelo integriranom pristupu promicanja mentalnog zdravlja u određenoj regiji. Veličina regije određena je strukturom stanovništva i raspoloživim resursima.

Važna javnozdravstvena mjera je aktivno raditi na smanjenju stigme. Međutim, brojne kampanje u praksi su se pokazale neučinkovitima.

Pet karakteristika koje kampanja mora ispuniti kako bi uspješno utjecala na smanjenje stigme („formula TLC3“):

Kampanja mora biti ciljano usmjerena na određenu skupinu, na primjer poslodavce; lokalna: lokalni programi su najučinkovitiji; organizirati kontakt: organizacija kontakata između osoba s mentalnim bolestima i osoba bez mentalne bolesti ključ je uspjeha; vjerodostojna: kontakti moraju biti vjerodostojni, s klijentima u glavnoj ulozi; u kontinuitetu: kontakte treba održavati.

Tablica 2. Implikacije za organizaciju zdravstvene skrbi

| Tema | Posljedice za organizaciju skrbi |
|---|--|
| Područje rada organizacije sustava zaštite mentalnog zdravlja | Strukturirani kontakt s relevantnim dionicima. Potpisivanje sporazuma s dionicima kao što su udruženja liječnika opće prakse, udruge za stambeno zbrinjavanje, obrazovne ustanove, policija i pravosuđe. |
| Regionalni tim za zaštitu mentalnog zdravlja | Sastavljanje dokumenta tima u kojem će se opisati tim i područje na kojem pojedini tim djeluje. Izravna komunikacija s liječnicima opće prakse: stručnjaci za zaštitu mentalnog zdravlja i liječnici opće prakse razmijenili su brojeve mobilnog telefona. |
| Destigmatizacija | Doprinos lokalnim kampanjama za borbu protiv stigme. Na primjer, doprinos može biti u obliku festivala, kazališnih predstava i tribina. |

9.2.3. Oporavak

Pokret oporavka je pokret za emancipaciju i građanska prava koji je nastao devedesetih godina prošlog stoljeća, a u sklopu kojeg su građani s problemima mentalnog zdravlja pisali priče o tijeku svojeg oporavka. Za zaštitu mentalnog zdravlja opisanu u tim pričama smatra se da tek neznatno potiče na oporavak ili čak potpuno potkopava mogućnost oporavka. Oporavak se često opisuje kao putovanje, koje se okreće oko snaga, talenata i ciljeva pacijenta.

Vizija oporavka stavlja snage, ciljeve, želje i talente pacijenta u središte organizacije zdravstvene skrbi. Zaštita mentalnog zdravlja koja potiče oporavak zahtijeva da vizija oporavka bude dostupna praksi stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja. To zahtijeva razvoj vizije organizacije uz održavanje sastanaka s ciljem dijaloga i edukacije. Moduli za obuku dostupni su za korištenje i mogu se kombinirati s programom edukacije preko interneta. U konsenzusnom dokumentu EUCOMS-a identificirano je deset točaka

namijenjenih stručnjacima za područje mentalnog zdravlja koji mogu pridonijeti oporavku.

Deset načina kako biti dobar vodič u procesu oporavka klijenta

1. Podržati oporavak zdravlja, funkcioniranja i identiteta

To se može smatrati trima glavnim područjima oporavka. Ta područja su povezana, ali među njima mogu postojati neke razlike. Liječenje usmjereno na oporavak uključuje ova tri područja, a s klijentima se radi na područjima u kojima oni žele biti uspješni.

2. Dati nadu u oporavak

Dati nadu ključna je intervencija. Bez nade, klijent neće krenuti na put oporavka.

3. Zapitati se u svemu što radimo: pomažemo li ili odmažemo

Svaka naša intervencija može biti kontraproduktivna, jer se ne mora nužno podudarati s fazom oporavka u kojoj se osoba trenutačno nalazi.

4. Usredotočiti se na ono što osobu jača, a ne na ono što je vraća

Važno je istražiti snage, talente, ambicije i resurse.

5. Donositi odluke s korisnicima usluge, a ne donositi odluke umjesto njih

Stručnjaci i klijent zajedno donose odluke. Taj proces započinje dijagnozom, koja se može opisati kao zajedničko razumijevanje razvoja događaja.

6. Priznati da je stručnost korisnika usluge jednako važna kao i naša vlastita stručnost

Razgovor s klijentom zapravo je sastanak dvaju stručnjaka. Stručnost stručnjaka, odnosno zdravstvenog djelatnika sastoji se od stručnog znanja, iskustva i sposobnosti vođenja razgovora. Stručnost klijenta sastoji se od iskustva, ciljeva i znanja o tome koji su se postupci u prošlosti pokazali korisnima i tko ili što je tome pridonijelo kao resurs.

7. Suradivati s dionicima

Veći dio oporavka odvija se izvan službi za zaštitu mentalnog zdravlja: na poslu, u školi/na fakultetu, s obitelji, u zajednici. Stoga službe za mentalno zdravlje u zajednici surađuju sa svim relevantnim dionicima.

8. Priznati pravo korisnika usluge na rizike

Uskraćivanje prava na rizike umanjuje mogućnost oporavka. Pokret za zagovaranje prava klijenata stavlja naglasak na „dostojanstvo rizika“.

9. Suradivati s obitelji i mrežom kao resursom i partnerom

U većini slučajeva put prema oporavku lakši je uz podršku drugih ljudi, obitelji, partnera, prijatelja itd. To je temelj za nekoliko pristupa, poput grupa podrške *Resource group* u Švedsko i *Open Dialogue* u Finskoj i Ujedinjenoj Kraljevini.

10. Dijeliti i integrirati znanje

Liječenje usmjereno na oporavak zahtijeva integraciju objektivnih, subjektivnih i normativnih znanja.

Tablica 3. Implikacije za organizaciju zdravstvene skrbi

| Tema | |
|---|--|
| Organizacija: vizija za oporavak kao temeljni stav za cjelokupni zdravstveni sustav | Edukacija i sastanci s ciljem dijaloga za sve zaposlenike. U tome bi ulogu trebali imati stručnjaci po iskustvu. Postupanje prema viziji oporavka od prvog kontakta: osobna dijagnostika prilikom prijema i postavljanje pitanja o snagama, talentima i ciljevima. |
| Tim: praćenje podrške na putu prema oporavku | Smanjiti indeks praksi usmjerenih na oporavak (ROPI), alat za praćenje razmjera rada usmjerenog na oporavak. |

9.2.4. Učinkovito liječenje

Zaštita mentalnog zdravlja u zajednici zahtijeva kombinaciju komplementarnih farmakoloških, psiholoških, somatskih i socijalnih intervencija. To uključuje pristup temeljen na potrebama klijenta, što zahtijeva spremnost na korištenje uspješnih intervencija na fleksibilan način kako bi se u konkretnoj situaciji postiglo sve što je moguće, kao i dostupnost resursa.

Zajedno s klijentom, i ako je to moguće, s njihovom mrežom podrške, plan liječenja sastavlja se prema potrebama klijenta. Način rada utemeljen na dokazima može se dobro uklapati s vizijom oporavka. Za to je potrebna integracija dvaju načela.

Učinkovitu skrb određuje sljedećih devet čimbenika:

- dobro postavljanje ciljeva
- uzimanje u obzir ciljeva pacijenta
- podržavanje društvenih ciljeva
- ciljevi podržani znanstvenim dokazima
- trajni rezultati
- minimalni neželjeni učinci
- razumni troškovi
- budite prilagodljivi unutar različitih konteksta i podskupina
- lakoća provedbe.

Tablica 4. Implikacije za organizaciju zdravstvene skrbi

| Tema | |
|-----------------------------------|--|
| Uvođenje učinkovitih intervencija | <p>Trajna kombinirana edukacija za sve zaposlenike. Okupljanje tima koji će odrediti plan liječenja prema potrebama klijenta. Osiguravanje da stručnost ustanove, odnosno organizacije postane dostupno svakom pacijentu, bez obzira na to koji je tim zadužen za pojedinog pacijenta. Osiguravanje dostupnosti stručnosti cijele mreže u regiji, na primjer edukacijom liječnika opće prakse i drugih partnera uključenih u rad mreže.</p> |



Framework of support (Trainor & Church, 1984)

9.2.5. Mreža zajednice

Zaštita mentalnog zdravlja u zajednici odnosi se na kombinaciju vlastitih snaga i talenata, snažne neformalne mreže i općih socijalnih usluga. Zaštita mentalnog zdravlja, od liječnika opće prakse do specijalista za zaštitu mentalnog zdravlja, uvijek ima svoje mjesto unutar ove mreže. U nekim epizodama problema mentalnog zdravlja, građanima je potrebna stručna pomoć u sklopu zaštite mentalnog zdravlja i/ili usluga socijalne skrbi. Međutim, često su dovoljne snage njihove vlastite neformalne mreže. Digitalne usluge e-zdravstva nude lako dostupnu opciju jačanja te mreže i za osobe s teškim mentalnim bolestima. Temeljna je zadaća zaštite mentalnog zdravlja raspoređivanje vlastitih snaga i snaga neformalne mreže i, kad je potrebno, njihovo osnaživanje, odnosno organizacija. O tome je 1984. godine pisao Trainor u sklopu teme o modelu podrške.

Fleksibilni asertivni tretman u zajednici (FACT) dobro je razvijen model organizacije zaštite mentalnog zdravlja koji je prilagođen ovakvom mrežnom pristupu. Model je detaljno opisan i provedena su istraživanja pouzdanosti.

U praksi zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, multidisciplinarna i multi-sektorska mreža koja organizira i koordinira skrb sa širokim spektrom fleksibilnih intervencija pomaže građanima pri oporavku u vlastitom okruženju, uz podršku vlastite društvene mreže.

Unutar mreže mogu se razlikovati različita područja. Konkretno, u Nizozemskoj ta se područja promatraju i u kontekstu izdvojenih timova i u funkcijama timova. Izdvojeni timovi imaju mogućnosti specijalizacije, ali i mogući rizik od fragmentacije resursa. Kod integriranih timova događa se upravo suprotno. U praksi se uvijek mora pronaći ravnoteža između integracije i specijalizacije.

U tablici s prikazom implikacija za organizaciju skrbi navedena su različita područja u kojima mrežni pristup može pružiti integrirani pristup. Moguće ih je razvrstati u različita područja integriranog tima ili područja izdvojenih timova.

Tablica 5. Implikacije za organizaciju zdravstvene skrbi

| Područje | Opis |
|---|--|
| Iznimno visok rizik | Specijalizirane usluge rane intervencije kako bi se povećala mogućnost pozitivnih ishoda za oboljele od psihoze. |
| Skrb kod rane psihoze | Tim za ranu intervenciju. Integracija u fleksibilni ACT tim. |
| Liječnik opće prakse | Obiteljski liječnik dio je mreže osoba s teškim psihičkim poremećajima. |
| Socijalne intervencije | Organizacija programa individualne potpore pri zapošljavanju osoba s poremećajima mentalnog zdravlja (IPS) u suradnji s poslodavcima i nizozemskim Zavodom za zapošljavanje – UWV. Model “Stanovanje prvo/Housing First” organizira stambene zajednice zajedno s pružateljima usluga za korisnike. Primjena intervencija na društvo. |
| Asertivni <i>outreach</i> za akutne slučajeve | Organizacija javnog zdravstva s integriranim multidisciplinarnim intenzivnim tretmanom u domu klijenta. |

| | |
|--|--|
| <i>Outreach</i> kao standard | Fleksibilni ACT timovi mogu pružiti personaliziranu skrb uz održavanje kontinuiteta putem fleksibilnog povećanja, odnosno smanjivanja intenziteta skrbi. Skrb za osobe do kojih je teško doprijeti temeljni je zadatak specijalističke zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja. |
| Suradnja s neformalnom mrežom | Pojam resursne skupine (engl. <i>Resourcegroup</i>) odnosi se na kvalitetno strukturiranu metodu uske suradnje s neformalnom mrežom. |
| Integracija s problemima ovisnosti | Istovremena prisutnost dvije dijagnoze: problemi ovisnosti i drugi psihijatrijski poremećaji zahtijevaju integrirani tretman multidisciplinarnog tima. |
| Hospitalizacija za akutna stanja | Liječnički tim iz psihijatrijske bolnice u redovitom je kontaktu s ambulantskim timovima. |
| Stambeno zbrinjavanje i podrška u rješavanju stambenog pitanja | Organizacija je usmjerena na trijadu klijent-obitelj-zdravstveni djelatnik i namijenjena je osobama kod kojih proces oporavka stagnira. |

9.2.6. Stručnjaci po iskustvu/istovrsnici (engl. *peerexperts*)

Znanje stručnjaka po iskustvu igra važnu ulogu na putu prema oporavku klijenta. Stručnjaci po iskustvu pravi su dokaz da je oporavak moguć te mogu pomoći drugim stručnjacima da vlastito iskustvo koriste na profesionalan način. Znanje stručnjaka po iskustvu stoga je zasebno područje i snaga svih stručnjaka u sklopu zaštite mentalnog zdravlja, povrh znanja i iskustva u obavljanju medicinske djelatnosti. Iz ove perspektive organizacija skrbi postaje proces zajedničkog stvaranja sustava zaštite mentalnog zdravlja u suradnji s korisnicima usluga skrbi. Taj se proces odvija na tri razine. Zajedničko stvaranje sustava zaštite mentalnog zdravlja znači da klijenti, stručnjaci po iskustvu i drugi stručnjaci surađuju kao ravnopravni partneri na izradi, pružanju i evaluaciji zdravstvene zaštite. Prepoznavanje važnosti stručnjaka po iskustvu temelj je stvaranja drugačijeg sustava zaštite mentalnog zdravlja.

Razina pojedinca

Zajedničko stvaranje na razini pojedinca znači da je pacijent ujedno i partner u donošenju svih odluka u vezi s liječenjem, ciljevima liječenja i određivanjem plana liječenja. Donošenje zajedničkih odluka vodeće je načelo, pri čemu zadnju riječ ima pacijent, tako da se govori i o pružanju podrške u slobodnom odlučivanju.

Razina tima

Stručnjak po iskustvu kao kolega u timu ima dvije funkcije: on je tu kao podrška pacijentu koji radi na svojem oporavku, ali i kao podrška kolegama u razumijevanju kako se kao stručnjak nositi s proživljenim iskustvom bolesti. Takav pristup zahtijeva ulaganje u stručnjake po iskustvu kroz edukaciju, stručno usavršavanje i stručnu procjenu rada. Ostalim stručnjacima to može biti poziv da iskoriste vlastito iskustvo kao sredstvo za podršku klijentima u procesu oporavka. Otvorenost je, dakle, proširenje palete mogućnosti koja je na raspolaganju svim stručnjacima.

Razina politike

Na razini politike pacijenti i njihova neformalna mreža važan su izvor znanja i iskustava za unaprjeđenje organizacije zdravstvene zaštite. Iz pozicije ravnatelja, odnosno uprave ili konzultanta, stručnjaci po iskustvu pomažu u oblikovanju sustava zdravstvene zaštite. Logičan slijed bio bi da na mjesto ravnatelja, odnosno rukovoditelja jednom dođe i stručnjak po iskustvu.

Tablica 6. Implikacije za organizaciju sustava zdravstvene zaštite

| Razina | Oblik |
|------------------|--|
| Razina pojedinca | Zajedničko sastavljanje plana liječenja u skladu s načelom zajedničkog odlučivanja. Pacijent ima stalni pristup svojem zdravstvenom kartonu i po želji ga može čitati ili u njega unositi informacije. |
| Razina tima | Peerstručnjak/istovrsnik/stručnjak po iskustvu kao član tima. Uvođenje stručnjaka po iskustvu kao ravnopravnog stručnjaka u timu. Korištenje životnog iskustva drugih stručnjaka. |
| Razina politike | Paneli klijenata kao alat za reviziju politike. Peerstručnjak/istovrsnik/stručnjak po iskustvu kao ravnatelj ili rukovoditelj. Stručnjak po iskustvu kao savjetnik. |

Partneri koji surađuju u području zaštite mentalnog zdravlja: umrežena psihijatrija

Oporavak od teške mentalne bolesti ne zahtijeva automatski zalaganje klijenta i njegove najbliže okoline. Kako navodi pokret za prava klijenata: oporavak zahtijeva naporan rad. Ako je građanin u potrebi i njegova najbliža okolina na izmaku snaga, potrebno je uključiti i druge službe, poput službi za zaštitu mentalnog zdravlja. Fokus zaštite mentalnog zdravlja liječenje je mentalnih poremećaja. Međutim, za podršku u oporavku nisu zadužene samo službe za zaštitu mentalnog zdravlja. Razne druge službe i pružatelji usluga iz područja socijalne skrbi ponekad imaju presudnu ulogu. Sažeti prikaz nalazi se u donjoj tablici. Međusobna povezanost službi za zaštitu mentalnog zdravlja s ovim službama i pružateljima usluga zahtijeva fleksibilan sustav skrbi u kojem sustav za zaštitu mentalnog zdravlja usko surađuje s nekoliko partnera, to je, dakle, umrežena psihijatrija.

Tablica 7. Umrežena psihijatrija: umreženost različitih službi i pružatelja usluga koji pridonose oporavku građana s teškim mentalnim poremećajima

| Kategorija službe i usluge | Opis | Ishod klijenta | Partneri službi za zaštitu mentalnog zdravlja, klijenta i njegove neformalne mreže |
|----------------------------|--|---|---|
| Liječenje | Ublažavanje simptoma i patnje | Ublažavanje simptoma | |
| Krizne intervencije | Provjera i rješavanje kritičnih i opasnih problema | Osobna sigurnost | Policija |
| Rehabilitacija/ oporavak | Razvijanje vještina i potpora životnim ciljevima pacijenta | Uloga u kojima pacijent funkcionira kao partner, zaposlenik, student, član kluba itd. | Osobna mreža Kućna njega na razini općine Subvencionirani programi usmjereni na zapošljavanje |
| Osjećaj ispunjenosti | Sudjelovanje u ispunjavajućim aktivnostima koje osobu čine zadovoljnom | Samorazvoj | Službe iz područja socijalne službe i službe na razini općine Nevladine organizacije |

| | | | |
|--|---|---------------------------------|---|
| <i>Case management</i> (koordinirano liječenje) | Dobivanje usluga koje pacijent treba i želi | Dobivene usluge | Socijalni rad na razini općine u suradnji s pružateljima usluga stambenog zbrinjavanja |
| Pravna zaštita | Zalaganje za svoja građanska prava | Jednake mogućnosti | Općina Pravne službe Policija |
| Osnovna podrška | Elementi potrebni za život i preživljavanje | Zajamčeno osobno preživljavanje | Udruge za pomoć u stambenom zbrinjavanju Zavod za zapošljavanje Tretman u domu pacijenta koji pruža tim prema lokalnoj nadležnosti Socijalna skrb Udruge za dostavu toplog obroka |
| Samopomoć | Pravo glasa i izbora u vlastitom životu | Osnaživanje | Interesne skupine koje zagovaraju prava pacijenata |
| Dobrobit | Promicanje zdravog načina života | Bolje zdravstveno stanje | Liječnik opće prakse Liječnik specijalist Fizioterapeut Sportski klubovi Program odvikavanja od pušenja |

Istraživanje

Jedno od najvažnijih pitanja istraživanja organizacije zaštite mentalnog zdravlja je jaz između stručnih znanja o učinkovitom tretmanu i iskustvo pacijenata u praksi. Dokazi o učinkovitosti često se temelje na akademskim istraživanjima, a da se pritom ne otkrije mogu li se te intervencije uspješno provoditi u sklopu sustava zaštite mentalnog zdravlja.

Za nove organizacijske modele poput FACT modela često se postavlja pitanje utemeljenosti na dokazima, dok se u prošlosti takva ispitivanja nisu provodila za postojeće organizacijske modele. Asertivno liječenje u zajednici jedan je od rijetkih modela koji je podvrgnut randomiziranom kontroliranom ispitivanju. Međutim, ovaj uspješni organizacijski model zahtijeva prilagođavanje regionalnom kontekstu i promjenjivim okolnostima i uvidima.

Znanstveno vrednovanje zaštite mentalnog zdravlja nova je grana znanosti, tzv. implementacijska znanost. U skladu s implikacijama za organizaciju zdravstvene zaštite, zdravstvena zaštita popraćena je trajnim PDSA ciklusom (planiraj, učini, provjeri, djeluj). Tako se dobiva prilika za učenje iz pozitivnih i negativnih rezultata. U Engleskoj se pokazalo da timovi za asertivno liječenje u zajednici nemaju očite prednosti u odnosu na redovne timove za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, a njihovi troškovi bili su znatno veći. Ovo je Mikea Firna motiviralo na integriranje nizozemskog FACT modela u postojeći model timova za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. Iznenađujući nalaz ove studije bio je da model FACT nije samo isplativiji, već i učinkovitiji od ACT modela, a i dugoročno.

Istraživanje se ne bi trebalo usredotočiti samo na smanjenje simptoma, već i na stupanj oporavka. Važno je pomno pratiti osobe s teškim psihijatrijskim poremećajima u više područja života, a ne se usmjeriti samo na poboljšanje simptoma. To je u skladu s Huberovom definicijom zdravlja koja je osim tjelesnih funkcija i dobiti mentalnog zdravlja definirala i četiri područja relevantna za zdravlje: osjećaj svrhovitosti, kvaliteta života, društvena participacija i svakodnevno funkcioniranje.

Sažetak dokaza iz područja zaštite mentalnog zdravlja u zajednici može se naći u znanstvenom izvješću za 2018. godinu sastavljenom na zahtjev Europske unije. Najveće prepreke za provedbu zaštite mentalnog zdravlja u zajednici su nedostatak političke volje i nedostatna financijska sredstva. Stručnjaci to često doživljavaju kao područje napetosti između želje za pružanjem humane zdravstvene skrbi i usmjerenosti na ekonomičnu zdravstvenu skrb, sa što nižim troškovima.

ZAKLJUČAK

U ovom poglavlju izloženo je da organizacija skrbi za osobe s teškim mentalnim bolestima zahtijeva široki društveni pristup koji će spriječiti da mentalni poremećaji dovedu do ozbiljnih ograničenja u socijalnom funkcioniranju. To je zadatak koji sustav zaštite mentalnog zdravlja ne može ostvariti samostalno. Takav pristup zahtijeva da sustav zaštite mentalnog zdravlja bude organiziran kao mreža. U smislu unutarnje organizacije, to podrazumijeva usku suradnju izvanbolničkih i bolničkih timova, razmjenu stručnih znanja i angažiranje stručnjaka po iskustvu *peer* stručnjaka. U smislu vanjske organizacije, to podrazumijeva dobru suradnju sa socijalnim partnerima na temelju zajedničkih vrijednosti u smislu ljudskih prava, javnog zdravlja, oporavka, učinkovitih tretmana, mrežnog pristupa i znanja stručnjaka po iskustvu.

Literatura

1. Addington J, van der Gaag M. Psychosocial treatments for clinical high risk individuals. *Schizophr Bull.* 2014;41(1):22.
2. Boardman J, Grove B, Perkins R, Shepherd G. Work and employment for people with psychiatric disabilities. *Br J Psychiatry.* 2003 Jun;182:467-8.
3. Boyle PE, Kroon H. Integrated dual disorder treatment: comparing facilitators and challenges of implementation for Ohio and the Netherlands. *Int J Ment Health.* 2006;35(2):70-88.
4. Burns T, Rugkåsa J, Yeeles K, Catty J, Simon J. Coercion in mental health: a trial of the effectiveness of community treatment orders and an investigation of informal coercion in community mental health care. *Programme Grants Appl Res.* 2016;4(21).
5. Dudley R, Nicholson M, Stott P, Spoors G. Improving vocational outcomes of service users in an Early Intervention in Psychosis service. *Early Interv Psychiatry.* 2014 Feb;8(1):98-102.
6. Farkas M, Boevink W. Peer delivered services in mental health care in 2018: infancy or adolescence. *World Psychiatry.* 2018 Jun;17(2):222-4.
7. Fioritti A, Burns T, Hilarion P, van Weeghel J, Cappa C, Suñol R, et al. Individual placement and support in Europe. *Psychiatr Rehabil J.* 2014 Jun;37(2):123-8.
8. Firm M, Hindhaugh K, Hubbeling D, Davies G, Jones B, White SJ. A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013 Jun;48(6):997-1003.
9. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders II: barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry.* 2011;10(2):138-51.
10. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health. *BMJ.* 2011 Jul 26;343:d4163.
11. Molodynski A, Rugkåsa J, Burns T. Coercion and compulsion in community mental health care. *Br Med Bull.* 2010;95(1):105-19.
12. Nordén T, Malm U, Norlander T. Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a tool of empowerment for clients with severe mental illness: a meta-analysis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2012;8:144-51.
13. Nugter MA, Engelsbel F, Bähler M, Keet R, van Veldhuizen R. Outcomes of Flexible Assertive Community Treatment (FACT) implementation: a prospective real life study. *Community Ment Health J.* 2016;52(8):898-907.
14. Razzaque R, Wood L. Open Dialogue and its Relevance to the NHS: opinions of NHS staff and service users. *Community Ment Health J.* 2015 Nov;51(8):931-8.
15. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health.* 2011 Aug;20(4):392-411.

16. Rosen A, Killaspy H, Harvey C. Specialisation and marginalisation: how the assertive community treatment debate affects individuals with complex mental health needs. *Psychiatrist*. 2013;37(11):345–8.
17. Seikkula J, Olson ME. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Fam Process*. 2003;42(3):403-18.
18. Torres-González F. The gap in treatment of serious mental disorder in the community: a public health problem. *Ment Health Fam Med*. 2009 Jun;6(2):71-4.
19. van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, French P, Linszen DH, Yung AR, et al. Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophr Res*. 2013 Sep;149(1-3):56-62.
20. van Veldhuizen JR. FACT: a Dutch version of ACT. *Community Ment Health J*. 2007 Aug;43(4):421-33.
21. Waugh W, Lethem C, Sherring S, Henderson C. Exploring experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst health care professionals: a qualitative study. *J Ment Health*. 2017;26(5):457-63.
22. Weidema FC, Molewijk BA, Kamsteeg F, Widdershoven GA. Aims and harvest of moral case deliberation. *Nurs Ethics*. 2013;20(6):617-31.

10. STIGMA

10.1. Stigma i diskriminacija

Vesna Švab

10.1.1. Uvod i definicija

Stigma je pojam koji se odnosi na etiketiranje drugih osoba različitim i inferiornim. Podrazumijeva osjećaj srama i bezvrijednosti koji se odnosi na stigmatiziranu osobu. Posljedica stigme je izbjegavanje, pa čak i izbacivanje iz društva. Može se opisati kao oblik društvenog nadzora ili izostavljanja manji-na iz određenih konkurentnih područja, koje funkcionira kao oblik nematerijalne kontrole nad skupinom ljudi s poremećajima mentalnog zdravlja.

Stigma se u ponašanju odražava u obliku diskriminacije. Stigmatizirane osobe diskriminira se marginalizacijom, izbjegavanjem, a često su i žrtve nasilja. Mnogi pacijenti žale se da se osjećaju usamljeno, da gube prijatelje, da nisu u kontaktu sa svojim obiteljima, da su dobili otkaz i da su premješteni na niže radno mjesto. Diskriminacija više nije autoritarna i izravno agresivna, najvjerojatnije zbog pokreta borbe protiv stigmatizacije, koji su uspjeli utjecati na pojavni oblik diskriminacije, ali ne i na sâmu srž problema. Socijalna distanca povećava razinu invaliditeta osoba s poremećajima mentalnog zdravlja i značajno utječe na pogoršanje bolesti. Stereotipizacija, predrasude i diskriminacija mogu na taj način spriječiti ljude u ostvarivanju ambicija i životnih ciljeva.

Ponašajne reakcije odraz su stigmatizacije, pri čemu su očekivanja klijenata vrlo skromna.

Istraživanja pokazuju da su stigmatizirani svi oboljeli od psihičkog poremećaja, bez obzira na dijagnozu. Nisu jednako stigmatizirane sve psihičke bolesti i stigmatizirane su na različit način. Najviše se stigmatizira ovisnike o drogama, potom ovisnike o alkoholu i oboljele od shizofrenije, a najmanje oboljele od anksioznih poremećaja i depresije. Istraživanja otkrivaju da oboljele od psihičke bolesti javnost doživljava: opasnima (najčešće vezano za

dijagnozu shizofrenije i liječenje u psihijatrijskoj bolnici); nesposobnima za samostalan život, donošenje odluka, nesposobnima za život i privređivanje (shizofrenija i liječenje u psihijatrijskoj bolnici); slabićima koji su sami krivi za svoju bolest (depresija i anksiozni poremećaji); lijenima (negativni simptomi shizofrenije, depresija); neizlječivima (shizofrenija i liječeni u psihijatrijskim bolnicama). Oboljeli od shizofrenije također se doživljavaju nepredvidljivima i kao osobe s kojima se teško razgovara od kojih postoji socijalna distanca koja raste s povećanjem razine intimnosti (brak, prijateljstvo, zajedničko stanovanje i slično), nesposobne da budu članovi obitelji koji će izvršavati svoje društvene obaveze. Stav prema depresivnom bolesniku pozitivniji je od onoga koji se odnosio na oboljele od shizofrenije.

Percepcija javnosti često je povezana s time da su oboljeli od psihičke bolesti sâmi odgovorni za svoju bolest.

10.1.2. Samostigmatizacija

Psihološki je uzrok samoprijezira internalizacija predrasuda. Neki prihvaćaju prijezir kao nešto opravdano i legitimno. Počinju se ponašati pasivno, ovisno i bespomoćno, što se od njih i očekuje. Oko pojedinca stvara se društvena karantena, lišena svakog poticaja i odgovornosti. To dovodi do smanjenih očekivanja. Neki se povlače, odričući se svojih nada i snova, postajući tako manje emocionalno ovisnima te je manja vjerojatnost da će progovoriti – pri čemu su svi znakovi prepoznati kao „negativni“ simptomi mentalne bolesti. Dokazano je da se osobe koje se osjećaju stigmatiziranima vide u lošijem svjetlu u usporedbi s osobama koje se ne osjećaju stigmatizirane u pogledu svojih intelektualnih kapaciteta. To znači da stigmatizirana društvena skupina zapravo ne koristi svoj puni intelektualni potencijal, pri čemu je razlog njihova smanjenog funkcioniranja i stigma, a ne samo bolest. Osjećaju se nesposobnima za funkcioniranje kao racionalne, kompetentne i funkcionalne osobe, imaju niže samopoštovanje i često su depresivni, tjeskobni i neprijateljski raspoloženi. Biti dijelom stigmatizirane skupine prepreka je uspjehu i često znači da se tim osobama neke životne prilike neće pružiti. S vremenom počinju izbjegavati takve prilike zbog anticipirane diskriminacije, to jest straha od odbijanja u različitim životnim područjima, od zapošljavanja do partnerstva (istraživanja u sklopu projekata INDIGO i ASPEN). Osobe s poremećajima mentalnog zdravlja često su izolirane, nezaposlene, siromašne, bez partnera i usamljene. Prepoznajući situaciju u kojoj se nalaze, mnogi zauzvrat preziru, pa čak i mrze druge pacijente – skupinu ljudi s poremećajima mentalnog zdravlja. Oni mogu iskazati isto ili još gore stigmatizirajuće ponašanje,

kao i osobe izvan skupine ljudi s poremećajima mentalnog zdravlja prema drugim, još stigmatiziranim pacijentima. Pojedinac ne želi biti dio skupine koja se nalazi u nepovoljnom položaju. Ljuttnju i bijes usmjerenih prema preprekama koje ih sprječavaju u društvenom životu preusmjeravaju na sebe. Samostigmatizacija se manifestira kroz osjećaj srama, isključenosti i gubitka važnosti. Ipak, posljedice samoprijezira ne staju samo na tome. Pacijenti puni samoprijezira ne inzistiraju na zaštiti svojih prava ili interesa te ostaju u začaranom krugu stigme, potvrđujući time činjenicu da ih osobe koje ne trpe stigmatizaciju izbjegavaju i isključuju. Duševna bolest ne znači nužno i gubitak učinkovitosti i samopoštovanja. Ljudi različito reaguju na bolest i mogući invaliditet. Jedni se bore protiv diskriminacije i zlostavljanja, a drugi su ravnodušni, ovisno o osobnosti i situaciji u kojoj se pojedina osoba nalazi. Ljudi koji odbiju prihvatiti stereotip osjećaju se istovremeno bijesno i snažno, i to posve opravdano. Jedini način na koji se možete oduprijeti samoprijeziru jest suprotstaviti se diskriminaciji i oduprijeti se zlostavljanju.

Strukturna diskriminacija. Strukturna diskriminacija događa se na razini sustava tako da se automatski zaustavlja sve pokušaje stjecanja drugačijeg društvenog statusa. Psihički oboljele osobe gurnute su na sâm rub društva, čime se drastično smanjuju njihove životne mogućnosti. Biti na rubu društva znači da bilo koja skupina može biti prisiljena na poniznost, anonimnost i šutnju. Svaka rasprava o jednakim pravima, poštovanju različitosti i razumijevanju nema svrhe ako su za diskriminaciju odgovorni društvo u cjelini i država kao krajnja obrana od upada marginaliziranih skupina i neprilagođenih osoba u bilo koji sustav donošenja odluka. Najčešća posljedica strukturne stigme slaba je kvaliteta i nedostupnost usluga zaštite mentalnog zdravlja, čime se, naizgled slučajno, pacijentima zapravo uskraćuje pravo na liječenje i skrb. Razlozi za to kriju se u upravljanju socijalnim uslugama, političkim odlukama i lošem zakonodavstvu. U kulturološkom okruženju u kojemu se rad i ostvareni prihodi iznimno cijene, pacijenta se stigmatizira i odbacuje. Pacijent ne može naći posao jer ne uspijeva dostići tražene norme proizvodnje. Kao nezaposlenog pojedinca, etiketira ga se dvaput: kao psihičkog bolesnika koji je neproduktivan ili čak lijenu osobu, nesposobnu za ispunjavanje društveno nametnutih kriterija koje treba ispuniti kako bi ga se moglo smatrati produktivnim članom zajednice. Jedini mogući izlaz iz ove situacije je pripadnost široj zajednici ljudi koji se također osjećaju pogođenima predrasudama usmjerenim prema osobama s poremećajima mentalnog zdravlja. Pacijenti koji mogu pronaći način da osjete pripadnost u jednoj takvoj skupini i da se s njom poistovjete imaju više samopoštovanja i znatno su jači. Osaženi pojedinci prijavljuju i kvalitetniji oporavak. Politički utjecajne osobe utječu na kvalitetu usluga zaštite mentalnog zdravlja. Nedostatna skrb o

tjelesnom zdravlju pacijenata jedan je od ozbiljnijih problema s kojima se suočava i sustav zaštite mentalnog zdravlja. Osobe s poremećajima mentalnog zdravlja pate od istih somatskih bolesti kao i drugi ljudi, međutim, standard bolničke skrbi znatno opada u slučaju pojave nekog poremećaja mentalnog zdravlja. Rizik od pojave problema fizičkog zdravlja poput dijabetesa, visokog krvnog tlaka i kardiovaskularnih bolesti daleko je veći kod osoba s poremećajima mentalnog zdravlja nego kod ostalih skupina. Kardiovaskularne bolesti glavni su uzrok smrti u ovoj skupini. Paradoksalno je da u slučaju ozbiljnih problema tjelesnog zdravlja nije moguće biti dobrog mentalnog zdravlja. Svaka tjelesna bolest snažno je povezana s depresijom, anksioznošću i drugim problemima mentalnog zdravlja. Iz toga proizlazi da bi svaki liječnik trebao biti osposobljen za prepoznavanje i liječenje problema mentalnog zdravlja, međutim, psihijatrija se na većini medicinskih fakulteta uglavnom smatra nevažnom, podjednako kod nastavnog osoblja i studenata. Prosječni student medicine vjerojatno će o problemima mentalnog zdravlja imati isto mišljenje kao i šira javnost. Većinom prevladava dojam da je psihijatrija kao grana medicinske znanosti neučinkovita i neznanstvena. Temelj poboljšanja kvalitete života i liječenja pacijenata s poremećajima mentalnog zdravlja nalazi se u unaprjeđenju kvalitete obrazovanja na svim razinama obrazovnog sustava, uključujući i predavanja o potrebama, pravima i životnoj stvarnosti skupina na rubovima društva.

10.1.3. Područja diskriminacije

Prijateljstvo

U usporedbi s drugima, osobe s poremećajima mentalnog zdravlja oko sebe imaju manji društveni krug i snažnije su povezane sa svojim obiteljima i više ovise o njima. Manji društveni krug može biti posljedica stigmatizacije i mentalnog poremećaja. Usamljenost je čimbenik rizika koji može dovesti do slabog oporavka. Većina pacijenata pokušava sakriti svoju bolest od svojih prijatelja, jer smatraju da je skrivanje bolesti ključno za njihov opstanak u društvu.

Razvod

Razvod je jedan od najstresnijih događaja u životu prosječne osobe. Većini ljudi treba pomoć tijekom suočavanja s razvodom, a to posebno vrijedi za osobe s poremećajem mentalnog zdravlja. Zabilježeno je nekoliko slučajeva iskorištavanja i manipulacije pacijentima tijekom rastave.

Roditeljstvo, odgoj i skrb

Briga za dijete nakon poroda jedan je od najtežih fizičkih i mentalnih testova za majke. Bespomoćnost, hormonalna neravnoteža, fizički stres, financijske poteškoće, dojenje i problemi u vezi mogu djelovati potresno čak i na najjače žene. Osobe sklone poremećajima mentalnog zdravlja često doživljavaju relaps tijekom godine nakon rođenja djeteta. Imajući to na umu, nema mnogo dokaza koji bi upućivali na to da majke sa shizofrenijom nisu u stanju skrbiti se o svojoj djeci. Žene s poremećajima mentalnog zdravlja često gube skrbiništvo, usprkos činjenicama. To se može pripisati tome što im se ne pruža pomoć kad je najpotrebnije. Majke nemaju pristup savjetovanju, obrazovanju ili obiteljskoj terapiji. Većina roditelja koji imaju neki oblik poremećaja mentalnog zdravlja svojoj djeci pružaju izvrsnu skrb i smatraju se dobrim roditeljima ako im se pruži dovoljna podrška u slučaju mogućeg preopterećenja.

Seksualnost

Osobe s poremećajima mentalnog zdravlja često iskazuju radikalno seksualno ponašanje, pri čemu se posebno ističe skupina pacijenata s maničnom epizodom. Ženama s poremećajima mentalnog zdravlja prijete znatno veći rizik od seksualnog zlostavljanja. Istraživanja pokazuju da u brojnim slučajevima pacijenta treba liječiti i zbog seksualnog zlostavljanja i zbog bolesti. Neki lijekovi koji se koriste u psihijatrijskom liječenju negativno utječu na libido, erekciju i ejakulaciju, što je jedan od glavnih razloga zbog kojeg se uporaba tih lijekova izbjegava.

S obzirom na navedeno, manja je vjerojatnost da će u psihijatrijskoj ustanovi doći do seksualnih odnosa u usporedbi s drugim ustanovama, no to se ipak događa, i to ne tako rijetko. Zabrana seksualnih aktivnosti predstavlja diskriminaciju, no to je ponekad nužno kako bi se spriječilo da ljudi donose odluke na temelju smanjene sposobnosti rasuđivanja zbog bolesti. Osobe niskog samopoštovanja koje pristanu na spolni odnos koji bi inače odbile također trebaju biti zaštićene. Posljedice takvih dvojbi vidljive su u proturječnim stavovima uprave bolnica oko pitanja odvojenog smještaja pacijentica i pacijenata. S namjerom normalizacije, Engleska je nekoliko desetljeća osiguravala mješovite odjele, koji se sada ponovno razdvajaju. Razlozi su brojne prijave o zlostavljanju i nezadovoljstvu žena zbog nedostatka privatnosti. Zatvoreni odjeli pokazali su se najgorima u ovom eksperimentu miješanja spolova, jer tamošnji pacijenti imaju poteškoća u kontroli svojeg ponašanja. Žene koje su pretrpjele zlostavljanje prije hospitalizacije često izričito zahtijevaju da se njihovo pravo na privatnost poštuje. Nemali broj žena liječi se u psihijatrijskim bolnicama zbog traumatičnih seksualnih iskustava. Pravo pacijenta na

seksualno izražavanje mora biti usklađeno s razumnim zahtjevima za zaštitom. U kliničkoj praksi to znači da su seksualni odnosi na zatvorenim odjelima najčešće zabranjeni, iako se radi o kršenju temeljnih ljudskih prava pacijenata smještenih na zatvorenom odjelu.

Zapošljavanje

Diskriminacija pri zapošljavanju jedan je od najčešćih oblika stigmatizacije. Poznato je da rad pozitivno djeluje na mentalno zdravlje, pomaže u upravljanju životom pojedinca i pospješuje osjećaj da ga drugi cijene. Nezaposlenost ljudima oduzima priliku za interakciju s drugim ljudima, smanjuje njihovo samopoštovanje, pojačava osjećaj nesposobnosti i tjera ljude u siromaštvo. Istraživanja pokazuju da većina ljudi s poremećajima mentalnog zdravlja posjeduje radnu sposobnost i želju za zaposlenjem. Za diskriminaciju može se kriviti niska stopa zaposlenosti osoba s poremećajima mentalnog zdravlja.

Poslodavci od radnika s poremećajima mentalnog zdravlja očekuju neproduktivnost i često izbjivanje s posla. Boje se nepredvidivosti i štete koja može nastati na radnom mjestu ili u poduzeću. Kod osoba s tjelesnim invaliditetom postoji dvostruko veća vjerojatnost da će dobiti posao u odnosu na osobe s poremećajima mentalnog zdravlja. Ako osobe s poremećajima mentalnog zdravlja i dobiju posao, mogu očekivati niže radno mjesto na kojem će manje zarađivati, a njihovo iskustvo i obrazovanje pritom nisu uzeti u obzir.

S obzirom na situaciju, mnogi odustaju od traženja zaposlenja i prihvaćaju svoj socijalni status. Polovina raspoloživih i odgovarajućih radnih mjesta ukida se ili mijenja na štetu radnika s poremećajem mentalnog zdravlja zbog loših odnosa u radnoj sredini. Tijekom razgovora o mogućem zaposlenju s pacijentom, najčešće se postavlja pitanje treba li pojedinac poslodavcu otkriti svoju dijagnozu. Na to pitanje nema jednostavnog odgovora. Sve ovisi o predrasudama poslodavca i o količini stresa na konkretnom radnom mjestu. Prikrivanje dijagnoze može dovesti do poteškoća. Ako pojedinac ne uspijeva obaviti svoje zadaće ili se ne može nositi sa stresom, drugi ljudi to će najčešće pripisati neučinkovitosti.

Čini se da je najčešće rješenje negiranje bolesti i prikrivanje problema. Stručnjaci koji pokušavaju smanjiti očekivanja svojih pacijenata, odnosno klijenata, nastojeći ih potaknuti da prihvate socijalnu pomoć ili odlazak u mirovinu, također su dio problema. Prilagođavanje rada potrebama osoba s poremećajima mentalnog zdravlja poboljšava radni učinak. To znači da je atmosfera na radnome mjestu nešto mirnija, da je radnicima omogućeno raditi od kuće, da se dopušta mogućnost prilagođenog radnog vremena ili samo

osigurava da pojedinci rade u tolerantnom okruženju u kojem u slučaju potrebe imaju pravo na podršku. Postoje jasne smjernice o tome kako organizirati rad za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja. Osobe s poremećajima mentalnog zdravlja trebaju prilagođeno radno vrijeme i podršku na radnom mjestu. Stoga je nužna organizacijska kultura koja poštuje mentalno zdravlje, raznolikost i pruža podršku, jer se uspješnost na radnome mjestu može znatno poboljšati čak i kod najtežih poremećaja mentalnog zdravlja. U doba gospodarske krize zapošljavanje osoba s poremećajima mentalnog zdravlja uglavnom je u silaznoj putanji ako vlade nemaju jasnu politiku smanjenja isključenosti osoba s invaliditetom. Zakonodavac može ubrzati proces zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja, ali i to u neznatnoj mjeri jer ih poslodavci i dalje smatraju prijetnjom, usprkos financijskoj stimulaciji koju država nudi za njihovo zapošljavanje. Produktivnost je temelj kojim se zavređuje poštovanje u brojnim kulturama. Dobiti i zadržati posao najbolji je put prema oporavku, koji su prošle i brojne osobe s teškim mentalnim bolestima. Mnogo je primjera osoba koje su dobile dostatnu podršku i uspjele se na taj način oporaviti.

Obrazovanje

Studenti s poremećajem mentalnog zdravlja mogu doživjeti velike poteškoće. Njihove smanjene sposobnosti manifestiraju se kao poteškoće u učenju, komunikaciji, pamćenju, razmišljanju i spavanju, što znatno utječe na njihovu uspješnost studiranja. Takve je studente teško prepoznati jer se većina njihovih poteškoća pripisuje nedostatku motivacije i lošim radnim navikama. Provedeno je vrlo malo istraživanja o posebnim potrebama s kojima se studenti u takvim situacijama susreću. Zapanjujuća raznolikost mentalnih poremećaja i njihovi raznoliki simptomi stvaraju dodatne komplikacije. Student može patiti od depresije, tjeskobe, ovisnosti, psihotičnih poremećaja ili poremećaja ličnosti. Svaki od ovih problema zahtijeva drugačiji tretman i različite vrste podrške. Dijagnoza, međutim, ne bi smjela biti razlog za prilagodbu programa, međutim, valjani razlog za prilagodbu programa bile bi smanjene sposobnosti uzrokovane bolešću i druge posljedice bolesti – uključujući stigmatizaciju. Valja ukloniti prepreke koje sputavaju studenta u postizanju optimalnih rezultata. Na primjer, u poboljšanju specifičnih socijalnih vještina prikupljanja informacija može pomoći odgovarajući mentor. Studentima koji su se tek oporavili od mentalne bolesti mogu se osigurati dodatna prava, kao što su dodatni rokovi, fleksibilnost, prilagodba obveza pohađanja nastave, osiguravanje dostupnosti dodatnih mentora i nastavnika, dodatna predavanja organizirana za specifična problematična područja i mogućnost studiranja na daljinu. Također bi trebalo uzeti u obzir mogućnosti savjetovanja, tečajeve za kontrolu stresa, tečajeve o planiranju učenja i

tečajeve socijalnih vještina. Studiranje po prilagođenim uvjetima ne smije ugroziti kvalitetu studija, već jedino olakšati studentu u ispunjavanju studentskih obveza. Prilagodba obrazovnih programa nije značajan financijski teret, problem je u borbi protiv diskriminacije mentalno oboljelih u svim segmentima obrazovnog sustava. Prosvjetne djelatnike potrebno je dodatno osvijestiti o pravima i potrebama studenata s poremećajima mentalnog zdravlja. Studenti koji su dobili dovoljnu podršku dokazali su da obrazovanje može pomoći u kontroliranju simptoma mentalnog poremećaja.

Smještaj, zajednica

Različita socijalna i kulturna okruženja znače i različite vrste skrbi za osobe s mentalnim poremećajima. Na primjer, u Sloveniji većina pacijenata živi u svojim primarnim obiteljima, slično kao u mediteranskim zemljama. U sjevernim i zapadnim zemljama većina pacijenata živi sama. Danas brojni pacijenti žive u različitim oblicima organiziranog stanovanja. Ovaj oblik smještaja nudi različite razine skrbi i alternativa je životu s obitelji ili rodbinom. Pacijenti/korisnici uglavnom se odlučuju na život u takvoj zajednici kada im situacija kod kuće ne pruža mogućnost oporavka, kada smatraju da nemaju uvjeta za samostalan život i kada im je potrebna pomoć u izvršavanju svakodnevnih obveza. Ovi alternativni životni izbori djelotvorni su jedino ako je na raspolaganju stručno osoblje koje može prepoznati i odgovoriti na različite potrebe ljudi u takvoj zajednici. U Sloveniji socijalne ustanove još su uvijek jedan od najčešćih pružatelja usluga dugoročnog smještaja. Bez obzira na razvijenost tih usluga, i dalje se suočavaju s istim problemima koji se često prijavljuju, a to je rizik od zanemarivanja i neadekvatnog liječenja. Osobama s poremećajima mentalnog zdravlja nije lako tražiti stan. „U procesu traženja stana, nikad nisam govorio o svojoj bolesti. Ljudi ne vole kad je netko... drugačiji. Najbolje je ostati neprimijećen.“ „Moja najmodavka zna da sam bolesna, sad je ipak malo pažljivija. Mislim da je to zato što joj nisam rekla previše, ali ona i dalje pokušava razgovarati sa mnom i razumjeti me. Znam da je situacija pomalo nezgodna za obje, ali mislim da je to u redu, ipak je to njezina kuća.“ „Moji roditelji smatraju da nisam dovoljno zreo za samostalan život, iako imam vlastiti stan. Znam kuhati. Glačanje i pranje rublja i dalje mi predstavlja problem, ali potražit ću pomoć terapeuta kako bih se mogao brinuti o sebi nakon otpusta iz bolnice.“ Prema modelu “Stanovanje prvo/Housing First” ljudi mogu ostvarivati druga ljudska prava tek nakon stambenog zbrinjavanja. Stambeno zbrinjavanje ne može se odvojiti od rehabilitacije i skrbi. Riječ je o slobodnom izboru i jačanju kapaciteta. Stambeno zbrinjavanje trebalo bi pacijentu osigurati dostojanstvo i nadu da će mu se prvo pomoći u pronalasku smještaja, čak i prije inzistiranja na suradljivosti u liječenju i odvikavanju.

Društveni odnosi, financije, građanska prava

Socijalni život ljudi izvan obiteljskih odnosa i radnog mjesta ovisi o njihovim socijalnim vještinama, mogućnostima, pravima, resursima i percipiranoj vrijednosti u društvu. Psihički bolesne osobe može se diskriminirati ako nemaju mogućnosti za svakodnevnu rekreaciju, kvalitetno provedeno vrijeme i male životne radosti. Najčešći razlog za to je siromaštvo, obično uzrokovano nezaposlenošću i malom mirovinom ili socijalnom pomoći, dovoljnom samo za pokrivanje osnovnih životnih potreba. Većina pacijenata želi se zaposliti, čime bi se poboljšao njihov financijski status. Čak i ako uspiju pronaći neki drugi oblik zaposlenja, moraju se nositi s poslodavcima koji nisu uvijek tolerantni. Nadalje, najčešće nisu dovoljno informirani o svojim pravima, stoga ta prava ni ne ostvaruju. Drugi pak ni ne žele ostvarivati svoja prava jer u svaki odnos žele ući ravnopravno. Neki, zbog niskih očekivanja, prihvaćaju da ih se smatra manje vrijednima.

Prihodi

Osobe s težim mentalnim poremećajima siromašnije su od opće populacije i često se suočavaju s nepoštovanjem, a ponekad i fizičkim nasiljem i podcjenjivanjem. Treba napomenuti da postoje brojna izvješća o toleranciji, suradnji i jednakom postupanju.

Susjedi

Izvješća iz Velike Britanije i Sjedinjenih Američkih Država pokazuju da se osobe s teškim psihičkim poremećajima suočavaju s izbjegavanjem i isključivanjem u svojoj zajednici. Dok je nevladina organizacija ŠENT u Sloveniji osnivala stambene zajednice, vladalo je uvjerenje da ljudima koji žive u susjedstvu ne treba prethodno pružiti informacije o mogućim (nepostojećim) opasnostima kako bi ih se potaknulo da prihvate nove susjede iz stambene zajednice. Čvrsto smo, međutim, zastupali stajalište da bi svaki neuobičajeni događaj, čak i ako se radi o neplaniranom dolasku hitne pomoći, trebalo razjasniti sa svima na koje bi taj događaj mogao utjecati. Preporuka da u najranijoj fazi stvaranja zajednice stanare treba o tome obavijestiti nosi određenu težinu koja bi se mogla relativizirati pravom na privatnost i činjenicom da će kod polovine odraslog svjetskog stanovništva u nekom trenutku javiti neki poremećaj mentalnog zdravlja i da tri četvrtine stanovništva bar poznaje nekoga tko pati od nekog poremećaja mentalnog zdravlja. Međutim, razgovori s osobama sa shizofrenijom koji su provedeni u sklopu projekta INDIGO upućuju na nešto posve drugo. Često upravo susjedi primijete da je pojedincu potrebna pomoć. Pojedinaac to može shvatiti kao napad na svoju autonomiju, što šteti njegovu samopoštovanju.

Stručnjaci

Pacijente s mentalnim poremećajima najviše stigmatiziraju upravo stručnjaci. Stigmatizacija stručnjaka jedan je od glavnih uzroka prekida liječenja među pacijentima. Stereotipi u zaštiti mentalnog zdravlja često šalju poruku da su osobe s problemima mentalnog zdravlja slabe, dosadne, neosjetljive, stidljive, nedruštvene, emocionalne, okrutne, čudne, neinteligentne i zahtjevne u odnosu s drugim ljudima. Stručnjaci stigmatiziraju pacijente oboljele od poremećaja mentalnog zdravlja iz sljedećih razloga. Pesimistični su u pogledu oporavka svojih pacijenata, unatoč svim znanstvenim dokazima koji upućuju na to da je u stvarnosti upravo suprotno. Prognoza za većinu mentalnih poremećaja daleko je bolja nego za većinu kroničnih fizičkih bolesti. Stručnjaci se rijetko susreću s oporavljenim pacijentima, k njima dolaze samo oni kojima je potrebna pomoć. Drugi razlog je potreba za održanjem distance i superiornosti, ukratko, riječ je o potrebi za moći koja se može lako zadovoljiti u bilo kojoj vrsti ustanove. Većina stručnjaka tvrdi da ne stigmatiziraju, da problemi nastaju zbog preosjetljivosti pacijenata na ono što im kažu. Takva anticipirana diskriminacija pridonosi stresu pacijenta. Stigma usmjerena protiv stručnjaka također je razmjerno česta – stručnjake se često doživljava kao arogantne i nerazumljive, pa stoga pacijenti u njih nemaju ni povjerenja. To vodi prema odgađanju traženja pomoći. Istraživanja pokazuju da većina ljudi s mentalnim poremećajima nikada ne zatraži liječničku pomoć. Dijagnoze koje za sobom povlače najveću stigmatizaciju su ovisnost o alkoholu, poremećaji prehrane, poremećaji ličnosti, samoozljeđivanje i shizofrenija. Najstigmatiziranije skupine bolesnika su muškarci s financijskim problemima i beskućnici. Diskriminatorno ponašanje osoblja povećava se u slučaju zauzimanja stava da je za svoju bolest kriv sâm pacijent, čestih hospitalizacija pacijenta, pretpostavke da je pacijent sklon nasilju ili kriminalnim radnjama, uvjerenja da pacijent ima male šanse za oporavak ili, na kraju, uvjerenja u nepoštenje pacijenta. Osim patroniziranja, dvostruki standardi uobičajena su vrsta stigmatizacije – svaki se postupak prosuđuje prema dijagnozi pacijenta, čak i ako za to nema objektivnog razloga. Na primjer, uznemirenost pacijenta zbog kvalitete liječenja može se protumačiti kao uznemirenost zbog bolesti, čak i ako su njegove pritužbe opravdane. Osobe s mentalnim poremećajima susreću se s identičnom diskriminacijom u svim ustanovama, ne samo u bolnici. Stav stručnjaka prema osobama s mentalnim poremećajima znatno utječe na ponašanje drugih ljudi. Psihijatri i medicinske sestre koji svoju profesiju smatraju stresnom, napornom i nezadovoljavajućom navode javnost da apatiju, neznanje i loše postupanje s pacijentima smatraju prihvatljivim ponašanjem prema osobama s mentalnim poremećajima. S druge strane, predani stručnjaci koji

cijene svoj odabir zanimanja drugima pružaju primjer poštovanja, nade i potrebe za suradnjom.

10.1.4. Suočavanje sa stigmom

Prosvjedi

Prosvjedi su strategija kojoj se najčešće pribjegava u borbi protiv nepravde, bez obzira na to što je takva strategija uglavnom neuspješna. Osobe koje diskriminiraju druge sklone su se ponašati još diskriminativnije u slučaju da ih se izloži negodovanju i otporu. Manja je vjerojatnost da će prestati sa svojim ponašanjem ako im se budu nametala drugačija mišljenja. Prosvjed može pozitivno utjecati jedino na medijsku pokrivenost neke teme, posebno na one izvjestitelje koji još nisu formirali jasno mišljenje o konkretnom pitanju. Prosvjed je strategija koja traži reakciju; njime se nastoji umanjiti negativne stavove o mentalnim bolestima, ali se ne uspijeva promicati pozitivnije stavove s uporištem u činjenicama.

Obrazovanje

Uvjerenje o iracionalnosti predrasuda neizbježno dovodi do logičnog zaključka da se protiv njih može boriti razumom. Kad bismo bili u stanju u cijelosti razumjeti istinu o mentalnim poremećajima, osobama na koje mentalni poremećaji utječu i samima sebi, s lakoćom bismo mogli prevladati predrasude i tako oslabiti povezanost predrasuda i svojih emocija. Ova je teza osnova na kojoj se temelje svi programi edukacije za borbu protiv stigmatizacije, uključujući i one koji zagovaraju susrete između nediskriminiranih i diskriminiranih osoba. Promicanje jačanja svijesti o mentalnim bolestima daleko je najprihvaćenija metoda u borbi protiv stigmatizacije i diskriminacije. Ista metoda primijenjena je u kampanjama interkulturalnog dijaloga s ciljem borbe protiv rasizma i homofobije. Pretpostavljalo se da ljudi mogu „izbrisati“ predrasude posredstvom vlastitog razuma. Dokazano je da, iako pridonose poboljšanju odnosa i jačanju svijesti o pojedinom problemu, kratki obrazovni programi imaju tek kratkoročni učinak. Njihov učinak na diskriminativno ponašanje nije dokazan i postavlja se pitanje utječu li obrazovni programi na ponašanje ili samo na razumijevanje problematike. Činjenica da je šira javnost bolje upoznata s mentalnim poremećajima stigmatiziranim osobama ne znači mnogo. Čini se da je glavni problem programa edukacije u tome što je rasprava uvijek usmjerena na stigmatiziranu skupinu, a ne na skupinu koja stigmatizira. Umjesto da se pažnja usmjeri na osobe pune predrasuda prema drugima, glavni predmet rasprave su upravo osobe koje trpe predrasude, kao što je 1984.

godine pisao Henriques u svojoj knjizi „Promjena teme“. Idućih godina pokazalo se da je potrebno zaustaviti diskriminatorno ponašanje, i to u većoj mjeri nego uvjerenja, što zahtijeva poznavanje povijesti, institucija, zakonodavstva i kulturnih obilježja okoline u kojoj dolazi do diskriminacije.

Kontakt

Uspostavljanje izravnog kontakta s osobama koje su se oporavile od mentalnih bolesti još je jedan način edukacije. Priče i svjedočanstva osnaženih osoba snažno su oružje protiv stigmatizacije. Taj se pristup pokazao uspješnijim od programa edukativnih kampanja, posebno u borbi protiv straha, ali čak su i ti programi polučili željene rezultate tek u borbi protiv stereotipizacije, ali ne i socijalne distance. Odnos prema osobi s iskustvom mentalnog poremećaja ne utječe na društvenu narav stigme. Međutim, čak i učinci izravnog kontakta mogu se relativizirati, jer se lako može dogoditi da pojedinci osobu s kojom razgovaraju smatraju izuzetkom. Informirana i sposobna osoba ne utječe na ugled cijele skupine, osim u slučaju da se radi o službenom predstavniku određene skupine. Osobe s problemima mentalnog zdravlja znaju u kojim prilikama mogu očekivati stigmatizaciju u svakodnevnom životu. Stručni predstavnici oboljelih od poremećaja mentalnog zdravlja koji na konvencijama i seminarima sudjeluju kao govornici nisu tipični predstavnici skupine. Kao što je slučaj i kod stručnjaka, stručnim predstavnicima oboljelih od poremećaja mentalnog zdravlja potrebni su česti javni nastupi kako bi mogli zadržati svoj status. U skladu s tim, njihovo držanje odaje borbenost i prijezir te stalno nastojanje da u komunikaciji svojih kolega dobra zdravstvenog stanja pronađu pogreške. Oni zahtijevaju „primjereno“ ponašanje, u skladu s kodeksom ponašanja marginalizirane skupine. Njihova očekivanja znatno se razlikuju od razmišljanja većine i trude se biti pristojni i oprezni kako ne bi ugrozili svoj položaj. Većina pojedinaca s mentalnim poremećajima pokušava dokazati da su dobro prilagođeni, ponašajući se slično kao i drugi. Istodobno, nastoje prenijeti poruku da nisu poput drugih; da su u nepovoljnijem položaju, što treba prihvatiti kao činjenicu. Većina diskriminiranih osoba razvila je pažljiv i vješt oblik komunikacije, koji im omogućuje bar djelomično prihvaćanje drugih i sprječavanje ozbiljnijih problema.

10.1.5. Aktivnosti koje daju rezultate

Dokazano je da bi programi za borbu protiv stigme trebali slijediti međunarodne pravne akte (Konvencija UN-a o pravima osoba s invaliditetom) kako bi poboljšali ekonomski položaj i smanjili političke i socijalne prepreke socijalnoj uključenosti i političkoj participaciji osoba s invaliditetom, kao i zagovarati nužnost provedbe višerazinskih i višeslojnih kampanja protiv stigme,

usmjerenih na promjenu ponašanja. Osim toga, širim javnim strukturama trebalo bi postaviti izazov zakonodavstvom i zagovaranjem.

Uspješni programi za borbu protiv stigme slijede ove postavke:

1. Korisnici usluga i osobe koje se o njima skrbe moraju biti uključeni u cijeli proces: od planiranja, preko implementacije do evaluacije i kontrole.
2. Kampanje moraju proći proces ocjenjivanja.
3. Kampanje bi trebalo provoditi na nacionalnoj razini i razmotriti mogućnosti za lokalne inicijative (na primjer učitelji provode program borbe protiv stigmatizacije u školama).
4. Kampanje bi trebale biti usmjerene na promjenu ponašanja.
5. Poruke moraju biti jasne.
6. Kampanja treba biti kontinuirana i financirati se iz javnih sredstava.
7. Akcije je potrebno provoditi na različitim razinama.
8. Potrebna je podrška vlasti.
9. Uspješne kampanje traju i po nekoliko godina, a često i desetljeća.
10. Uspješne kampanje usmjerene su na različite potrebe.
11. Koordinacija se provodi na lokalnoj, regionalnoj i nacionalnoj razini.

Primjeri dobre prakse

Opening Minds Canada naziv je programa edukacije temeljenog na ostvarivanju kontakta koji uključuje osobe s iskustvom mentalne bolesti koje dijele svoje osobne priče o oporavku, što je jedna od najperspektivnijih strategija borbe protiv stigme uz postavljanje četiri optimalna uvjeta koje treba ispuniti u ostvarivanju kontakta (ravnopravnost, posvećenost zajedničkom cilju, podrška vlasti, suradnja). Program edukacije o borbi protiv stigme kod mladih utjecao je na promjenu stereotipa, kod zdravstvenih djelatnika patronizirajući stav zamijenilo je poznavanje koncepta klijenta-učitelja kroz iskustvo na osobnoj razini, obrazovna komponenta usmjerila se na razbijanje mita u ohrabrujućem i interaktivnom formatu, usporedbu između mentalnih i fizičkih bolesti i primjenu tog iskustva na razini radnog mjesta pojedinca, kao i planiranje aktivnosti i obećanje pojedinca da će promijeniti svoje ponašanje. Okruženje u kojem osoba s iskustvom mentalne bolesti dijeli svoju osobnu priču razbija stereotipe pružatelja zdravstvenih usluga. Proživljeno iskustvo daje bolje rezultate od kontakta kroz priču snimljenu u formatu videoprikaza. Radionice koje omogućuju zdravstvenim djelatnicima da pronađu odgovore na pitanja „Što reći i što učiniti da pomognem pacijentu?“, odnosno, praktične vještine za komunikaciju također su vrlo djelotvorne.

Like Minds, Like Mine uspješan je program borbe protiv stigme na Novom

Zelandu za povećanje socijalne inkluzije i smanjenje diskriminacije. Riječ je o javnoj kampanji u borbi protiv stigme koja traje od 1996. godine, a za provedbu kampanje zaduženo je Ministarstvo zdravstva (Nacionalni plan). Nacionalni sastanci organizirani su kako bi okupili stručnjake po iskustvu i druge dionike „s ciljem stvaranja nacije koja cijeni i u društvo uključuje osobe s poremećajima mentalnog zdravlja“. Ovim projektom obuhvaćeno je i osnaživanje klijenata, jačanje svijesti šire javnosti putem medija kroz osobna svjedočanstva. Ovaj kontinuirani program temeljen na suradnji medija i modelu zaštite ljudskih prava, socijalnih prava i prava osoba s invaliditetom doveo je do navedene misije na nacionalnoj razini, sveobuhvatnim unaprijeđenjem politike i prakse koje se odnose na borbu protiv diskriminacije u svim ustanovama i organizacijama. Osobe s proživljenim iskustvom mentalne bolesti imale su središnju ulogu u stvaranju tih promjena. Program je trajao 12 godina. Prema definiciji, učinkovitim kontaktom smatra se ciljani, kontinuirani, lokalni i vjerodostojni kontakt. Dokazan je općeniti porast pozitivnih stavova i prihvaćanja te smanjenje negativnih stavova i povećanje prihvaćanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja. Ekonomska procjena pokazuje da je na temelju pet milijuna utrošenih dolara ostvaren profit od 720 milijuna dolara kroz kvalitetniju politiku zapošljavanja – i to smanjivanjem diskriminacije od poslodavaca.

Danska nacionalna kampanja za borbu protiv stigme *One of US* prisutna na nacionalnoj, regionalnoj i lokalnoj razini kroz društvene kontakte, video-snimke, fotografije, razbijanje mitova, organizaciju javnih događanja, festivala, radionica i konferencija vrlo je slična slovenskoj kampanji za borbu protiv stigme koja nikada nije dobila mogućnost javnog financiranja niti je dosegula utjecaj na nacionalnoj razini, korištenjem svjedočanstava ambasadora kampanje, među kojima su bile i poznate osobe, i putem društvenih mreža imala je gospodarski utjecaj te je snažno utjecala na diskriminatorne stavove, čak i kod psihijatrijskog osoblja. Izrađeni su plakati i leci kako bi se privukla pažnja zdravstvenog osoblja, na primjer „Pogledajte osobu skrivenu iza dijagnoze“ ili „Jeste li svojeg pacijenta pitali za mišljenje?“.

Najpoznatija i najveća kampanja protiv stigme svih vremena *Time to Change – TTC* provodi se u Engleskoj od 2007. godine, a vode je nezavisne nevladine organizacije Mind i Rethink Mental Illness. Ova je kampanja prošla temeljitu evaluaciju Instituta za psihijatriju na King's Collegeu u Londonu. Prije kampanje istraživači su otkrili da je 49 % osoba s mentalnim poremećajima doživjelo uznemiravanje ili napad te da su doživjeli otpuštanje s posla, kao i da je u toj skupini prisutna anticipirana diskriminacija koja se ogledala u tome da se zbog očekivanja da će biti diskriminirani nisu usudili prijaviti na natječaj za posao.

Sadrži 35 projekata: lokalne inicijative u zajednici, nacionalni program visoke razine, masovno sudjelovanje u tjednu promicanja tjelesne aktivnosti, pravne usluge i edukaciju učenika i studenata. No ključni element je oglašavanje, kampanja na društvenim medijima, a i informiranje javnosti i aktivnosti koje se provode u zajednici. Cilj kampanje promjena je ponašanja, što se smatra važnijim od promjene stereotipa i predrasuda.

U jednogodišnjem razdoblju kroz kampanju postiglo se:

- smanjenje diskriminacije od 4 %, prema izjavama osoba s proživljenim iskustvom poremećaja mentalnog zdravlja
- smanjenje prijavljenoga gubitka radnog mjesta od 6 % zbog poremećaja mentalnog zdravlja
- u aktivnosti ove kampanje uključilo se više od 117 organizacija.

Kampanja je dio nacionalne strategije i uglavnom se financira kroz proračun Ministarstva zdravstva. Društveni marketing temeljna je aktivnost kojom se omogućuje direktni kontakt s osobama s poremećajem mentalnog zdravlja.

Rukovodstvo kampanje čini 12 osoba s proživljenim iskustvom poremećaja mentalnog zdravlja. Oni djeluju kao savjetodavni odbor TTC-a i pripremaju preporuke o načinu uključivanja i komunikacije s osobama s poremećajem mentalnog zdravlja. Radi se o skupini koja ocjenjuje napredak, a njezini su članovi ambasadori i ključni govornici kampanje.

Dokazi o prvim godinama kampanje upućuju na smanjenje stigmatizacije u javnosti i porast stope traženja pomoći. Poboljšanje se najprije osjetilo u području zapošljavanja: o tome svjedoče izvješća o prilagođavanju radnih uvjeta i, barem u početku, slabljenje diskriminacije na radnom mjestu. Mediji su počeli pozitivnije izvještavati o mentalnim poremećajima.

Kampanja se svake godine ocjenjuje kroz anketiranje o javnom mnijenju u pogledu stereotipa, mišljenja korisnika usluga i anticipirane diskriminacije, analizom medijskih napisa i ekonomskom analizom koja je pokazala jasnu korist za gospodarstvo.

Preporuke kampanje su:

Potrebna je evaluacija programa protiv stigme.

Glavni alat borbe protiv diskriminacije je kontakt s korisnicima usluga.

Osnaživanje osoba s mentalnim poremećajima je važno kako bi se moglo reagirati na stigmatu i diskriminaciju.

Nacionalni i lokalni planovi imaju učinka ako se izvode dovoljno dugo i kontinuirano.

U kasnijim fazama evaluacije rezultati su ohrabrujući. Desetogodišnji trend u razdoblju od 2003. do 2013. godine pokazuje ostvareni postupni napredak u pogledu dostignuća, usprkos ekonomskoj recesiji koja pogoršava stigmatizaciju i diskriminaciju.

ZAKLJUČAK

Osobe s poremećajima mentalnog zdravlja trebalo bi spomenuti u svakom razgovoru o marginaliziranim skupinama koje pate zbog stigmatizacije i diskriminacije. Osobe s poremećajima mentalnog zdravlja imaju pravo na dostupne i pravovremene kvalitetne usluge i na mogućnost sudjelovanja u svim životnim područjima. Usluge moraju biti prilagođene potrebama pacijenata, a ne potrebama pružatelja usluga i kreatora politika. Potrebno je osigurati zaštitu od zlostavljanja i nasilja. Obitelj koja svojem oboljelom članu pruža pomoć i podršku treba dobiti pomoć i poštovanje. Djeci treba govoriti o poštovanju razlika i pomirenju. I na kraju: borba protiv stigmatizacije srž je promicanja zaštite mentalnog zdravlja i prevencije.

Literatura

1. Angermeyer MC, Matschinger H. Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 1996 Mar;93(3):199-204.
2. Angermeyer MC, Schulze B, Dietrich S. Courtesy stigma. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38(10):593-602.
3. Angermeyer MC, Matschinger H, Corrigan PW. Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophr Res.* 2004 Aug 1;69(2-3):175-82.
4. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry.* 2009 May;24(4):225-32.
5. Anthony WA. A recovery-oriented service system: setting some system level standards. *Psychiatr Rehabil J.* 2000;24(2):159-68.
6. Becker DR, Drake RE, Bond GR, Xie H, Dain BJ, Harrison K. Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. *Community Ment Health J.* 1998 Feb;34(1):71-82.
7. Brockington IF, Hall P, Levings J, Murphy C. The community's tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry.* 1993 Jan;162:93-9.
8. Brohan E, Thornicroft G. Stigma and discrimination of mental health problems: workplace implications. *Occup Med (Lond).* 2010 Sep;60(6):414-5.
9. Chapple B, Chant D, Nolan P, Cardy S, Whiteford H, McGrath J. Correlates of victimisation amongst people with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004 Oct;39(10):836-40.

10. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull.* 2001;27(2):219-25.
11. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry.* 2002 Feb;1(1):16-20.
12. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull.* 2004;30(3):481-91.
13. Corrigan PW, McCracken SG. Place first, then train: an alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. *Soc Work.* 2005 Jan;50(1):31-9.
14. Crisp A, Gelder M, Goddard E, Meltzer H. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry.* 2005 Jun;4(2):106-13.
15. Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ.* 2001 Jan 27;322(7280):204-8.
16. Evans-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G. Public knowledge, attitudes and behaviour regarding people with mental illness in England 2009-2012. *Br J Psychiatry Suppl.* 2013 Apr;55:51-7.
17. Gaebel W, Roessler W, Sartorius N. *The stigma of mental illness- end of the story?* Geneva: Springer; 2017.
18. Goffman E. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates.* New York: Doubleday Anchor; 1961.
19. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity.* Harmondsworth: Pelican Books; 1963.
20. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health.* 2013 May;103(5):777-80.
21. Honkonen T, Henriksson M, Koivisto AM, Stengård E, Salokangas RK. Violent victimization in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004 Aug;39(8):606-12.
22. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatize their patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(s429):51-9.
23. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 2007 Nov;116(5):317-33.
24. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull.* 2006 Oct;32(4):709-14.
25. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry.* 2010 Nov;167(11):1321-30.
26. Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P. Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *Int Rev Psychiatry.* 2005 Apr;17(2):123-31.

27. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med.* 2003 Jan;56(2):299-312.
28. Schulze B, Richter-Werling M, Matschinger H, Angermeyer MC. Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2003 Feb;107(2):142-50.
29. Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness.* Oxford: University Press; 2006.
30. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, Katschnig H, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet.* 2009 Jan 31;373(9661):408-15.

10.2. Program prevencije samostigmatizacije

Sladana Štrkalj Ivezić

Stigma povezana sa psihičkom bolesti i sa svime što je u vezi sa psihičkom bolesti – oboljelih, njihovih obitelji, psihijatrijskih institucija, psihofarmaka – jedna je od glavnih prepreka boljoj brizi za mentalno zdravlje i boljoj kvaliteti života oboljelih. Oboljeli od psihičkih poremećaja smatraju da stigma negativno utječe na njihov život, osobito da smanjuje njihovu vjerodostojnost, da ih čini bespomoćnim i da dovodi do socijalne distance.

Kada se nekoga označi psihički bolesnim, dolazi do dvije vrste poteškoća na razini osobe: skrivanje, sniženo samopoštovanje i sram, te na razini društva: socijalna izolacija, predrasude i diskriminacija. Svijest o stigmati ne znači automatsko slaganje sa stigmom, međutim osobe sa psihičkom bolesti koje se slažu sa stereotipom, slažu se da su manje vrijedne i nesposobne, što je predrasuda prema sebi. Visoka razina samostigmatizacije povezana je sa smanjenim samopouzdanjem. Globalni doživljaj samopouzdanja uključuje procjenu stupnja voljenosti, kompetentnosti, moralne vrijednosti i sposobnosti upravljanja vlastitim životom te je povezan s doživljajem osnaženosti. Osobe s niskim samopouzdanjem na sebe gledaju kao na osobe s greškom, koje ne vrijede i nemaju zašto na sebe biti ponosni.

Osobe sa psihičkom bolesti često razviju niz negativnih vjerovanja o anticipiranoj diskriminaciji i devaluaciji društva, čak i kada osobno nisu doživjeli stigmatu i diskriminaciju. Tako je jedno istraživanje pokazalo da je anticipacija diskriminacije u traženju i zadržavanju posla bila prisutnija u osoba koje nisu imali osobna iskustva diskriminacije u odnosu na osobe koje su imale iskustva diskriminacije. Velik broj osoba prestao je tražiti posao zbog anticipacije diskriminacije jer su očekivali da ga ne bi dobili, slično je bilo i s intimnim relacijama, pa tako možemo očekivati da će se velik broj osoba socijalno povući, odustajati od ostvarenja svojih ciljeva jer ne vjeruje da ih zbog stigme i diskriminacije može ostvariti. Govori se o začaranom krugu stigme, o lancu povezanih posljedica na razini osobe, obitelji, službi liječenja i društva u cjelini. Promjena dijela lanca začaranog kruga može dovesti do promjena i u drugim dijelovima. Programi osnaživanja koji pomažu ljudima da ustraju u svojim ciljevima, povećaju samopouzdanje, odbace stigmatu kao osobno relevantnu i

povećaju vještinu postupanja sa stigmom i diskriminacijom pomažu u prekidu začaranog kruga negativnih posljedica stigme.

10.2.1. Samostigmatizacija ili internalizirana stigma

Prepoznavanje postojanja stigme i diskriminacije prema oboljelima od psihičke bolesti ne mora nužno imati negativne utjecaje na sve oboljele. Tako na neke stigma nema utjecaja, a neke može čak i osnažiti, što ovisi o okruženju u kojem osoba živi i osobnosti.

Nažalost, ipak će još uvijek velik broj osoba reagirati na stigmatu razvojem samostigmatizacije, slaganjem sa stereotipnim vjerovanjima o osobama sa psihičkom bolesti. Rezultati istraživanja u okviru studije koja je uključila 14 europskih zemalja na ispitanicima oboljelim od shizofrenije pokazali su da je 41,7 % ispitanika imalo umjeren do visok stupanj samostigmatizacije, a 69,4 % je anticipiralo diskriminaciju.

Kada oboljeli od psihičke bolesti vjeruju da će ih ljudi obezvrijediti i odbaciti zato što imaju psihičku bolest, to može uzrokovati niz posljedica kao što su demoralizacija, nisko samopouzdanje, poteškoće socijalne adaptacije, nezaposlenost, gubitak financija i smanjena suradnja u uzimanju lijekova te smanjena suradnja u rehabilitaciji. Nisko samovrednovanje i samoprocjena te samodiskriminacija značajno interferiraju sa životnim ciljevima, kvalitetom života bolesnika i prilikom za oporavak, kao i osjećajem sigurnosti u vlastitu budućnost. Stigma i samostigmatizacija stvaraju osjećaj niskog samopoštovanja, demoraliziranosti i straha bolesnika da će biti odbačeni, zbog čega i sami bolesnici izbjegavaju komunikaciju.

Rezultati velikog broja istraživanja pokazali su da samostigmatizacija ima niz negativnih posljedica. Internalizirana stigma povezana je s poteškoćama u subjektivnom i objektivnom oporavku, smanjenjem samopoštovanja, niskim samopouzdanjem, niskom kvalitetom života, osiromašenjem socijalnih odnosa, povećanjem rizika za depresiju, s nedostatkom nade, suicidalnim rizikom, niskim sudjelovanjem u rehabilitaciji, sniženoj radnoj sposobnosti te negativnog ishoda bolesti i smanjenja osnaženosti, s povećanjem psihopatologije te pridonosi smanjenju uvida.

Internalizirana stigma potiče pripisivanje vlastite odgovornosti za nastanak bolesti i povećava strategije sučeljavanja sa stigmom vezane za povlačenje/socijalnu izolaciju i skrivanje informacija o bolesti. Samostigmatizacija negativno utječe na suradljivost u liječenju, traženje profesionalne pomoći, može utjecati na rehabilitacijske ciljeve kao što je na primjer traženje

posla, može smanjiti sposobnosti za samostalni život i puni društveni život. Samostigmatizacija dovodi do povećanja potrebe za hospitalizacijom. Zbog samostigmatizacije mnoge osobe s internaliziranom stigmom vjeruju da im se ne može pomoći, pa ne žele prihvatiti liječenje i druge oblike socijalne rehabilitacije.

Samostigmatizacija ili internalizirana stigma odnosi se na proces prihvaćanja stavova povezanih sa psihičkom bolesti, što dovodi do smanjenja samopoštovanja i samoefikasnosti. Osoba s internaliziranom stigmom slaže se sa stigmatizirajućim stavovima sredine, za razliku od osoba koje su svjesne postojanja negativnih stavova sredine, ali se s njima ne slažu. Internalizirana stigma ne odnosi se samo na prihvaćanje stigmatizirajućih stavova, nego i na opći doživljaj da se osoba ne uklapa u društvenu sredinu.

Samostigma je devaluacija, sram, tajna i povlačenje potaknuto stereotipima o sebi. Sram povezan sa samostigmatizacijom dovodi do toga da osoba sumnja je li uopće sposobna živjeti samostalno, zadržati posao, zaraditi novac za život ili pronaći intimnog partnera.

Premda se osobe sa psihičkom bolesti uspiju osloboditi simptoma bolesti i svoje nesposobnosti, moraju svladati samostigmatizaciju – vjerovanje da nisu punovrijedni članovi društva u čemu trebaju pomoć stručnjaka i društva jer je za mnoge samostigmatizacija prepreka da uspostave vrijedne ciljeve.

Da bi netko bio samostigmatiziran, nije dovoljna samo svijest o postojanju stereotipa koji opisuje stigmatiziranu grupu, nego se mora slagati s tim stereotipom i primijeniti ga na sebe. Uz svijest o stereotipu da su osobe sa psihičkom bolesti slabiji, treba postojati slaganje s tim stavom i primjena na svoju situaciju, dakle „Ja sam slab jer imam psihičku bolesti, stoga za to moram biti odgovoran“.

Osoba koja se samostigmatizira doživljavat će se neadekvatnim ili slabim ako treba tražiti profesionalnu pomoć, stoga joj treba promijeniti predodžbu te naglasiti da je osoba koja traži pomoć zbog poteškoća jaka, a ne slaba.

Internalizirana stigma ili samostigma odnosi se na proces putem kojeg osoba sa psihičkom bolesti prihvaća stigmatizirajuće stavove društva (opasnost, nekompetentnost), kao posljedica stigme javlja se ograničavanje očekivanja koje je osoba ranije imala (na primjer da postane student, da se zaposli, da ima djecu i slično), stoga se samostigma definira i kao svjesni ili nesvjesni proces u kojem osoba prihvaća smanjena očekivanja.

Samostigma je povezana s doživljajem gubitka samopoštovanja, digniteta, straha, srama i krivnje. Stoga oboljelima treba pomoći da se oslobode ovih osjećaja i rade na povećanju samopouzdanja i oporavku.

Samostigmatizacija može dovesti do transformacije identiteta u kojem je osoba izgubila svoj raniji ili željeni identitet, na primjer izgubila ranije uloge ili želje da postigne te uloge (uloga studenta, radnika, roditelja i drugo) i prihvatila stigmatizirajuće stavove sebe kao nekompetentne osobe te zamijenila identitet osobe s identitetom bolesnika. Identitet bolesnika značajno utječe na oporavak od psihičke bolesti stoga mu je potrebno posvetiti pažnju i prevenirati njegov nastanak. Identitet bolesnika odnosi se na uloge i stavove koje je osoba razvila u odnosu na njezino osobno razumijevanje što znači imati mentalni poremećaj. Riječ je o prihvatanju definicije mentalnog poremećaja sa značenjem neadekvatnosti i nekompetentnosti što znatno utječe na gubitak nade i samopoštovanje te povećava suicidalni rizik, utječe na socijalno i radno funkcioniranje i težinu simptoma.

Identitet bolesnika odnosi se na situaciju kada bolest postaje vodeće obilježje ličnosti oboljelog od psihičkog poremećaja, kada oboljeli od psihičke bolesti kao svoje glavno obilježje koje ga definira kao osobu iznosi svoju bolest, a zanemaruje druga obilježja ličnosti, na primjer ja sam dobar prijatelj, dobar radnik, pomažem ljudima, ljubazna sam osoba, imam svoje hobije. Osoba koja nema identitet bolesnika ponajprije će se vidjeti kao osobu koja ima različita obilježja, a među ostalim se liječi od shizofrenije, dakle reći će ja sam prije svega osoba koja se liječi od shizofrenije, dok će osoba koja ima identitet bolesnika reći ja sam shizofreničar i pri tome će zanemariti većinu drugih svojih obilježja koja ga čine jedinstvenom osobom.

Utjecaj socijalne stigme na doživljaj samoga sebe – *self* koncept – najčešće dovodi do smanjenja samopoštovanja i samopouzdanja i povlačenja od socijalnih odnosa pa postoji opasnost da će mnogi zbog anticipacije odbacivanja i diskriminacije obrambeno koristiti izbjegavanje komunikacije da bi izbjegli odbijanje, što dovodi do negativnih posljedica i poteškoća socijalne adaptacije te znatno ometa njihov oporavak.

Povlačenje iz društva kao strategija nošenja s bolesti vodi do višeg stupnja tjeskobe i povećava doživljaj stigmatiziranja te smanjuje osnaživanje, što pomaže održavanju začaranog kruga stigme.

Utjecaj očekivanih negativnih reakcija društva prema osobama sa psihičkom bolesti, kao što su tjeskoba, ljutnja, ismijavanje, zgražanje, dovodi do povećanja osjećaja inferiornosti i proizvodi tjeskobu te depresiju, što utječe na smanjenje interakcija s drugim ljudima.

Način na koji se sama osoba odnosi prema svojoj bolesti može biti stalni izvor stresa i tjeskobe, čak i kada nema diskriminacije.

U terapijskom pristupu oboljelima od psihičke bolesti za povoljan ishod

bolesti važna je promjena percepcije negativnih očekivanja svih sudionika u liječenju i kreiranje terapijske sredine koja omogućuje oporavak. Stoga je prvi korak nakon postavljanja dijagnoze ispitivanje značenja koje osoba pridaje bolesti. Nakon postavljanja dijagnoze važno je pomoći osobi da proradi svoju reakciju na bolest na način koji će prevenirati samostigmatizaciju i potaknuti proces oporavka. Važno je prevenirati razvoj identiteta bolesnika, odnosno ne dopustiti osobi da ostane „zarobljena“ u identitetu bolesnika povezanog s lošom prognozom bolesti. Posljedica prihvatanja identiteta bolesnika bit će smanjeno sudjelovanje u liječenju i socijalno isključivanje. Kvalitativna istraživanja pokazala su da je konstrukcija novog *selfa* važna za proces oporavka i da je pomak od identiteta bolesnika na identitet osobe važan za oporavak. Kvalitativna istraživanja pokazala su i da sudjelovanje u radu udruga korisnika usluga u mentalnom zdravlju pomaže u izgradnji novoga osnaženog identiteta odmaknutog od internalizirane stigme.

10.2.2. Utjecaj stavova stručnjaka na proces samostigmatizacije

Odnos terapeut – pacijent ključan je u prevenciji samostigmatizacije i razvoja identiteta bolesnika. Zato je jedna od prvih strategija u prevenciji samostigmatizacije preispitivanje stavova terapeuta koji mogu nepovoljno djelovati na proces stigmatizacije. Stavovi terapeuta ne smiju biti opterećeni očekivanjem loše prognoze, nego moraju uključivati nadu i optimizam oporavka i pristup koji osnažuje.

Stavovi stručnjaka o kroničnosti mentalnih poremećaja u smislu neizlječivosti i smanjenim mogućnostima za oporavak mogu znatno utjecati na prihvatanje i razvoj samostigmatizirajućih stavova kod oboljelih. Mnoge bolesti u medicini imaju kroničan tijek, što znači da se bolest ponavlja ili ostavlja neka ograničenja u funkcioniranju, međutim zadovoljavajući život može se voditi usprkos ograničenjima koja proizlaze iz bolesti. Mnogi pacijenti koji su u psihijatriji označeni kroničnim vjeruju da to znači biti neizlječiv, nesposoban, bez budućnosti, nažalost, jedan dio stručnjaka dijeli to mišljenje, što može imati nepovoljne psihološke posljedice u vidu demoralizacije i odustajanja u aktivnom sudjelovanju u liječenju i ostvarenju životnih ciljeva. Kroničnost u ovom kontekstu ima stigmatizirajuće značenje i pacijenti trebaju pomoć da kroničnost ne dožive kao nemogućnost vođenja života zadovoljavajuće kvalitete. Kako bi se odmaknuli od stigmatizirajućeg značenja kroničnosti, važno je da se stručnjaci pažljivo koriste ovim terminom te daju realističnu nadu da osoba može živjeti dobro i uspješno čak i kada postoji kronično stanje. Kada se kronično poistovjeti s neizlječivim i kada oboljeli prihvaćaju ovu

definiciju, tada postoji velika opasnost da se realizira samispunjavajuće proročanstvo o lošoj prognozi jer osobe imaju smanjena očekivanja, odustaju od planova te si postavljaju pitanje „Zbog čega se uopće truditi?“, demonstrirajući tako gubitak nade i optimizma nužnih za uspješno liječenje i oporavak. Stoga je potrebno prekinuti začarani krug kroničnosti koji se uspostavlja međudjelovanjem percepcije negativnog ishoda bolesti stručnjaka temeljenog na kroničnosti a ne na oporavku, ispunjavanje negativnog proročanstva od bolesnika preko preuzimanja identiteta bolesnika i strukturnom diskriminacijom preko nedostataka službi i programa za mentalno zdravlje u zajednici koje potiču oporavak. Ovaj začarani krug treba prekinuti u bilo kojem njegovu dijelu: na razini odnosa liječnik – pacijent, odnosa bolesnika prema samom sebi, poboljšanjem programa liječenja, što će pridonijeti boljim rezultatima liječenja oboljelih od psihičke bolesti i prevencija samostigmatizacije.

Prikaz primjera iz prakse

Marko ima 32 godine. Završio je srednju tehničku školu, bio je zaposlen prije prve epizode bolesti u dobi od 20 godina, ali je posao izgubio zbog stigme nakon liječenja kada se saznalo da se liječi na psihijatriji. Od tada je do uključivanja u program rehabilitacije više puta hospitaliziran. Postavljena je dijagnoza shizofrenije. Tijekom 12 godina liječenja prije upućivanja u program rehabilitacije često je prekidao s uzimanjem lijekova i konzumirao alkohol. Na psihijatrijskom nalazu prilikom upućivanja u program rehabilitacije je navedeno: Prevladavaju simptomi deficita, kronično stanje. Živi s majkom i bratom s kojima je često u konfliktu zbog njihova inzistiranja da redovito uzima lijekove. Nakon gubitka posla nije niti pokušavao pronaći posao jer se bojava da će dobiti otkaz ako poslodavac sazna da se liječio na psihijatriji, stoga je prihvatio prijedlog socijalne skrbi da pokrene postupak za invalidninu što je i ostvario. Smatrao se invalidom pa je zbog toga smatrao da ništa ne mora i ne može raditi i da će drugi sve obavljati za njega. Tako je brigu o sebi prepustio obitelji. Zbog straha od odbacivanja nije se družio s ljudima, socijalno se isključio, bojava se da će ga netko pitati o liječenju na psihijatriji zbog čega je osjećao sram.

Tijekom procesa procjene u Centru za rehabilitaciju Marko je naveo da želi spriječiti ponovnu hospitalizaciju, saznati nešto više o svojoj bolesti, poboljšati odnose s obitelji, uspostaviti vezu s prijateljima i pronaći posao. Identificirane su poteškoće koje ga u tome sprječavaju: nedostatak uvida u bolest, loši odnosi s majkom i bratom, socijalna izolacija, sram i stigma te nedostatak radnog iskustva. Plan liječenja uključio je psioedukaciju uključujući rad sa samostigmatizacijom i postupcima u sučeljavanju sa stigmom,

prevenciju recidiva bolesti, trening socijalnih vještina, povećanje kapaciteta za posao te rad s obitelji. Terapijski tim je procijenio da je ključno u programu liječenja obnoviti nadu da može ostvariti svoje ciljeve za što mu je potrebna profesionalna podrška. Tijekom procesa rehabilitacije mogli smo analizirati čimbenike koji su pridonijeli kroničnosti te planirati oporavak. Analizirali smo što je podržavalo kroničnost u sustavu liječenja kojemu je Marko bio izložen prije rehabilitacije i utvrdili sljedeće čimbenike: nedostatak uvida u bolest bez pokušaja kontinuirane psihoedukacije kako bi bolje mogao razumjeti potrebu za liječenjem, dobio je poruku da se radi o kroničnoj bolesti koja se može samo zaliječiti, što je razumio kao da je neizlječiv slučaj i da nema nada za oporavak; procijenjen je nesposobnim za posao pa je smatrao da ne treba ništa raditi, smatrao je da je obitelj odgovorna za njegovu hospitalizaciju što je često izazivalo svađe u obitelji. Većina poruka koje je dobio tijekom liječenja prije rehabilitacije bile su poruke o neočekivanju oporavka što je odredilo njegove stavove o sebi: „Prije liječenja u Centru za rehabilitaciju mislio sam da sam propao i uništen čovjek, da je moj život stao zato što imam dijagnozu shizofrenije, vjerovao sam da je život za mene gotov, da nikada neću imati djevojku i normalan život.“

Mnogi pacijenti poput Marka osjećaju da su dobili dijagnozu zajedno s lošom prognozom i da je dijagnoza povezana s lošim ishodom, da su lišeni bilo kakve nade u to da se mogu oporaviti ili voditi zadovoljavajući život, stoga je potrebno što prije razgovarati o značenju koje pacijent pridaje dijagnozi. Identitet bolesnika, stigma i socijalna isključenost pridonosili su kroničnosti u smislu onesposobljenosti. „Bio sam nesiguran, odluke sam prepuštao obitelji i socijalnom radniku jer sam mislio da tako treba, da sam bolestan i da ne mogu donositi odluke, oni znaju bolje od mene. Tako su se i oni ponašali.“ Identitet psihijatrijskog bolesnika je interpersonalni i socijalni proces, a ne neizostavno dio bolesti, stoga pacijenti trebaju terapijsku pomoć za prevenciju ovoga postupka, kao i za prevenciju samostigmatizacije i socijalne izolacije. Marko se sramio, izbjegavao je ljude, bojao se da će ga pitati o bolesti te da će ga zbog toga ismijavati i poniziti. U ovom slučaju socijalna izolacija, povlačenje od društva služi kao obrana od povrede zbog očekivanog odbijanja društva.

Proces rehabilitacije u koji je bio uključen doveo je do osnaženja i pokrenuo je proces oporavka. „U Centru sam naučio da je vrlo važno kako se odnosim prema bolesti i da time mogu dosta toga promijeniti. Naučio sam da sam vrijedan kao osoba i da to nema veze s bolesti. Čak sam počeo razmišljati o tome da mi je bolest pomogla da postanem bolji, sada imam više razumijevanja za ljude.“ U procesu rehabilitacije Marko je bio osnažen. Osnaživanje potiče doživljaj samopoštovanja i samoefikasnosti, pomaže da osoba preuzme

odgovornost za svoj život uključujući liječenje i donošenje važnih odluka. Proces oporavka potiče obnovu oštećenja doživljaja sebe nastalog nakon spoznaje o psihičkoj bolesti.

„Ovdje sam naučio što je bolest, a što stvarnost. Moj odnos prema lijekovima se promijenio, gledam na njih kao na stvari koje pomažu mojem mozgu da bolje mislim.“ Psihoedukacija pomaže da se prepoznaju simptomi bolesti, poveća samopouzdanje u sposobnosti upravljanja vlastitom bolesti te razumije iskustvo bolesti kao životno iskustvo. „Oslobodio sam se nelagode vezane za shizofreniju, shvatio sam da je to samo bolest koja se liječi i da se nemam zbog čega sramiti, iako mi je malo neugodno kada se sjetim što sam sve u bolesti zamišljao.“ Marko je pobijedio samostigmatizaciju. Stoga prevencija samostigmatizacije treba biti dio sveobuhvatnog liječenja.

„Također sam naučio vještine kako bolje komunicirati s ljudima, da se ne bojim poteškoća koje dolaze u životu, da ću ih moći riješiti i da ću znati potražiti pomoć.“

„Dobio sam priliku da se iskušam u poslu. Ohrabren sam da pokušam naći posao.“

Vještine su važne za život u zajednici. Što osoba ima više vještina, treba manje podrške i snažnija je. „Sada odluke donosim sam i preuzimam odgovornost za svoje postupke, iako se često savjetujem s obitelji, prijateljima i stručnim timom. Na svoj odnos s majkom i bratom gledam drugačije, oni me razumiju i na njih mogu računati, nema više svađe.“ Obitelj je bila motivirana za suradnju. Razgovori u grupi s obitelji pomogli su da ga majka ne kritizira na način koji ga iritira. „U Centru sam naučio prepoznati svoje sposobnosti i sam ih početi cijeniti, to me je ispunjavalo ponosom.“ O snaživanje se odnosi na prepoznavanje i razvoj snage (vještina, kapaciteta) koju osoba posjeduje ili može razviti doživljaj samoefikasnosti i samopouzdanja da imamo sposobnosti da postignemo željene ciljeve, doživljaj svrhovitosti i aktivnog zastupanja vlastitih interesa, stav nade i motivacije. „Moj život zaista ima smisla. I dalje imam povremenih kriza, javlja mi se strah i povremeno mi se čini da me ljudi krivo gledaju, ali znam se s time nositi. Kada se prestanem bojati i kada potražim podršku, ponovno se sve normalizira. To se dešava i drugima, to je dio života.“ U rehabilitaciji je važno pacijentu pomoći da nadvlada osjećaj da je bolest dovela do katastrofe – nepopravljive štete. „Doživio sam da se stanje ne mora pogoršavati kako mi je rečeno nego da se mogu oporaviti... već tri godine nisam u bolnici, radim, imam prijatelje, ne sramim se svoje bolesti i ne mislim više na bolest, osim kada povremeno odem na kontrolni pregled. Da mi je ranije pružena ova prilika, vjerojatno sam mogao izbjeći mnogo

hospitalizacija. Odlučio sam upravljati svojim životom i raditi stvari koje želim.“ Marko je u ovom programu postigao oporavak koji se može definirati kao zadobivanje kontrole nad svojim životom. Psihijatrijski nalaz za ovog pacijenta nakon rehabilitacije: Nema simptoma shizofrenije, zadovoljavajuće funkcionira u svakodnevnoj rutini, odnosu s obitelji i prijateljima, povremeno radi, nema samostigmatizacije, oporavljen.

Ovaj primjer pokazuje da je potrebno promijeniti negativnu percepciju kroničnosti prema mogućnosti oporavka kod mnogo osoba oboljelih od shizofrenije, potrebne su službe za mentalno zdravlje koje koriste suvremenu rehabilitaciju i grade terapijsku kulturu oporavka. Ovaj primjer upozorava na to da je osobito važno raditi na prevenciji stvaranja identiteta bolesnika od prve epizode bolesti, tako na primjer mladi ljudi nakon prve psihotične epizode mogu osjetiti da bolest definira ukupnost njihova bića, ograničava sve aspekte njihova života. Ovaj fenomen poznat je kao usredotočenost na bolest, pri čemu bolest i njegova prateća stigma u potpunosti definiraju *self* koncept. Osobe koje je zahvatila bolest lako primjenjuju povezane negativne etikete i stereotipe o sebi, ali nakon takvih prvotnih osjećaja naknadno se javlja osjećaj da su „samo shizofreni“. Dakle, od početka liječenja, od prve epizode psihoze oboljeli trebaju dobiti profesionalnu pomoć kako bi se nosili s pitanjima samostigmatizacije, niskog samopoštovanja, beznađa, depresije, nedostatka samoučinkovitosti, ali i smanjene socijalne prilagodbe tijekom vremena.

10.2.3. Teorijski modeli razumijevanja mehanizma nastanka stigme i samostigmatizacije

Usprikoš velikom napretku u liječenju oboljelih od mentalnih poremećaja, mogućnosti oporavka, porastu svijesti o stigmati kao prepreci liječenju mentalnih poremećaja i brojnih nacionalnih programa u različitim zemljama svijeta borbe protiv stigmatizacije psihičkih bolesti, stigma preživljava u svim kulturama. Stoga je potrebno naše napore usredotočiti na prevenciju negativnog utjecaja stigme na živote oboljelih. Da bi se moglo neutralizirati stigmatu u smislu utjecaja na živote oboljelih od psihičke bolesti, potrebno je razumjeti zašto stigma postoji i uporno godinama preživljava u svim kulturama i u svim slojevima društva. Postoje brojni psihološki i socijalni razlozi za preživljavanje stigme psihičke bolesti. Stoga je važno za oboljele, članove njihovih obitelji i stručnjake koji sudjeluju u liječenju poznavanje ovih razloga kako bi oboljeli od psihičke bolesti mogli lakše odbaciti stigmatu psihičke bolesti te tako prevenirati samostigmatizaciju, diskriminaciju i druge negativne posljedice stigme.

Percepcija opasnosti ili nepredvidljivosti oboljelih od psihičke bolesti može biti doživljena kao prijetnja fizičkom integritetu ili može biti povezana

sa strahom od kontaminacije da će osoba izgubiti razum. Može se pretpostaviti da stereotip opasnosti povezan sa psihičkom bolesti ima obrambenu ulogu. Radi se o projekciji straha od gubitka kontrole i straha od ludila na oboljele od psihičke bolesti i institucije liječenja. Stoga se naši strahovi od „ludila“ premještaju u naše predodžbe o psihičkoj bolesti koje se temelje na predrasudama.

Prema teoriji o stigmati, ljudi razvijaju odnos prema psihičkoj bolesti vrlo rano u životu odgojem u obitelji, osobnim iskustvom, portretiranjem psihičke bolesti u medijima.

Prema stereotipu o psihičkoj bolesti – socijalne stigme stvaraju se očekivanja da će većina ljudi odbaciti osobu koja ima psihičku bolest kao prijatelja, susjeda, zaposlenika, intimnog partnera i da će većina ljudi smatrati da oboljeli od mentalnog poremećaja nisu osobe kojima se može vjerovati, da su manje inteligentne i kompetentne. Za osobu koja nikada nije oboljela od psihičke bolesti i nije bila hospitalizirana na psihijatriji ova vjerovanja nemaju veće osobno značenje, a sasvim suprotno, nakon što se osoba razboli ili se razboli član obitelji ova vjerovanja postaju emocionalno važna. U ovoj točki je vrlo važno osloboditi se stigme psihičke bolesti kao nečega što je točno jer u protivnom može doći do samostigmatizacije koja nepovoljno djeluje na oporavak od psihičke bolesti.

Vjeruje se da stereotipi koji su podloga stigmatizaciji, na primjer vjerovanje da psihička bolest znači slabost ličnosti, u psihološkom smislu, služe u održanju predodžbe o jakoj ličnosti a u socijalnom smislu u kategorizaciji informacija, da se lakše snalazimo u svijetu u kojem živimo. Da je funkcija stereotipa psihičke bolesti psihološka i socijalna svjedoči raširenost stereotipa u različitim društvima. Moguća tumačenja razvoja stigme uključuju sociokulturne razloge: stigma se razvija da opravda nepravedni socijalni sustav, na primjer vjerovanje da su afrički Amerikanci inferiorni opravdava ropstvo; motivacijska: stigma se razvija da bi se održala slika o sebi kao jakoj osobi, na primjer „ja se dobro osjećam kada se usporedim s lošom grupom ljudi“, i kognitivni razlozi: stigma služi kao kategorizacija informacija kako bi se uveo red u velik dio informacija s kojima je osoba stalno bombardirana.

Za stigmatu psihičke bolesti posebno je zanimljiva psihološka motivacija nastanka i održavanja stigme kako za razumijevanje društvene stigme tako i za razumijevanje samostigmatizacije koja se razvija kod značajnog postotka oboljelih od psihičke bolesti.

Može se pretpostaviti da tijekom odrastanja i formiranja našeg doživljaja sebe i svijeta oko sebe predodžba o odsutnosti psihičke bolesti koja se

povezuje sa slabom ličnosti ima ulogu u potvrdi pozitivnog doživljaja vlastite vrijednosti što je važno za doživljaj samopoštovanja i samopouzdanje. Osobe sa psihičkom bolesti prije nego što su se razboljele, odnosno došle u poziciju stigmatizacije, imale su iste stereotipe kao i društvo u kojem žive.

Psihička bolest je metafora slabe ličnosti – manje vrijednog doživljaja sebe, stoga je moguće da osoba koja se razboli od psihičke bolesti smatra da je slaba i manje vrijedna ličnost i očekuje da bi je ljudi mogli odbaciti. Za oboljele od psihičke bolesti ovo je štetno povezivanje.

Osoba s naučenim stereotipom koji ima većina članova društva koji defini- ra oboljele od psihičke bolesti kao slabiće, nesposobne za život i odlučivanje, aktivirajući ovaj internalizirani stereotip društva u trenutku obolijevanja od psihičke bolesti, počinje o sebi razmišljati kao o slaboj ličnosti, ako prihvati ove stavove kao točne, odnosno prihvati da se stereotip odnosi na nju, dolazi do samostigmatizacije i doživljaja manje vrijednosti što proizvodi niz posljedica vezanih za težinu bolesti i ishod liječenja. Ovaj proces se velikim dijelom odvija nesvjesno i mnoge ga osobe nisu svjesne te da bi zaštitili pozitivnu sliku o sebi one projiciraju ove neugodne osjećaje u vanjski svijet za koji su uvjereni da ih bez iznimke stigmatizira, pa na taj način anticipiraju diskriminaciju i bez stvarnih iskustava diskriminacije, međutim to dovodi do povlačenja od društva što nije dobro za njihovo mentalno zdravlje. Upravo zbog toga oboljele treba podučavati uspješnim strategijama kako da preveniraju samostigmatizaciju, bolje se nose sa stigmom i uključuju, a ne isključuju iz društva koje pripada svima.

Za samostigmatizaciju je važno znati da je većina oboljelih od psihičke bolesti prije nego što se razboljela dijelila slične stavove o psihičkoj bolesti s društvom u kojem živi, stoga se može dogoditi da u trenutku razbolijevanja psihička bolest ugrožava vlastitu sliku o osobnoj vrijednosti, jer osoba vjeruje da je stereotip o slaboj ličnosti točan, što smanjuje samopouzdanje i predstavlja rizik za ozdravljenje, stoga je važno obnoviti pozitivnu sliku o sebi tako da osoba prihvati liječenje i aktivno sudjeluje u svojem oporavku, a ne da odbaci liječenje i postavljenu dijagnozu da bi se zaštitila od emocija srama, straha i krivnje povezane sa stigmom. Prihvatanjem dijagnoze i liječenja osoba pokazuje svoju snagu da se može suočiti s problemom bolesti i s problemom stigme, tako da stigma ne utječe nepovoljno na oporavak od psihičke bolesti.

Da bi osoba sačuvala dobru sliku o sebi nakon postavljene dijagnoze psihičke bolesti moguće su različite obrambene reakcije na bolest: može negirati psihičku bolest, čime međutim neće ukloniti bolest, a neliječenje može dovesti do loših rezultata; može se složiti sa stereotipom i tada dolazi do

samostigmatizacije, obesnaživanja i stvaranja identiteta bolesnika i što je najpoželjnije, može problematizirati stereotip, zadržati svijest o njemu, ali se s njim ne složiti, odbaciti stigmatu i posvetiti se svojem oporavku.

Na temelju ovoga modela koji upućuje na potrebu redefinicije selfa koji će rezultirati odbacivanjem internaliziranog stereotipa kao točnog i omogućiti prostor za izgradnju pozitivnog self koncepta suprotno onome od stereotipa ili od njega značajno udaljen, potrebno je graditi terapijske strategije. Sljedeći postupci mogu biti uspješni u odbacivanju stereotipa stigme i obnove pozitivnog doživljaja selfa: povećanje znanja o stereotipu, odnosno o nepravednosti i netočnosti stereotipa, uvid u povezanost stereotipa kao čimbenika koji je pridonosio održavanju pozitivnog self koncepta i putem različitih aktivnosti koje dokazuju vlastitu efikasnost i podržavaju pozitivni self koncept, odnosno dovode do osnaženja.

10.2.4. Metode prevencije i postupanja sa samostigmatizacijom

Načini na koje službe za mentalno zdravlje postupaju sa stigmom mogu značajno utjecati na procese osnaženja i redukcije samostigmatizacije. Zanimarivanje problema samostigmatizacije i osnaživanja može imati dalekosežne negativne posljedice na oporavak od psihičke bolesti. Stoga je nužna edukacija svih sudionika u postupku s oboljelima od psihičke bolesti tako da njihove intervencije budu orijentirane prema poticanju osnaživanja i da dovedu do prevencije samostigmatizacije. Učinkovite intervencije za prevenciju samostigmatizacije danas su u fokusu stručnog i znanstvenog interesa istraživača ovoga područja. Razvoj intervencija za smanjivanje samostigme relativno je novo područje. Samostigmatizacija je povezana s osnaženjem i samopouzdanjem, stoga možemo očekivati da će se osnaženi pacijenti bolje nositi sa socijalnom stigmom i neće se samostigmatizirati. Pretpostavlja se da će postupci koji povećavaju samopouzdanje i samoeфикаsnost dovesti do redukcije samostigmatizacije, čak i kada nisu direktno fokusirani na redukciju samostigmatizacije. Samostigmatizacija je u velikom dijelu slučajeva nesvjestan proces, stoga je važno planirati specifične postupke za njezinu prevenciju.

Pregled literature za razdoblje od 2000. do 2012. godine koristeći ključne riječi: samostigma, internalizirana stigma, percipirana stigma i stigmatizirajući postupci otkriva tek mali broj programa namijenjenih redukciji samostigmatizacije. Pregledom literature autori su obuhvatili programe koji su se primjenjivali za pacijente koji su imali dijagnozu shizofrenije i depresije. Identificirali su 14 radova koji su se bavili ovim područjem i otkrili da je njih osam bilo učinkovito u redukciji samostigme. Edukacija o bolesti ili edukacija

o bolesti kombinirana s kognitivnim pristupom bile su najčešće metode, a intervencije su provođene u grupi. Sadržaj ovih intervencija varirao je među grupama, kao što je varirao i broj provedenih seansi, a njihova učinkovitost bila je različita na redukciju samostigmatizacije. Pretraživanje literature potvrdilo je da edukativni pristup namijenjen povećanju informacija o bolesti ne utječe na redukciju samostigme kao što je to na primjer bio postupak poboljšanja sučeljavanja na tri sastanka. Mali broj seansi ne dopušta proradu znanja, niti razvoj grupnog procesa, kao i potencijala za normalizaciju tako da se ne mogu očekivati dobri pokazatelji ishoda. Program kojim se educira o posljedicama stigme i ohrabruje sudionike da iznesu svoja osobna iskustva u 16 seansi, nije doveo do promjena u percepciji stigme, poboljšanju strategija nošenja sa stigmom, niti je povećao samopouzdanje, no dao je poticaj za izradu daljnjih programa koji su kombinirali edukaciju i grupno iskustvo u okviru strukturiranog vođenja grupe. Neki edukacijski programi pokazali su dobre rezultate u borbi protiv samostigmatizacije, kao što je to edukacijski postupak za oboljele od shizofrenije i shizoafektivne psihoze. Tako se u deset grupnih seansi educiralo sudionike programa o bolesti, učinku lijekova, stigmati, prevenciji relapsa, komunikaciji, upravljanju stresom, samopomoći i korištenju resursa u zajednici. Povećanje razumijevanja i znanja o psihičkoj bolesti dovodi do redukcije stigme. Edukacijskim programom može se posredno utjecati na stigmatu, tako da dođe do poboljšanja samopouzdanja. Intervencije organizatora edukacijskog programa uključivale su edukaciju o shizofreniji vezano za simptome, epidemiologiju, tijek, utjecaj stresa i medikacije. Psihoedukacijski model rada temeljio se na teoriji stres vulnerabilnosti. Cilj je bio osnažiti pacijente s informacijama, naglasiti nadu i potaknuti diskusiju u grupi. Osam seansi provođene su jedanput tjedno u trajanju od 40 do 60 minuta, s tri do osam pacijenata u grupi. Grupu su vodili članovi osoblja koji su prošli dvotjedni trening na bazi protokola. Rezultati su pokazali da je prošireno znanje o bolesti, o suradnji i liječenju, povećan je uvid u bolest, poboljšani su stavovi prema lijekovima i povećanju samopouzdanja.

Program za oboljele nakon prve epizode bolesti bio je namijenjen poboljšanju doživljaja vlastite vrijednosti i prevencije stvaranja identiteta bolesnika, doveo je do smanjenja identiteta bolesnika, poboljšanja kvalitete života i povećanja nade u postupku provedenom 2006. Cilj intervencije bio je razvoj prihvatljive interpretacije iskustva bolesti, minimiziranje samostigmatizirajućih stavova, smanjivanje usredotočenosti na bolest, stvaranje nade u budućnost i razvijanje individualnih životnih ciljeva. Program je proveden u grupi kroz 12 seansi na bazi priručnika, seanse su bile strukturirane, ali bilo je i prostora za otvorenu diskusiju. Grupe su vodili iskusni terapeuti uz superviziju istraživača

projekta. U drugom istraživanju, provedenom 2007. godine, nije došlo do poboljšanja u samostigmatizaciji i konceptu *selfa*.

Knight i suradnici (2006.) koristili su kognitivno bihevioralni pristup. Primijenjene su asertivne tehnike i igranje uloga. Očekivalo se da će nakon programa doći do poboljšanja samopouzdanja, osnaženja i redukcije psihopatologije. Program se odvijao u grupi tijekom šest tjedana jedanput tjedno po 90 minuta s mogućnosti za interaktivnu izmjenu između članova grupe i voditelja s namjerom da se pronađu efikasne strategije u nošenju sa stigmom. Tijekom odvijanja programa raspravljali su o temama vezanim za socijalnu stigmatu, internaliziranu stigmatu i diskriminaciju, mitove o shizofreniji, procjene doživljaja sebe – *selfa*, poticalo se selektivno otkrivanje iskustva sa stigmom. Program je također uključivao informacije o udrugama korisnika za zastupanje pacijenata. Istraživanje je dovelo do pozitivnih promjena u samopouzdanju i poboljšanju psihopatologije (smanjenje depresije, pozitivnih simptoma, negativnih simptoma i generalne psihopatologije), međutim nije došlo do poboljšanja što se tiče osnaženja i mehanizama sučeljavanja, suprotno pretpostavkama istraživača. Vezano za izostanak osnaživanja autori su komentirali da je osnaživanje proces koji je potaknut u grupi te da se očekuje naknadni utjecaj. Kao što su predvidjeli, nije došlo do smanjenja percepcije stigme s obzirom na to da su pretpostavili da stigma realno postoji.

MacInnes i Lewis (2008.) poticali su korisnike programa da podijele svoje iskustvo bolesti. Istraživali su utjecaj šestotjednoga grupnog programa dizajniranog za redukciju stigme oboljelih od teže psihičke bolesti. Teorijska osnova programa bio je kognitivni pristup i bezuvjetno prihvaćanje. Sadržaj programa uključivao je: učenje o problemima mentalnog zdravlja; diskusiju o iskustvima vezanim za dijagnozu i simptome; posljedice zbog problema povezanih s mentalnim zdravljem; stres – vulnerabilnost model; opis i definicija stigme; iskustvo i posljedice stigme te načela samoprihvatanja, zatim provjeravanje specifičnih vjerovanja povezanih sa stigmom i na kraju poticanje aktivnog uključivanja korisnika usluga u svoje liječenje. Rezultati su pokazali statistički značajnu redukciju samostigme, nije bilo statistički značajnijih rezultata na povećanju samopouzdanja.

Fung i suradnici (2011.) kreirali su postupak koji uključuje pet intervencija: psihoedukaciju, kognitivno bihevioralnu terapiju, motivacijski intervju, trening socijalnih vještina i postizanje ciljeva. Proveli su program u grupi od 12 seansi uz četiri individualna razgovora s pacijentima koji su imali dijagnozu shizofrenije, a koji su prije uključena u program prošli tromjesečni psihosocijalni program. Procjena je provedena nakon sedam grupa, nakon 12 grupa

i šest mjeseci nakon 12 grupe. Ovaj program utjecao je na povećanje samopoštovanja, poboljšao je participaciju u programu rehabilitacije i povećao je spremnost na promjenu problematičnog ponašanja. Rezultati se nisu održali u ponovljenom mjerenju šest mjeseci nakon završetka programa, što pokazuje da je potreban kontinuiran rada na stigmatizaciji.

Lucksted i suradnici (2011.) proveli su program za redukciju samostigmatizacije koji su nazvali kraj samostigme *EndingSelf-Stigma (ESS)*.

Uključili su oboljele od shizofrenije, shizoafektivne psihoze i depresije. ESS se sastojao od devet grupnih seansi u trajanju od 90 minuta. Fokus je bio na stigmatizaciji. Program je kombinirao predavanje, diskusiju, iznošenje osobnih iskustava, podučavanje i prakticiranje vještina, grupnu podršku i tehniku rješavanja problema. Između dvije seanse imali su domaću zadaću. Svaka seansa počela je s dobrodošlicom, osvrtom na domaću zadaću i raniju seansu, uvod u novu strategiju ili vještinu, diskusiju i praktični rad u okviru seanse. Svaka seansa uključivala je različitu strategiju vezano za postupanje sa stigmatizacijom. Strategije su uključivale suprotstavljanje činjenica mitovima (Seansa 1) primjenom kognitivno bihevioralnih načela rada s disfunkcionalnim mislima da se promijeni nečiji način razmišljanja (Seansa 2 i 3), jačanje pozitivnih aspekata *selfa – samopouzdanja* (Seansa 4), povećanje pripadnosti u zajednici (Seansa 5) i među obitelji i prijateljima (Seansa 6), odgovor na stigmatizaciju i diskriminaciju (Seansa 7). Osvrt na sve strategije (Seansa 8), planiranje sljedećih koraka nakon ovog programa (Seansa 9). Rezultati su pokazali statistički značajnu redukciju samostigmatizacije, povećanje oporavka i percepcije socijalne podrške. Osnaženje nije bilo statistički značajno.

Mittal i suradnici (2012.) istraživanjem literature pronašli su da su dva značajna pristupa za redukciju stigmatizacije, jedan koji pokušava utjecati na promjenu samostigmatizirajućih vjerovanja i drugi koji povećava vještine za suočavanje sa stigmatizacijom povećanjem samopoštovanja, osnaženje i ponašanje usmjereno na traženje pomoći. Jedan i drugi pristup su važni za utjecaj na samostigmatizaciju pa ih je potrebno kombinirati u programima borbe protiv samostigmatizacije.

Identifikacija sa širom grupom osoba koje imaju identitet stigmatiziranih – ključna je varijabla, koja utječe na način reakcije na stigmatizaciju. Neka istraživanja upućuju na to da bi razvijanje identiteta oboljelih od shizofrenije kao osnažene grupe moglo dovesti do redukcije stigmatizacije, čemu u prilog govore i istraživanja samostigmatizacije u okviru programa grupa samopomoći udrugama gdje se pokazalo da njihovi članovi imaju niske razine samostigmatizacije, stoga bi program koji potiče grupni identitet oboljelih od shizofrenije kao osnažene

grupe mogao biti učinkovit, pa u planiranju ovih programa redukcije samostigmatizacije treba misliti i na ovu činjenicu.

Mnogi pacijenti vjeruju da dijagnoza mentalnog poremećaja implicira lošu prognozu i da nema šanse za oporavak. Ova disfunkcionalna vjerovanja povezana su s lošom prognozom. Vjerovanje da se oboljeli od mentalnih poremećaja nemogu oporaviti potiče samostigmatizaciju i otežavaju oporavak, stoga je glavni cilj edukacije o bolesti razgovarati o značenju koje osoba pridaje bolesti, te je važno disfunkcionalnim vjerovanjima o lošoj prognozi suprotstaviti informacije o mogućnostima oporavka kako bi se prevenirala ili uklonila samostigmatizacija. Istraživanja su otkrila da osobe s uvidom u bolest i s niskom samostigmatizacijom imaju najbolju prognozu što daje vjetar u leđa intervencijama koje kombiniraju psihoedukaciju s radom na prevenciji i uklanjanju samostigmatizacije. Stoga informacije o mentalnim poremećajima temeljene na psihobiosocijalnom konceptu bolesti koje se daju u terapijskom okruženju optimizma, nade, oporavka i osnaživanja, treba prihvatiti kao temeljno načelo u bilo kojoj vrsti informiranja o bolesti za pacijente, kao iza obitelji, bez obzira na trajanje bolesti.

Liječenje, osobito edukacija o bolesti treba obuhvatiti rad povezan sa stigmom i diskriminacijom, koji uključuje učinkovite strategije u borbi protiv samostigmatizacije, stigmatizacije i diskriminacije. Stručnjaci moraju prepoznati rane znake samostigmatizacije, detektirati učinke stigme i samostigmatizacije na simptome bolesti, funkcioniranje i osobni oporavak kako bi indicirali postupke koji će utjecati na neutraliziranje efekata stigme, odnosno prevenirali razvoj samostigmatizacije i njezinih negativnih posljedica.

10.2.5. Program prevencije samostigmatizacije i osnaživanja u postupanju sa socijalnom stigmom

Program prevencije samostigmatizacije opisan ovdje provodi se kao grupni postupak od najmanje četiri seanse u kojoj se obrađuju teme povezane sa stigmom. Može se provoditi kao dio programa edukacije o bolesti ili zaseban program. Smjernice ovoga programa mogu se koristiti i u individualnom radu s pacijentima.

Dijagnoza mentalnog poremećaja gotovo je uvijek povezana s negativnim stavovima o psihičkoj bolesti. Vjerovanja oboljelih da psihička bolest znači osobnu slabost i da će ih ljudi odbaciti kada saznaju da boluju od psihičke bolesti, anticipacija diskriminacije, niska očekivanja o mogućnostima životnih postignuća na privatnom i socijalnom planu, samostigmatizacija te

emocionalne reakcije na stigmatu i diskriminaciju pojavljuju se u bilo kojoj fazi liječenja oboljelih od mentalnog poremećaja, stoga je na Klinici za psihijatriju Vrapče, Referentnom centru Ministarstva zdravstva za postupke psihosocijalne rehabilitacije kreiran program prevencije i postupanja sa stigmom i samostigmatizacijom.

Ciljevi programa su pomoći osobama kojima je dijagnosticiran mentalni poremećaj da odbace stereotip mentalne bolesti kao osobno relevantan, da obnove ili izgrade pozitivni self koncept koji je ugrožen postavljanjem dijagnoze mentalnog poremećaja, potaknuti izgradnju identiteta osobe, nasuprot identitetu bolesnika, prevenirati socijalnu izolaciju te da se razviju i primijene vještine za postupanje sa socijalnom stigmom. Razgovor o značenju dijagnoze, emocionalna prorada reakcije na dijagnozu i informacije o bolesti u perspektivi oporavka i izgradnja vještina za postupanje sa socijalnom stigmom važan su dio ovoga programa.

Terapijski odnos temeljen na kulturi oporavka i kultura oporavka u službama za mentalno zdravlje olakšava proces odbacivanja stereotipa. Zbog prirode stigme koja potiče osjećaj manje vrijednosti i srama neki pacijenti rijetko govore o iskustvu stigme i diskriminacije, stoga ih terapeuti moraju o tome pitati. Stručnjaci trebaju imati vještine da prepoznaju kliničke manifestacije samostigmatizacije i obrambene mehanizme poput socijalne izolacije i oduštavanja od životnih ciljeva kako ih ne bi zamijenili s negativnim simptomima bolesti i drugim simptomima bolesti bez tretiranja samostigmatizacije kao uzroka tih simptoma. Česta reakcija nakon postavljanja dijagnoze ili liječenja od prve psihotične epizode je depresija. Važno je da psihijatri prepoznaju da razvoj ove depresije može biti povezan s *reakcijom* na dijagnozu bolesti, što se nikako ne smije zanemariti u individualnom planu liječenja u kojem treba planirati postupak prevencije samostigmatizacije.

Metoda. Program integrira elemente edukacije o bolesti, kognitivne tehnike rada s disfunkcionalnim mislima, emocionalnu proradu emocija povezanih s bolesti i stigmom i asertivni trening vještina za suočavanje sa stigmom i diskriminacijom.

Potiče se otvorena slobodna rasprava o znanju, stavovima i emocionalnim reakcijama usredotočena na različite teme stigme. Ohrabruje se iznošenje osobnih iskustava, uključujući i uspješne primjere suočavanja sa stigmom, te se potiče razvoj vještina za sučeljavanje sa stigmom i diskriminacijom.

Teme uključuju: svijest o stereotipu, slaganje i neslaganje sa stereotipom; emocionalno reagiranje na dijagnozu; vlastiti doživljaj samostigmatizacije; iskustvo sa stigmom i diskriminacijom, anticipaciju diskriminacije putem

očekivanog odbacivanja koje se nije u stvarnosti dogodilo; odluka o tome treba li otkriti ili ne otkriti informacije o svojem mentalnom poremećaju. Kada i kome?

Program prevencije samostigmatizacije u četiri seanse

Program prevencije samostigmatizacije može se provoditi kao poseban program neovisno o programu psihoedukacije s ciljem prorađivanja tema specifičnih za stigmom. Jednako kao i program psihoedukacije uključuje integraciju edukativnih, psihoterapijskih i socioterapijskih ciljeva. **Edukativni ciljevi** uključuju činjenice o stigmatizaciji, diskriminaciji i samostigmatizaciji, negativnom utjecaju stigme, samostigmatizacije i diskriminacije na život oboljelih od mentalnih poremećaja i oporavak od psihičke bolesti zasnovane na literaturi. **Psihoterapijski ciljevi** uključuju prorađivanje emocija vezanih za stigmom i rad na pozitivnom self konceptu koji je ugrožen stigmatizacijom. **Socioterapijski ciljevi** uključuju rad na korištenju učinkovitih strategija u suočavanju sa stigmatizacijom.

Cilj postupka je osloboditi se netočnih vjerovanja o bolesti, osjećaja srama, krivnje i ljutnje vezanih za stigmom i samostigmatizaciju koji nepovoljno djeluju na oporavak, stoga uz upoznavanje s činjenicama o mentalnom poremećaju i s njim povezanim stavovima treba omogućiti iznošenje i emocionalnu prorađivanje osobnih stavova, očekivanja i emocionalnih reakcija vezanih za činjenicu da osoba ima dijagnosticiran mentalni poremećaj i/ili je liječena u psihijatrijskoj instituciji te također pomoći osobi da nauči i primijeni učinkovite strategije za borbu protiv negativnih učinaka stigme na svoj život. Slobodna diskusija vezana za teme olakšava proces promjene stavova i prorađivanje emocija, a učenje asertivnih vještina u suočavanju sa stigmatizacijom osnažuje pojedince i čini ih manje osjetljivim na negativne učinke stigme. Poticanje osobnih iskustava sa stigmatizacijom uključujući i uspješne načine suočavanja značajno pridonosi odbacivanju stereotipa stigme i prevenciji samostigmatizacije.

Cilj prve teme/seanse o stigmatizaciji je razgovarati o stavovima javnosti o psihičkoj bolesti, potaknuti općenitu diskusiju da bi se upoznao s uobičajenim stereotipima o psihičkoj bolesti, o razlozima zašto ljudi imaju stereotipe te otkriti je li postavljanje dijagnoze psihičkog poremećaja imalo osobni utjecaj na život osobe uključujući vlastiti doživljaj osobne vrijednosti, kao i odnose drugih ljudi prema njima. Potiče se rasprava tko sve ima negativne stavove. Cilj je povećati svijest o univerzalnosti stavova, kao i osvijestiti da je većina pacijenata prije liječenja imala slične stavove. U raspravi se obično potvrđuje sveprisutnost stereotipnih vjerovanja kod različitih skupina ljudi uključujući same oboljele, članove obitelji, liječnike, radnu sredinu i osoblje koje sudjeluje u liječenju oboljelih, odnosno potvrđuje univerzalnost stereotipnih stavova u gotovo svih članova društva.

Cilj daljnje rasprave je potaknuti neslaganje sa stereotipom psihičke bolesti pa se potiče rasprava o tome što članovi grupe misle je li stereotip točan, slažu li se na primjer da su svi oboljeli zbog psihičke bolesti nesposobni, nepouzdana, slabe ličnosti, manje vrijedni, opasni i drugo, iznose se činjenice koje se suprotstavljaju stereotipu, na primjer da su osobe sa psihičkom bolesti češće žrtve nego počinitelji nasilnih djela i drugi podaci koji opovrgavaju točnost stereotipa. Dakle, u ovoj seansi je bitno mitovima (predrasudama) o psihičkoj bolesti suprotstaviti znanstvene činjenice o psihičkoj bolesti za što mogu poslužiti rezultati različitih istraživanja.

Nakon rada na mitovima i činjenicama potiče se diskusija o osjećajima koje može izazvati stigma uključujući njihove vlastite osjećaje i iskustva sa stigmom i diskriminacijom. Zanima nas dovodi li stigma do srama, ljutnje, krivnje, osjećaja manje vrijednosti, straha od odbacivanja ako ljudi saznaju njihovu dijagnozu i liječenje, tajanja informacija o bolesti, povlačenje od ljudi i drugo. Odnosno, zanima nas na koji način se sučeljavaju sa stigmom i da li se samostigmatiziraju. Zaključno se navodi da poznavanje stereotipa i raširenost stereotipa ne znači da je stereotip točan i da se osoba treba složiti s njim.

Poruke prve teme. Glavne poruke prve seanse o stigmati uključuju sljedeće: treba imati svijest da velik broj osoba ima negativne stavove prema psihičkoj bolesti koji uključuju pogrešna vjerovanja da su oboljeli od psihičke bolesti nesposobni, slabe ličnosti i opasni za druge. Najvažnije je sugerirati da oboljeli od psihičke bolesti trebaju odbaciti stereotip o psihičkoj bolesti kao netočan za njih osobno i sve sličnosti sa stereotipom, na primjer poteškoće funkcioniranja i nisko samopouzdanje tretirati kao terapijski problem koji se može riješiti, a ne kao dokaz da je stigma točna.

Cilj druge teme/seanse je educirati o diskriminaciji i identificirati ponašanje koje je povezano s diskriminacijom, razgovarati o situacijama u kojima se javlja (radno mjesto, obitelji, susjedi, liječnik, prijatelji, društvo i sl.). Stimulira se rasprava o osobnim iskustvima sa stigmom i diskriminacijom i primijenjenim strategijama sučeljavanja. Potiče se članove grupe da navedu situacije na radnom mjestu/susjedstvu/obitelji u kojima su se već zatekli ili bi se mogli zateći, a koje bi mogle biti neugodne osobama koje su liječene od psihičke bolesti, da opišu svoje ponašanje i reakcije u toj situaciji. Potiče se rasprava o učinkovitosti iznesenih načina sučeljavanja, ohrabruju se novi prijedlozi učinkovitog sučeljavanja.

Edukativni dio uključuje informacije o diskriminaciji uključujući i pravne posljedice, raširenost diskriminacije povezane sa psihičkom bolesti i načinima zaštite od diskriminacije. **Psihoterapijski** dio uključuje osjećaje i ponašanje

osobe kao reakciju na diskriminaciju kao što su nelagoda, ljutnja, bijes, sram, osjećaj manje vrijednosti, depresija i povlačenje od društva. **Socioterapijski** dio odnosi se na upoznavanje s učinkovitim strategijama u borbi protiv diskriminacije, vježbanje učinkovitih strategija i poticanje njihove primjene u praksi. U grupi se potiče iznošenje primjera sučeljavanja sa stigmom i diskriminacijom, te se potiče pronalaženje uspješnih načina ponašanja i vježbanje asertivnog ponašanja putem igranja uloga. Prijedlozi članova značajan su doprinos izboru učinkovitih strategija i koriste su u trening asertivnosti sučeljavanja sa socijalnom stigmom i diskriminacijom. Članovi grupe postaju svjesni da postoje uspješne strategije sučeljavanja te da imaju mogućnosti izbora strategije, što je obično osnažujuće iskustvo. Podržavaju se asertivni načini suočavanja sa stigmom, a obeshrabruje strategija isključivanja iz društva. Cilj je pronalaženje efikasnih načina sučeljavanja sa stigmom i diskriminacijom koje za članove grupe postaje osnažujuće iskustvo suprotstavljanja negativnim učincima stigme i diskriminacije. Članovi grupe obično spoznaju da nisu bespomoćni i da postoje različite mogućnosti reagiranja na stigmatu i diskriminaciju.

Poruka druge teme. Najčešće ne možemo kontrolirati kako se drugi ponašaju i što misle, ali možemo kontrolirati svoje ponašanje. Normalno je osjećati nelagodu i ljutnju kada smo izloženi stigmati i diskriminaciji, međutim najvažnije je da znamo da oni koji diskriminiraju nisu u pravu i da stavovi/predrasude o psihičkoj bolesti nisu točne za što ima dosta znanstvenih dokaza. Važno je sebi sugerirati premda mi je neugodno i loše se osjećam zbog diskriminacije kojoj sam izložen, nemam se čega sramiti, ja sam OK i ja biram kako ću reagirati, hoću li na primjer o tome razgovarati s osobama koje me diskriminiraju, objasniti im da to nije fer ponašanje, neću o tome razgovarati, iznijeti negdje službenu pritužbu, ali najvažnije je da ja biram ponašanje, da sam ja OK, da se ne sramim, da se ne povlačim i da imam svoje vrijednosti kao osoba. Važno je da vodim računa da moje ponašanje bude u redu, da sam odgovoran za ponašanje i liječenje i šaljem li svojim ponašanjem poruke da nisam OK (na primjer nasilno ponašanje), te da znam kada mi je potrebna stručna pomoć.

Treća tema/seansa vezana je s dvojmom o tome treba li otkriti ili ne otkriti informaciju o bolesti i liječenju, te koje su prednosti i nedostaci jednog i drugog načina. Na početku ove teme potiče se rasprava o iskustvima u vezi s otkrivanjem informacije o psihičkoj bolesti i liječenju koja uključuje pozitivna i negativna iskustva i o stavovima prema otkrivanju ili prikrivanju informacije o bolesti i liječenju. Obično se iznose pozitivni i negativni primjeri koji se analiziraju u odnosu na prednosti i nedostatke otkrivanja/prikrivanja informacija o bolesti.

Poruka treće teme je da je informacija o bolesti privatna informacija (pravo na tajnu) i ima li osoba pravo da je otkrije ili ne otkrije, radilo se o njezinu izboru. Odluku donosi na temelju procjene situacije što je u njezinu interesu, da otkrije ili ne otkrije informaciju o bolesti i liječenju. Potiče se diskusija o tome što bi bila prednost, a što šteta od otkrivanja informacije o bolesti u nekoj konkretnoj situaciji na više primjera koje iznose članovi grupe. Ako članovi grupe nemaju vlastitih primjera, mogu se navesti neki primjeri iz prakse da se potakne rasprava. Za učenje postupka o tome kako u određenoj situaciji odlučiti o otkrivanju ili prikrivanju informacije koristite se načelima motivacijskog intervjua i vještine rješavanja problema.

Četvrta seansa. Ponavljanje naučenog iz prethodne tri seanse i izrada osobnog plana implementacije znanja i vještina u svakodnevnom životu.

ZAKLJUČAK

Samostigmatizacija ima niz negativnih učinaka na oporavak od psihičke bolesti, stoga je potrebno prevenirati nastanak samostigmatizacije, rano prepoznati simptome samostigmatizacije i primijeniti postupke uklanjanja samostigmatizacije samostalno ili kao dio edukacije o bolesti. Program prevencije samostigmatizacije koji je bio dio programa psihoedukacije u Klinici za psihijatriju Vrapče u istraživanju koje je provedeno na 40 pacijenata bio je učinkovit na smanjenje samostigmatizacije u odnosu na kontrolnu grupu koja nije sudjelovala u ovom programu.

Literatura

1. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. GAMIAN-Europe Study Group: Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr res.* 2010;122:232 – 8.
2. Corrigan PW, Morris S, Larson J, Rafacz J, Wassel A, Michaels P et al. Self-stigma and coming out about one's mental illness. *Journal of Community Psychology.* 2010; 38 : 259 – 275.
3. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Campion J. et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. 2001; *Schizophr Bull.* 2001;27:187 – 95.
4. Corrigan PW, Watson A, Barr L. The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology.* 2006;25:875 – 884.
5. Corrigan PW, Watson AC. The Paradox of Self- Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology Science Practice.* 2006;9:35-53.

6. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*. 1998;5:201 – 222.
7. Deegan PE. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1988;11:11 - 19.
8. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull*. 2007;33:192 – 9.
9. Mak WWS, Wu CFM. Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2006;57:1800 - 2.
10. Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DF. Insight, symptoms, and neuro cognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull*. 2000;26:193 - 200.
11. Staring ABP, Van der Gaag M, Van den Berge M, Duivendoorn HJ, Mulder CL. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res*. 2009;115:363 – 9.
12. Štrkalj Ivezić S, Alfonso Sesar M, Mužinić L. Effects of a group psychoeducation program on self-stigma, empowerment, and perceived discrimination of persons with schizophrenia. *Psychiatr Danub*. 2017;29:66 - 73.
13. Štrkalj-Ivezić S. Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj. Psihoedukacija između informacije i psihoterapije. Zagreb: Medicinska naklada;2011.
14. Štrkalj-Ivezić S. Stigma in clinical practice. *Psychiatr Danub*. 2013;22:200 – 2.
15. Van Brakel VH. Measuring health-related stigma-a literature review. *Psychol health med*. 2006;11:307 - 34.
16. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr serv*. 2008;59:1437 – 1442.

11. STAMBENO ZBRINJAVANJE OSOBA S POREMEĆAJEM MENTALNOG ZDRAVLJA

Vesna Švab

11.1. Razvoj stambenog zbrinjavanja

Premda razvoj stambenog zbrinjavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja nije bio kontinuiran, bolnička skrb, odnosno skrb u psihijatrijskim ustanovama polako se transformira u skrb u zajednici, barem što se tiče osoba s teškim poremećajima mentalnog zdravlja.

Kako je utvrđeno Konvencijom UN-a o pravima osoba s invaliditetom (CRPD), deinstitucionalizacija zaštite mentalnog zdravlja trebala bi zaštititi ljudska prava pacijenata. Što se tiče deinstitucionalizacije unatrag nekoliko desetljeća, broj pacijenata liječenih u bolnici znatno je smanjen. Podrška pacijentima nakon otpuštanja iz bolnice na početku procesa deinstitucionalizacije, često i danas, uglavnom se svodila na lijekove, što ima ozbiljne posljedice. Razvoj pristupa stambenom zbrinjavanju pokazuje da se stambeno zbrinjavanje razvijalo postupno, od udomiteljstva (osoblje ima kontrolu – pozicija pacijenta), preko podržavajućega stambenog zbrinjavanja (u kojem osobe koje borave u smještaju i dalje nemaju puno slobode u odlučivanju o rehabilitaciji) do podržanoga stambenog zbrinjavanja u kojem korisnici imaju potpunu slobodu, a skrbno osoblje im olakšava funkcioniranje. Ideja podržanog stambenog zbrinjavanja nastala je 1995. kroz projekt „Stambeno zbrinjavanje prije svega“. Srž ovoga pristupa je u tome da korisnici „odaberu, dobiju i zadrže“ model stambenog zbrinjavanja koji im odgovara. Osoblje za podršku korisnicima pomaže u pronalasku stalnog „doma“, a ne specijaliziranih programa stambenog zbrinjavanja.

Svjetska zdravstvena organizacija izradila je alat Svjetske zdravstvene organizacije Kvalitetna prava (WHO *QualityRights Toolkit*) radi procjene i unaprjeđenja kvalitete i praćenja ljudskih prava u izvanbolničkom i bolničkom tretmanu, kako bi se promijenili i poboljšali životni uvjeti osoba s poremećajima mentalnog zdravlja. Sveobuhvatna procjena zdravstvenih ustanova može pomoći u prepoznavanju problema u postojećim praksama zdravstvene skrbi

i planiranju učinkovitih mjera s ciljem osiguravanja kvalitetne usluge koja će poštovati ljudska prava, biti prilagođena potrebama korisnika i promicati autonomiju, dostojanstvo i pravo korisnika na samoodređenje. Procjena je važna ne samo iz pozicije promjene zanemarivanja i zlostavljanja iz prošlosti, već i za osiguravanje učinkovitih i djelotvornih usluga.

11.2. Definicija stambenog zbrinjavanja

Svatko ima pravo na dom. Tek nakon ostvarivanja prava na dom, osoba može ostvariti ostala ljudska prava (stambeno zbrinjavanje prije svega). Riječ je o slobodnom izboru i jačanju sposobnosti. Stambeno zbrinjavanje visoko je na popisu potreba pacijenata, posebno kada postoji opasnost od beskućništva. Stambeno zbrinjavanje ne može se odvojiti od rehabilitacije i zdravstvene skrbi.

Postoje različiti aspekti iz kojih se može promatrati problem smještaja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja. Nestabilnost stambenog pitanja za psihotičnog pacijenta može biti stres i dovesti do pogoršanja simptoma. S druge strane, pacijenti s teškim poremećajima mentalnog zdravlja često upadaju u neimaštinu i žive u lošim stambenim uvjetima. Loši stambeni uvjeti znače socijalnu izolaciju. Stanovanje u zajednici zahtijeva suradnju sa sektorom socijalne skrbi.

11.3. Podrška u stambenom zbrinjavanju

Asertivna podrška u stambenom zbrinjavanju trebala bi korisnicima pružiti bolju priliku da ostanu u svojem domu dulje nego što bi to inače bilo moguće. Općenito, podržano stanovanje organizirano je u grupnom smještaju koji već raspolaže osobljem zaduženim za brigu o smještaju ili socijalnim radnicima koji se brinu o smještaju svakog pojedinca i smještajnim potrebama te osobe. Osobe uključene u podržano stanovanje također s punim pravom mogu tražiti dodatnu ili specifičnu podršku, na primjer mogu se obratiti medicinskim sestrama i tehničarima, kao i ostalim stručnjacima za zaštitu mentalnog zdravlja kako bi primili tretman bihevioralne intervencije ili podršku u upravljanju kriznim stanjem. Spomenuti zdravstveni djelatnici uglavnom su okupljeni u timove za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. Ako rade u programu samostalnog stanovanja, cilj im je omogućiti osobama da ostanu u vlastitome domu. U našem okruženju samostalno stanovanje jedna je od kulturoloških normi. Grupni domovi uglavnom se osnivaju za pacijente s

kroničnim bolestima koji se većinom nisu oporavili u dovoljnoj mjeri i čije je svakodnevno funkcioniranje teško narušeno, a problematično ponašanje je izazov socijalnoj inkluziji. Kod takvih pacijenata povezanost djelatnika iz područja socijalne skrbi koje osigurava smještaj i zdravstvenog osoblja koje pruža zdravstvenu skrb predstavlja ključni izazov, posebno zato što je pristanak na liječenje često preduvjet za ostvarivanje prava na ovu vrstu stambenog zbrinjavanja.

Zdravstvena skrb u zajednici i kraće hospitalizacije utječu i na opcije stambenog zbrinjavanja. Sve više osoba s teškim psihičkim bolestima (SMI) odlučuje se za samostalan život u najvećoj mogućoj mjeri i odabiru živjeti u vlastitom domu s obzirom na to da dijeljenje stambenog prostora s drugim osobama s poremećajima mentalnog zdravlja nalikuje na stanovanje u ustanovi (APA, 2010.).

11.4. Vrste smještaja u zajednici

Najčešći tipovi stambenih objekata koji se trenutačno koriste uključuju:

- Prijelazni smještaj – definiran kao stambeni objekt koji pruža boravak i prehranu i promiče socijalizaciju, dok se ne pronađe pogodnije stanovanje. Koristi se kao prijelazni objekt između bolnice i zajednice za pacijente u oporavku.
- Dugotrajno grupno stanovanje – ovi objekti imaju osoblje na licu mjesta, a koriste se za osobe s kroničnim funkcionalnim invaliditetom. Duljina boravka u takvim objektima je na neodređeno vrijeme, za razliku od boravka u prijelaznom smještaju koje obično traje šest do osam mjeseci.
- Zajedničko stanovanje – osoblje nije stalno prisutno, ali djelatnici redovito posjećuju, nadziru i pomažu stanarima u provođenju različitih aktivnosti.
- Smještaj za intenzivnu njegu ili centar za krizna stanja u zajednici – ovi objekti mogu se koristiti kako bi se spriječila hospitalizacija ili skratilo trajanje hospitalizacije. Obično je stalno prisutno osoblje za pružanje skrbi i savjetovanje.
- Udomiteljstvo – neki pacijenti smješteni su na udomiteljsku ili obiteljsku skrb u privatnim kućama. Postoji zabrinutost da se u nekim situacijama pruža samo čuvanje, a ne liječenje i terapijska podrška. Potreban je strogi nadzor nad udomiteljskim obiteljima kako bi se osiguralo da pacijenti žive u terapijskom okruženju.

- Domovi – ovi objekti uglavnom su vlasnički pansioni. Kao i kod udomiteljske skrbi, potrebno je neposredno praćenje i nadzor, jer neki od njih pružaju substandardno okruženje za pacijente i nisu dobro povezani s programima liječenja.
- Domovi za starije osobe – domovi za starije osobe pogodni su za neke gerijatrijske pacijente ili pacijente s kroničnim invaliditetom, ali ih je neprikladno koristiti za pacijente na dugotrajnom liječenju kako bi se olakšao otpust iz velikih psihijatrijskih ustanova. Razni istraživači predložili su razvoj programa aktivnosti i psihijatrijskog nadzora s namjerom sprječavanja pada u socijalnom funkcioniranju korisnika usluga domova za starije osobe.

Projekt HERO stambeno zbrinjavanje sagledava na nešto drugačiji način.

Tipovi stambenog zbrinjavanja su:

1. Udomiteljstvo, pri čemu je psihijatrijsko osoblje uvijek dostupno. Istraživanja pokazuju da su u udomiteljskom smještaju korisnici s vremenom sve ovisniji o drugima.
2. Podržavajuće stambeno zbrinjavanje, u kojem osoblje provodi program rehabilitacije, ne boravi stalno u objektu, ali odlučuje o tome „gdje i kome“ pomaže. Istraživanja pokazuju da s vremenom dolazi do značajnih poboljšanja u smislu skraćenog trajanja hospitalizacije i porasta kompetitivnog rada.
3. Podržano stambeno zbrinjavanje u samostalnom smještaju, pri čemu stanari imaju slobodu u odlučivanju. Istraživanja pokazuju da su slobodan izbor i sloboda odlučivanja stanara povezani sa samostalnim funkcioniranjem, zadovoljstvom stambenim pitanjem, stabilnošću stambenog pitanja i psihološkom stabilnošću, ovladavanjem simptomima i ublažavanjem simptoma, čak i ako zanemarimo sklonosti korisnika, koje su značajno na strani pojedinačnog smještaja.

Neka od načela podržanoga stambenog zbrinjavanja (na primjer trajnost smještaja, personalizirana podrška) infiltrirana su u programe podržavajućeg stambenog zbrinjavanja te smo svjedoci prakse okupljanja u grupe.

Kod podržanog stambenog zbrinjavanja, osoba s poremećajem mentalnog zdravlja smatra se stanarom u vlastitom domu, osobom koja ima svoja prava i potencijal za doprinos društvu te se na osobu ne gleda kao na pacijenta ili klijenta kojeg treba nadzirati ili njime upravljati. Također, fokus se stavlja na snage i potencijal za oporavak, a ne na slabosti, odnosno bolest. Štoviše, u transformiranom sustavu zaštite mentalnog zdravlja korisnici postaju aktivni

sudionici u planiranju, uslugama i istraživanjima, sa stvarnom snagom, glasom, izborom i kontrolom. Glavna prepreka provedbi ovih vrijednosti je to što stručnjaci koji imaju moć dijagnosticiranja i liječenja mentalnih bolesti odobravaju postojeće programe. Još jedna važna pretpostavka u novoj paradigmi zaštite mentalnog zdravlja je socijalna inkluzija. Nije dovoljno da osobe s poremećajima mentalnog zdravlja samo budu u zajednici; one bi trebale biti cijenjene članice i cijenjeni članovi društva. Na kraju, potrebno je osigurati društvenu pravdu i pravedniju raspodjelu sredstava. Potrebno je uspostaviti odgovarajuće politike i podršku kako bi se suzbilo siromaštvo u kojem žive brojni korisnici usluga zaštite mentalnog zdravlja.

Pristup korišten u slovenskim domovima za grupni smještaj trebao bi korisnicima ubrzo pružiti dostojanstvo i nadu, uz stambeno zbrinjavanje prije svega. Ključno osoblje pruža praktičnu pomoć prilikom kupnje, popravaka, pomoć pri kuhanju, čišćenju i upravljanju novcem. Također osigurava trening svakodnevnih i socijalnih vještina za stanare. Ipak, ovaj model bliži je modelu podržavajućeg stambenog zbrinjavanja, dok je individualizirani pristup rijetkost. Projekt „Ključni ishodi obrazovanja za integraciju podrške i smještaja“ (ELOSH) proveden je u glavnom gradu Slovenije 2016. godine. Radilo se o istraživanju usluge i predavanjima o suradnji i ljudskim pravima, nakon čega je uslijedila vrlo korisna rasprava o uključenosti korisnika usluga u planiranje skrbi i pružanje usluga u sklopu rada grupe tijekom 2016. godine. Korisnici usluga s različitim stupnjem invaliditeta bili su uključeni zajedno s osobljem u jednakom broju. Korisnici usluga ravnopravno su iznijeli svoje želje, pritužbe i ciljeve, a osoblje zaposleno u objektima iznijelo je na koje prepreke nailazi, što ih zabrinjava i što treba poboljšati. Zamjena uobičajenih uloga dovela je do velike promjene u komunikaciji dviju skupina, iako nismo procijenili kontinuitet te promjene.

11.5. Trening vještina

Socijalna inkluzija ovisi o sposobnosti uključivanja u redovne aktivnosti kućanstva, ali i društvene aktivnosti, hobije i slično koje ljude čine ispunjenima. Pacijenti s teškim psihičkim bolestima smješteni u sklopu stambenog zbrinjavanja često nemaju motivacije, imaju poteškoće u kognitivnoj obradi informacija i planiranju svojih aktivnosti. Trening vještina znači da osoblje neće obavljati poslove umjesto njih, ali se time istovremeno priznaje da će mnogima trebati dugoročna podrška. Neurokognitivni deficit radne memorije, koncentracije, obrade informacija, slaba kognitivna fleksibilnost itd. zahtijevaju neprestano ponovno učenje i podršku. Kognitivna remedijacija (tehlike treninga mozga) dovodi do određenog poboljšanja tih funkcija.

Prvi korak treninga vještina je procjena, koja se najbolje izvodi u realnom okruženju, kako bi se vidjelo koje su snage i slabosti osobe u svakodnevnom životu. Ciljeve treba definirati i dokumentirati u planu liječenja te moraju imati podršku u želji pacijenta da funkcionira u svojim ulogama. Ova se procjena obično provodi na temelju polustrukturiranog intervjuiranja i određenih skala, kao što je na primjer Skala društvenog funkcioniranja.

Među mnogim specifičnim intervencijama je i trening socijalnih vještina usmjeren na suočavanje i funkcioniranje u društvenim situacijama, uz trening i ponavljanje vještina. Ovaj trening često pomaže kod izbjegavanja izrabljivanja s kojim se suočavaju mnogi pacijenti. Drugima je cilj ostvariti bolji kontakt očima, dok ostali žele poboljšati neverbalne reakcije i bolje obraćati pažnju na ono što sugovornik govori tijekom razgovora. Trening vještina uključuje i zadatke koje trebaju riješiti kod kuće, a koji su posebno prilagođeni sposobnostima svakog pacijenata.

11.6. Evaluacija

Projekt Housing razvio je plan evaluacije stambenog zbrinjavanja. Prikupili su dostupne podatke i u konzultaciji s korisnicima usluga razvili program evaluacije za deset ključnih područja:

- evaluacija vještina korisnika
- lokalni kontekst i resursi
- organizacijska struktura i mreža službi za zaštitu mentalnog zdravlja/ vještine *case managera*
- evaluacija percepcije, zastupljenosti, motivacije i zadovoljstva korisnika
- fleksibilnost, kliničko upravljanje, komunikacija i suradnja
- odgovornost i odlučivanje korisnika
- sustav volontiranja i uključenost civilnog društva
- cjeloživotno učenje
- sredstva za stambeno zbrinjavanje
- evaluacija učinka.

Definirane su četiri HERO ciljne skupine: korisnici i njihove obitelji, lokalne zdravstvene službe, djelatnici nezdravstvenih agencija i stanari. Uključeno je 249 osoba iz različitih zemalja te su izrađene jasne preporuke.

Glavno pitanje koje se postavlja na temelju evaluacije postojećih programa stambenog zbrinjavanja je kako osigurati prijelaz od podržavajućeg prema podržanom stambenom zbrinjavanju koje preferira većina korisnika usluga.

Primjeri dobre prakse iz Slovenije upućuju na važnost povezivanja različitih sektora i pružatelja usluga u uspostavljanju pružanja usluga temeljenih na potrebama. Osobe s ponovljenim hospitalizacijama i slabom podrškom zajednice i obitelji postigle su znatan napredak u oporavku kad im je istovremeno ili ubrzo nakon hospitalizacije pružena pomoć u rješavanju stambenog pitanja i zaposlenja, povrh treninga vještina i podrške rehabilitacijskih službi. Ključna je pritom bila povezanost između nevladinih organizacija koje pružaju dnevnu skrb i smještaj, zavoda za zapošljavanje i podržanih programa zapošljavanja u skladu sa željama i potrebama korisnika usluga. Iskustvo pokazuje da sâmo stambeno zbrinjavanje i trening vještina pruža sigurnost, ali i produljuje ishode institucionalizacije, odnosno tzv. negativne simptome i slabo funkcioniranje. Produktivnost rada i financijska stimulacija temeljna su metoda rehabilitacije, što dokazuju brojna randomizirana kontrolirana ispitivanja širom svijeta. Dokazi upućuju na to da podržano zapošljavanje učinkovito unaprjeđuje brojne profesionalne ishode, relevantne za osobe s teškim mentalnim bolestima. Model individualnog zapošljavanja i podrške (engl. *Individual Placement and Support* – IPS) najpopularniji je oblik zapošljavanja uz podršku. Metaanalitičke analize randomiziranih kontroliranih ispitivanja IPS-a pokazale su da IPS, u usporedbi s uobičajenim uvjetima liječenja, pruža bolje profesionalne i kliničke ishode i bolju kvalitetu života.

ZAKLJUČAK

Stambeno zbrinjavanje vidimo kao osnovu za implementaciju rehabilitacijskih mjera i mjera oporavka. Razumijevanje stambenog zbrinjavanja ljudi s mentalnim poremećajima promijenilo se u osnovnim konceptima. U okviru suvremene rehabilitacije, stambeno zbrinjavanje više nije „briga za“, već „briga o“ korisniku uključujući korisničku kontrolu nad kućanstvom i ostalim dijelovima procesa habilitacije.

Literatura

1. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale the Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *B J Psychiatry*. 1990;157:853-9.
2. Burns T, Firth M. *Outreach in Community Mental Health Care: A Manual for Practitioners*, Oxford; 2017.
3. Frederick DE, VanderWeele TJ. Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PLoS One*. 2019;14(2):e0212208.

4. Greenwood RM, Schaefer-McDaniel NJ, Winkel G, Tsemberis SJ. Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *Am J Community Psychol.* 2005;36:223-38.
5. Harris GT, Hilton NZ, Rice ME. Patients admitted to psychiatric hospital: Presenting problems and resolution at discharge. *Canadian Journal of Behavior Studies.* 1993;25:267-85.
6. Home EU (Internet). ISPA, CRL. Lisboa: AEIPS (cited 2019 August 12th). Available from:<http://www.home-eu.org/housing-first/>
7. Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M et al. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;13:CD008297.
8. Nelson G, Hall GB, Walsh-Bowers R. The relationship between housing characteristics, emotional well-being and the personal empowerment of psychiatric consumer/survivors. *Community Ment Health J.* 1998;34:57 - 69.
9. Nelson G. Housing for People with Serious Mental Illness: Approaches, Evidence, and Transformative Change. *The Journal of Sociology and Social Welfare* 2010;37, Article 7. Available from: <http://scholarworks.wmich.edu/jssw/vol37/iss4/7>
10. Srebnik D, Livingston J, Gordon L, King D. Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Ment Health J.* 1995;31:139-51.
11. ŠENT. Priročnik o socialnih veščinah. Ljubljana; 2019.
12. Štrkalj Ivezić S. Smjernice za psihosocijalne postupke u zajednici. Zagreb; 2017.
13. WHO Quality Rights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities (Internet). Geneva WHO (cited 2019 August 12th). Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70927/9789241548410_eng.pdf;jsessionid=43EB82EFA1EF01D7D80E6C519F0CEF31?sequence=3

12. RADNA REINTEGRACIJA U OPORAVKU PACIJENATA S POREMEĆAJIMA MENTALNOG ZDRAVLJA

Marijana Cvitan Sutterland

12.1. Uvod

Rad u *outreach* sustavu pružanja zdravstvenih usluga za pacijente s teškim mentalnim bolestima u Nizozemskoj tijekom razdoblja u kojemu je uvedena nova metoda pomoći pacijentima na poslu ili u školi/na fakultetu pružio je, kako meni, tako i mnogim kolegama, potpuno novu perspektivu o potencijalima i prognozi naših pacijenata. Zapitala sam se u kojoj je mjeri funkcionalni ishod kod osoba s teškim mentalnim bolestima određen bolešću i njihovim socijalnim okolnostima, a u kojoj mjeri na takav ishod utječe skrb usmjerena na oporavak u sklopu koje se primjenjuju modeli aktivnog, podržanog zapošljavanja.

12.2. Kontekst

Glavni psihijatrijski poremećaji nerazmjerno utječu na osobe u dobnoj skupini mlađeg i radno sposobnog stanovništva. Zbog svojeg vrhunca početkom adolescencije i vjerojatnosti kroničnog tijeka, svaka teška mentalna bolest (SMI) ima goleme posljedice na razvoj i funkcioniranje bolešću pogođene mlade osobe. Iz pozicije društva u cjelini, čini se da je glavni uzrok izgubljenih godina produktivnosti posljedica mentalnih bolesti. Opterećenje mentalnom bolešću veliko je kako za sâmu osobu, tako i za njezinu obitelj i cijelo društvo.

Mentalne bolesti mogu se općenito podijeliti na teške i uobičajene mentalne poremećaje. Jedan aspekt ove podjele nalazi se u razini profesionalnog i psihosocijalnog (dis)funkcioniranja pogođene osobe. Psihosocijalno funkcioniranje definirano je kao sposobnost osobe za interakcijom i nošenjem sa stresom u kontekstu škole, fakulteta, posla, obitelji i društvenog okruženja.

Shizofrenija i drugi poremećaji u spektru psihoze pripadaju teškim mentalnim poremećajima i štetno utječu na dugoročnu razinu funkcioniranja pogođenih osoba. Jasno je da biološki tretman shizofrenije značajno utječe na remisiju ili barem ublažavanje simptoma bolesti. Nažalost, razina svakodnevnog funk-

cioniranja često ostaje oslabljena, čak i ako se uspije postići remisija simptoma. Bolest i nuspojave potrebnih lijekova često se navode kao uzrok spomenutih problema u funkcioniranju, jer oboje mogu uzrokovati umor, usporenost ili manjak motivacije i poteškoće u poduzimanju inicijative. Često se može primijetiti da pacijenti, usprkos tome što im je pružena kvalitetna skrb na različitim razinama, čak i u slučaju blažih nuspojava, još uvijek ne uspijevaju poboljšati svoje psihosocijalno funkcioniranje. U takvim slučajevima moramo uvijek biti svjesni osobnih procesa kroz koje pacijent prolazi uz tako razorni poremećaj na više razina. Psihološki tretmani, namijenjeni ili prilagođeni poremećajima sa psihozom, pokazali su dobre rezultate i dokazano su učinkoviti u procesu zacjeljivanja trauma, disfunkcionalnih načina razmišljanja i kontroliranja zapovjednih glasova, agresije i straha. Ipak, usprkos napretku bioloških, terapijskih i psihosocijalnih intervencija, shizofrenija ostaje ponavljajuća i teška bolest, a reakcije na strategije liječenja su različite.

Stoga ne iznenađuje da populacija psihijatrijskih pacijenata očekuje nisku kvalitetu života. Visoka stopa nezaposlenosti općenito postala je prihvaćeni ishod koji za sobom povlači financijske, stambene, socijalne i zdravstvene probleme. Stopa zaposlenosti osoba pogođenih bilo kojom mentalnom bolešću znatno je niža u odnosu na osobe pogođene ostalim zdravstvenim stanjima. Zbog toga su psihičke bolesti glavni uzrok zbog kojeg korisnici ostvaruju naknadu po osnovi invaliditeta iz sustava zdravstvenog osiguranja, kao i nesposobnosti za rad u Europi i Sjedinjenim Američkim Državama.

Uzimajući u obzir navedeno, treba li uistinu povratak na posao ili u školu/na fakultet osobama s teškom mentalnom bolešću i osobama koje se o njima skrbe biti prioritet? Naime, većina pacijenata uistinu želi raditi. Prema izvještaju Nacionalnog saveza za mentalne bolesti (NAMI) iz 2014. godine, oko 60 % od 7,1 milijuna korisnika naknade za nezaposlene po osnovi mentalne bolesti u Sjedinjenim Američkim Državama žele raditi. Važno je zapitati se koliko je rad važan nama koji imamo posao? Oscar Wilde davno je ustvrdio: „Najbolji način da cijenite svoj posao je da se zamislite bez njega.“ Nezaposlene osobe obično su lošijega zdravstvenog stanja, češće ostvaruju negativne rezultate i sklonije su samoubojstvu od zaposlenih osoba. Mentalna bolest ne samo da može uzrokovati oštećenja koja dovode do dugotrajne nezaposlenosti, već i stigma povezana s mentalnom bolešću stvara prepreku zapošljavanju.

Ljudi u svojem poslu pronalaze snažan osjećaj smisla, kao i strukturu, ulogu u društvu, kontakte i osjećaj neovisnosti. O pozitivnim učincima rada na mentalno zdravlje pisalo se u brojnim publikacijama. Kod psihijatrijskih bolesti postoje snažni dokazi da su rani oporavak funkcioniranja i vraćanje kvalitete

života povezani s mnogim pozitivnim dugoročnim ishodima kod osoba oboljelih od shizofrenije. Tome u prilog govori i opsežna australska studija koja je sedam i pol godina pratila 209 mladih osoba koje su doživjele prvu epizodu psihoze. U toj su studiji istraživači ispitivali odnos „potpunog funkcionalnog oporavka“ i remisije simptoma prve epizode psihoze tijekom sedam i pol godina. Povrh drugih važnih nalaza vezanih za ovu populaciju, studija je pokazala da je funkcionalni oporavak u prvoj godini liječenja prediktor dugoročno boljeg ishoda kod ovih mladih ljudi. Poboljšanje je bilo vidljivo ne samo na razini budućega svakodnevnog funkcioniranja, već i u trajanju budućih hospitalizacija, pa čak i u stopi „negativnih simptoma“. Praćenje stanja u trajanju od sedam i pol godina pokazuje da se radi o stabilnom, dugoročnom učinku.

Koristeći znanja i nove spoznaje o oporavku oboljelih od teških mentalnih bolesti (SMI), mnoga strukovna udruženja i udruge korisnika i njihovih obitelji podržavaju promjenu ciljeva liječenja u suvremenoj psihijatriji. Na primjer, definicija „ishoda“ u psihijatrijskom liječenju mentalnih poremećaja s ozbiljnim funkcionalnim oštećenjima se proširuje. Isključivo ciljane simptomatske remisije tijekom liječenja pruža ograničena jamstva za povratak u „normalan“ život. Dodavanje opće kvalitete života mjerama uspješnosti liječenja obogaćuje suvremene planove liječenja novim strategijama za poboljšanje svakodnevnog funkcioniranja. Ovako postavljen fokus, uz procjenu simptoma, lijekova i zdravstvenog stanja, ima i određene posljedice. Kad je kvaliteta života dodatni cilj liječenja, stručnjaci su skloniji više se zanimati za doživljaj dobrobiti pacijenata i njihove želje za budućnost. Pozitivni učinci ovakvih novosti u liječenju proizlaze iz postavljanja personaliziranih ciljeva koje pacijenti vrednuju i koji se redovito procjenjuju u sklopu socijalno-psihijatrijskog tretmana. Time se omogućuje i veća suradljivost pacijenata u liječenju, što je važno jer nesuradljivost pacijenta često dovodi do ponovnog javljanja psihijatrijskih simptoma.

Važno pitanje iz područja kliničke prakse koje si postavljaju stručnjaci je kako izraditi i osigurati racionalan plan liječenja koji će integrirati spomenute različite ciljeve. Koji su karakteristični zajednički čimbenici rehabilitacije? Istraživanja upućuju na tri čimbenika koji mogu poboljšati promjenjive funkcionalne ishode kod shizofrenije: stabilni odnosi, stabilno radno mjesto i korištenje antipsihotika druge generacije.

Kliničari bi na to mogli odgovoriti da je to lakše reći nego učiniti, i svako bi bili u pravu, bar kad je riječ o povećanju stope zaposlenosti osoba s poremećajima mentalnog zdravlja. Cilj je ovoga poglavlja predstaviti najnovija dostignuća i istaknuti trenutačno najbolju metodu u praksi koja povećava

mogućnosti uspješne reintegracije u svijet rada pacijenata sa psihijatrijskim poremećajima te, kao posljedica toga, pozitivno utječe na kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji.

Dovoljno dokaza govori u prilog prikladnog i sustavnog pristupa, koji bi bio učinkovit i djelotvoran u pomaganju pacijentima da se vrate na posao ili u školu, odnosno na fakultet. Zaposlenost je važan dio ljudskog života i pomaže velikom broju pacijenata u vraćanju strukture, značenja i perspektive u svakodnevni život. Ipak, put povratka u „normalan život“ opterećen je brojnim preprekama, uključujući društvenu stigmatizaciju, samostigmatizaciju i beznade, koje često prate osobe sa psihijatrijskim oboljenjem. Teško je nositi se s takvim problemima bez podrške. Intenzivni individualni program *coachinga* usmjeren na redovito zaposlenje ili obrazovanje može pomoći u prevladavanju ovih prepreka.

Općenito, u praksi je teško predvidjeti kako će izgledati budućnost mlade osobe oboljele od psihotičnog poremećaja. Ono što znamo je s kakvim bi se izazovima oboljeli mogli suočiti u budućnosti i da sveobuhvatnom podrškom možemo u velikoj mjeri pozitivno utjecati na njihov život.

12.3. Kratka povijest podržanog zapošljavanja

Iako je zaposlenost definirana kao ključna društvena odrednica zdravlja, metodički pristup pomaganju psihijatrijskim pacijentima pri zapošljavanju relativno je novijeg vijeka.

Stajalište da je psihijatrijskom pacijentu potreban neki oblik radne terapije, bilo da je riječ o radu u zaštitnoj radionici ili osposobljavanju za posao, pojavilo se sedamdesetih godina prošlog stoljeća i dovelo do razvoja različitih rehabilitacijskih programa širom svijeta. Većinom se smatralo da se osobe oboljele od psihijatrijskih bolesti ne mogu vratiti na redovit posao i da se moraju držati podalje od stresnih situacija koje bi doživljavali na redovnom poslu. Vođeni općom idejom da je podrška strukturi svakodnevnog života važna za liječenje, ali bez čvrste metodičke podloge koja bi poduprla ove dobre namjere, ovakvi programi uglavnom su se provodili prema mogućnostima, interesu i idejama stručnjaka, institucija i lokalne zajednice.

Iako su pristupi bili prilično različiti, ovisno o individualnim naporima i financijskim sredstvima, često su dijelili ideju: rehabilitacija se odvija nakon što se liječenjem pacijenta dovelo u (djelomičnu) remisiju. Stopa uspješnosti razlikovala se od slučaja do slučaja, ali uglavnom je bila niska. Stoga je bilo teško distribuirati i proučavati metodologiju (vjerojatno zbog manjkavih opisa modela).

Još jedna stvarnost „centara za rehabilitaciju i radne aktivnosti“ je ponuda postojećih programa rada ili edukacije koji ne mogu uzeti u obzir brojne osobne potrebe i ambicije pacijenata. Zato nije postojao samo značajan rizik da ponuđeni radni uvjeti ne budu stvarno motivirajući, već da djeluju i demotivirajuće.

U praksi je postalo jasno da, za većinu naših pacijenata, pristup po kojemu „jedno rješenje odgovara svima“ nije optimalan u ispunjavanju individualnih potreba i interesa. Posebno mladima to se činilo kao veliki gubitak vremena zbog kratkog roka u kojem moraju donositi temeljne životne odluke i odlučiti u kojem se smjeru žele dalje razvijati. Nedostatak individualnog programa često negativno utječe na motivaciju mladih pacijenata za pohađanje programa, što kod pružatelja skrbi stvara dojam da pacijenti ne žele raditi ili su preslabi da bi mogli obavljati redovne radne zadatke. Najčešće pritužbe pacijenata bile su: „Ne sviđa mi se, u ovom programu nema ničega što bi mi bilo zanimljivo, na radnoj terapiji niti rastem, niti napredujem, oduzima mi vrijeme, ali ne donosi pomak unaprijed“, dok bi se pružatelji skrbi žalili da su pacijenti ponovno propustili termin: „Ah, vjerojatno se opet nije probudio/probudila na vrijeme!“

S niskim stopama uspješnosti u rad ili školovanje te rijetkim „iskustvom uspjeha u normalnom životu“ postoji rizik da pacijenti i zdravstveni radnici zajednički grade predodžbu i očekuju lošu prognozu što se tiče razine funkcioniranja tijekom života s bolešću. Teško je odmaknuti se od uvriježenih uvjerenja i promijeniti način razmišljanja, pri čemu sâmi zdravstveni radnici moraju početi vjerovati u potencijal svojih pacijenata za oporavak, potencijal kojeg često ni pacijenti nisu svjesni.

Suvremene službe za potporu u zapošljavanju odbacile su neke opće pretpostavke korištene u starom pristupu, poput: „osobama oboljelima od mentalnih poremećaja s ozbiljnim funkcionalnim oštećenjima (SMI) najprije je potrebno dulje vrijeme rada u zaštitnim radionicama kako bi ih se pripremila za uobičajena radna mjesta na kojima se mogu zaposliti preko natječaja“, zatim, „rehabilitacijske usluge treba pružati odvojeno od usluga zaštite mentalnog zdravlja“, i na kraju, „programi bi trebali koristiti određene mogućnosti prijelaznog zapošljavanja kako bi se pacijenti najprije educirali“. Te su pretpostavke sveprisutne i na mnogim se mjestima održavaju sve do danas kao vodeća načela prije nego što se pacijenta počne smatrati spremnim za konkurentno radno mjesto. Cilj modernijeg podržanog zapošljavanja nije se promijenio (pronalazak redovnog zaposlenja), ali metoda jest. Nastojeći odmah pokrenuti konkurentno zapošljavanje, skupina aktivista u Sjedinjenim Američkim Državama 1997. godine radikalno je promijenila koncept

podržanog zapošljavanja u usporedbi s prethodnim postupnim pristupom. Djelatnici programa podržanog zapošljavanja nastoje pacijentima omogućiti redovito školovanje ili obavljanje plaćenog posla od početka personaliziranog *coachinga*. Novi se pristup pokazao mnogo uspješnijim i više ne bi trebao biti izuzetak za manjinu pacijenata.

Nedavni pregled literature o podržanom zapošljavanju identificirao je pet ključnih značajki uspješnih intervencija: 1. multidisciplinarni tim koji redovito komunicira i surađuje; 2. sveobuhvatan paket usluga; 3. individualne i prilagođene komponente; 4. holistički prikaz zdravstvenih i socijalnih potreba i 5. potencijalna suradnja s poslodavcima.

12.4. IPS – najsvremeniji oblik podržanog zapošljavanja

Vodeća metoda koja se danas primjenjuje u sklopu koncepta podržanog zapošljavanja je *Individual Placement and Support* (engl.), u nastavku IPS.

U ovom trenutku program zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja smatra se najsvremenijim (*state of the art*) oblikom intervencija zapošljavanja osoba s mentalnim poremećajima s najboljim empirijskim i znanstvenim dokazima iz područja profesionalne rehabilitacije. Riječ je o najispitivanijoj intervenciji iz područja psihijatrijske rehabilitacije s 24 randomizirana kontrolirana ispitivanja (RCT) do 2017. godine. Proteklih godina objavljeno je više istraživanja o IPS programu zapošljavanja, a cilj je bilo pronaći načine za daljnje unaprjeđenje intervencije (vidi u nastavku pod Učinci programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja). Randomizirano kontrolirano ispitivanje (RCT) najstroža je metoda istraživanja u kojoj se ispituje novi pristup slučajnim raspoređivanjem pacijenata u dvije skupine: u jednoj skupini kao kontrola primjenjuje se nova metoda, a u drugoj skupini kao kontrola koristi se uobičajeni tretman (TAU). Razlika između pokusne i kontrolne skupine podvrgava se strogo statističkom ispitivanju i korekcijama. Sljedeći korak u znanstvenom ispitivanju kojim se provjerava je li nova intervencija zaista bolja od prethodne sustavni je pregled literature koji uspoređuje rezultate i analizira kvalitetu različitih randomiziranih kontroliranih ispitivanja, tzv. metaanaliza literature. Sustavni pregled literature pokazao je da kod pacijenata koji su prošli IPS program postoji tripot veća vjerojatnost pronalaska zaposlenja u usporedbi s drugim metodama rehabilitacije. Osim što upućuje na višu stopu dobivanja posla, IPS program pozitivno utječe i na trajanje radnog odnosa (broj dana provedenih na radnom mjestu) i vjerojatnost daljnjeg razvoja karijere. Neke studije istražile su dugoročne ishode IPS programa te je unatoč skromnom uzorku ovih studija u fazi praćenja re-

zultata utvrđeno da je većina korisnika IPS-a dulje zadržala radno mjesto u odnosu na sudionike na kojima je primijenjen uobičajeni tretman (TAU). Jedno je istraživanje pokazalo da je polovica sudionika zadržala redovit posao deset godina nakon završetka programa.

13.4.1. Načela IPS metode

Kao što je spomenuto, novost u programu zapošljavanja osoba s mentalnim poremećajima promjena je temeljnih ideja na kojima počiva psihijatrijska rehabilitacija.

1. Glavni je cilj dobivanje redovnog posla na konkurentnom tržištu rada, odnosno započinjanje/nastavak redovnog obrazovanja, kako je opisano u nastavku.

2. Slogan programa je „Najprije zaposli, zatim educiraj“ („First place than train“), pri čemu mentor/trener u sklopu IPS nastoji pomoći pacijentu u pronalasku redovnog posla, a zatim pacijentu pruža podršku tijekom zaposlenja (izravno na radnom mjestu ili tijekom pripremnih radnji). Proces reintegracije u svijet rada odvija se istovremeno s ostalim aspektima psihijatrijskog liječenja. Mentor u sklopu IPS programa može odmah početi raditi s pacijentom kao dio tima koji se skrbi za pacijenta.

3. Posljednja velika promjena paradigme odnosi se na „nultu isključenost“ („zero exclusion“). Intervencija programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja može započeti odmah ako pacijent izrazi želju za povratkom u školu, na fakultet ili na posao, bez obzira na težinu psihijatrijske bolesti.

Time se dijelom sprječava zdravstvene radnike u razvijanju paternalizma prema pacijentu. Timovi ovu promjenu primjećuju u općem stavu prema ciljevima usmjerenima na zdravlje. IPS program zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja osmišljen je tako da prati individualne želje pacijenata i sustavno razvija njihovu karijeru pružajući kontinuiranu personaliziranu podršku. Upravo uključivanje IPS programa i mentorstva na radnom mjestu u rad psihijatrijskog tima omogućuje provedbu ovoga intenzivnog i odvažnog pristupa. Kako program funkcionira u svakodnevnoj praksi? Mentorstvo pri zapošljavanju koje slijedi načela IPS-a objedinjuje timski rad različitih disciplina i struka, rad s pacijentima i osiguravanje ponude radnih mjesta umrežavanjem s potencijalnim poslodavcima. Mentor se pri zapošljavanju osoba s poremećajima mentalnog zdravlja najprije usmjerava na pružanje pomoći pacijentima u donošenju odluka, podržava njihove ideje i pruža intenzivnu pomoć u traženju posla,

odnosno prijavi na natječaj ili program obrazovanja. Praktična podrška pruža se, po potrebi, i u području financija i administracije. Mentor pri zapošljavanju u sklopu IPS-a u kontaktu je s pacijentom, psihijatrijskim timom i poslodavcem tijekom cijeloga ovog procesa.

Osim edukacije pacijenata, mentor pri zapošljavanju u sklopu IPS-a mora uložiti najmanje četvrtinu svojeg vremena na osiguravanje radnih mjesta. Možda je upravo to najveća snaga i posebnost IPS metode - mentor stvara vlastitu mrežu poslodavaca i neprekidno traži nove mogućnosti umrežavanja kako bi udovoljio individualnim željama pacijenata. Dobar mentor organizira i kvalitetno umrežavanje. To je važno s obzirom na to da mnogim poslodavcima veliku prepreku stvara strah da neće dobiti dovoljno podrške i da im nedostaje stručnih znanja vezanih za zapošljavanje „psihijatrijskog pacijenta“. Mentor je dobro informiran o zakonodavstvu i prednostima zapošljavanja ove specifične ciljne skupine. Čini se da je glavni izvor kontakata u sklopu programa zapošljavanja osoba s mentalnim poremećajima tzv. „topla, direktna komunikacija“, to jest osobna preporuka. „Hladna komunikacija na daljinu“, na primjer putem dokumentacije ili telefonskog poziva, ima slabiji utjecaj. Osobno poznanstvo s mentorom i intenzivna pomoć pacijentima u povratku u svijet rada poslodavcima jamči da pružanje šanse osobi s mentalnim poremećajem neće stvoriti dodatne probleme u poslovanju. Za održivu mrežu potrebno je imati dobra iskustva s programom zapošljavanja osoba s mentalnim poremećajima. U praksi se uvijek iznova pokazuje da ljudi uglavnom žele pomoći jedni drugima. Drugi ključni aspekt programa zapošljavanja osoba s mentalnim poremećajima vidljiv je u njegovu potencijalu za promicanje i primjenu. IPS program zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja najbolje je razvijeni model profesionalne rehabilitacije osoba oboljelih od teških mentalnih bolesti, s programima edukacije i provedenim istraživanjima pouzdanosti koji se mogu koristiti za praćenje i usmjeravanje provedbe nakon edukacije. Time se pruža mogućnost prepoznavanja čimbenika koji pridonose uspjehu i primjeni modela što vjernijeg standardu „najbolje prakse“ („*the best practice*“). Dokazano je da pouzdanost modela programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja znači i bolji učinak IPS intervencije. To je važno jer potvrđuje da se znatan dio učinka IPS-a pripisuje izravno modelu programa, osim nespecifičnih čimbenika povezanih s podržavajućim terapijskim kontaktom.

Kao zdravstveni djelatnici iz područja zaštite mentalnog zdravlja, možemo se kvalitetnije usredotočiti na „funkcionalni oporavak“ tijekom liječenja ako su nam dostupni metodički pristup i mjerenja. Posao ili obrazovanje značajan su dio funkcionalnog oporavka, pri čemu nam kvalitetna profesionalna intervencija pruža mogućnost utjecaja na proces oporavka naših pacijenata. IPS metoda

pomaže u zadržavanju planova liječenja na konkretne ciljeve usmjerene na funkcionalni oporavak.

13.4.2. Učinci IPS programa

Pružanjem intenzivne podrške pacijentima u potrazi za obrazovanjem ili poslom koji uistinu žele, u praksi svjedočimo pozitivnoj promjeni motivacije u različitim aspektima života. Imaju više socijalnih kontakata, nove teme za razgovor, nešto što im daje nadu; obitelj i druge osobe koje pacijentima pružaju podršku automatski se usmjeravaju na zdraviju vrstu podrške. Motivacija se preusmjerava s općenite želje da se ponovno osjećamo dobro na konkretniji skup ciljeva, u čijem ostvarivanju aktivno pomaže IPS mentor i psihijatrijski tim. Pozitivna iskustva rađaju pozitivna iskustva i mijenjaju odnos prema tretmanu simptoma, potrebnom za funkcionalni oporavak.

Ukupno gledano, zbog dobrih rezultata ove metode zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja i velikog zadovoljstva pacijenata i obitelji ovom vrstom pružene zdravstvene usluge struka mentora na radnom mjestu vrlo je cijenjena, što se pozitivno odražava i na rad timova u čijem radu sudjeluju. Vidljiv uspjeh u funkcionalnom oporavku pacijenata o kojemu svjedoče razne struke zastupljene u timu preusmjerava kolektivna uvjerenja prema boljim ishodima za pacijente s teškim mentalnim bolestima.

1. UČINCI IPS-A NA ZAPOSŁJAVANJE

Ovaj program zapošljavanja postiže visoke stope zapošljavanja pacijenata s teškim mentalnim bolestima diljem svijeta. Na primjer, devet randomiziranih kontroliranih ispitivanja (RCT) u SAD-u pokazalo je da IPS postiže stopu zaposlenosti od 65 % nasuprot uobičajenih 25 %. Ostali rezultati dosljedno pokazuju prednosti ove metodike pri zapošljavanja u: 1. dobivanju prvog posla nekoliko mjeseci prije u odnosu na ostale programe, 2. trajanju zaposlenja dvostruko dulje, 3. višem prosječnom prihodu. IPS model pokazao se uspješnim u različitim zemljama i populacijama, te iznomsima socijalnih naknada i nacionalnog BDP-a. Na primjer, sustavni pregled i metaanaliza 21 randomiziranog kontroliranog ispitivanja (RCT) u 12 zemalja potvrdili su pozitivne učinke IPS-a na zapošljavanje osoba s mentalnim poremećajima. Istraživanja provedena u Sjedinjenim Američkim Državama pokazuju da je program zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja podjednako učinkovit i kod muškaraca i kod žena, kao i kod različitih etničkih skupina: Afroamerikanaca, Latinoamerikanaca i Euroamerikanaca.

Istraživanja također pokazuju da razlike u socijalnim i zdravstvenim sustavima utječu na uspješnost programa podržanog zapošljavanja. Studije pokazuju da će sa slabije razvijenim sustavom socijalnih naknada, zdravstvene zaštite i sustava podrške, utjecaj programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja biti značajniji. Stoga se postavlja pitanje o stvarnoj dodanoj vrijednosti metode bez ekonomskih, radnih i kontrolnih postavki specifičnih za pojedinu zemlju.

U Norveškoj je istraživačka skupina ispitala vrijednost programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja iz aspekta zemlje s visokim dohotkom, sveobuhvatnim sustavom socijalne skrbi i visokom kvalitetom programa reintegracije. Pokrenuli su jedno od najvećih dosad provedenih ispitivanja u vezi s procjenom učinkovitosti IPS modela reintegracije koje je uključivalo 410 pacijenata s fazom praćenja u trajanju od 18 mjeseci. Utvrđeni su iznimni rezultati profesionalnih ishoda programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja. U ovoj studiji sagledani su i „sekundarni ishodi“, kao što je kvaliteta života, te su doneseni pozitivni zaključci (vidi u nastavku pod „Učinci programa zapošljavanja osoba s poremećajem mentalnog zdravlja“). Ovo otkriće dodatno podupire intrinzičnu vrijednost programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja kao metode za postizanje općeg unaprjeđenja rezultata zdravstvene zaštite. Istraživanjem se također procijenilo dugoročne učinke modela programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja u usporedbi s tradicionalnom profesionalnom rehabilitacijom. Područje istraživanja dugoročnih učinaka IPS programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja u početnoj je fazi. Dostupni prikupljeni podaci na temelju manjeg uzorka pokazuju da je većina sudionika prethodno uključenih u IPS program zapošljavanja dulje ostala na svojem radnom mjestu tijekom faze praćenja rezultata, u odnosu na osobe podvrgnute uobičajenom tretmanu. Jedno je istraživanje pokazalo da je polovica uspješnih sudionika zadržala redovit posao čak deset godina nakon završetka programa. Hofman i suradnici 2014. godine nasumično su odabrali sto nezaposlenih osoba s teškim poremećajima mentalnog zdravlja te ih pratila pet godina. Pozitivan učinak na stopu zaposlenosti u sklopu IPS programa odrazio se na dobivanje posla (65 % u usporedbi s 33 %), sudionici su radili više sati i tjedana, imali veću plaću i ostvarili dulji radni staž tijekom dvije godine, a posao su zadržali i tijekom petogodišnjeg razdoblja praćenja rezultata.

Zaključci iz literature su jasni, IPS metoda trenutno je najuspješnija metoda profesionalne rehabilitacije u smislu dobivanja i zadržavanja radnog mjesta kod pacijenata s teškim poremećajima mentalnog zdravlja na redovnom tržištu rada. Dokazi također upućuju na to da se učinci te metode održavaju u kulturi, socioekonomskom sustavu i razini zdravstvene zaštite.

2. UČINCI IPS-A NA PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJ

Ova metoda uglavnom je testirana na populaciji s teškim mentalnim poremećajima, uglavnom psihotičnim poremećajima, koji zahtijevaju visoku razinu multidisciplinarnе skrbi zbog poteškoća u funkcioniranju i kontroli simptoma. Najnovija istraživanja o metodi programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja u obzir uzimaju ovu populaciju. Postoji veća skupina ljudi s uobičajenim mentalnim poremećajima poput depresije, traume i anksioznosti koja također pati od ozbiljnih simptoma i ima problema s bolovanjem, poteškoćama na poslu, kod kuće i u društvu. Ova skupina značajno je zastupljena u sustavu usluga socijalne skrbi i socijalnih naknada, kako je ranije navedeno. Više o dostupnim dokazima usmjerenima na ovu novu skupinu može se pročitati u posljednjem dijelu ovog poglavlja, program zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja i uobičajeni poremećaji mentalnog zdravlja.

Je li pametno imati redovit posao u slučaju opterećenja teškom psihičkom bolešću (SMI)?

Ovo je često pitanje zdravstvenih radnika koje zabrinjava mogućnost da bi stres zbog obavljanja redovitog posla mogao dovesti do povećanja vjerojatnosti pogoršanja ili ponovnog javljanja psihijatrijskih simptoma. Međutim, dosadašnje studije pokazuju da ne dolazi do povećanog javljanja štetnih događaja, uključujući: prestanak radnog odnosa, pokušaj samoubojstva, hospitalizacije, zatvorske kazne, beskućništva ili simptomatskog relapsa.

Postoje kombinirani dokazi o ishodima koji nisu vezani za profesionalni razvoj, a koji se mogu pripisati samom IPS modelu, poput simptoma, zdravlja i kvalitete života. Izgleda da se pozitivni ishodi uglavnom ovise o zapošljavanju, a IPS program zapošljavanja osoba tome pridonosi. Sustavni pregled literature do 2014. godine upućuje na to da se zaposlenost dosljedno povezivala sa smanjenjem ambulantnog psihijatrijskog liječenja, kao i s povećanjem samopoštovanja pacijenata. U ovom istraživanju uočena je slaba korelacija između zaposlenosti i pozitivnih ishoda vezanih za ozbiljnost simptoma, hospitalizaciju, zadovoljstvo životom i opću dobrobit. Otprilike u isto vrijeme analiza podataka iz ispitivanja EQUOLISE pokazala je na uzorku od 312 pacijenata da IPS intervencija zapošljavanja ima pozitivne učinke, ne samo na profesionalni, već i na klinički ishod kod pacijenata sa shizofrenijom u Europi.

Ranije spomenuto očekivano randomizirano Hoffmanovo istraživanje pojavilo se iste godine s novim otkrićima. U ovom istraživanju praćeno je sto nezaposlenih osoba s mentalnim poremećajima s ozbiljnim funkcionalnim oštećenjima (SMI) u razdoblju od pet godina. Uz prethodno razmotrene pozitivne učinke na zapošljavanje na konkurentnom tržištu rada, mjerena je i stopa

hospitalizacija. Kod sudionika u ovoj studiji utvrđena je značajno manja vjerojatnost hospitalizacije i prijema u psihijatrijsku bolnicu, a hospitalizacije bi trajale kraće. Čak su ostvarili veći društveni povrat ulaganja.

Ipak, što se događa s pacijentima kod kojih program zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja nije doveo do uspješne reintegracije u svijet rada? Zasad, što se tiče potencijalnih negativnih učinaka, dokazi su jasni – nema razloga za strah u slučaju ulaganja napora u reintegraciju osoba s teškim mentalnim bolestima. Pregled literature iz 2014. godine dosljedno upućuje na to da se zapošljavanje ne povezuje s pogoršanjima psihijatrijske bolesti.

U praksi uočavamo da mentorski rad u sklopu IPS programa zapošljavanja kao metoda (praktičnost, aktivnost, informiranje i poštovanje želja klijenata) pomaže u ranom prepoznavanju i intervenciji u relativno ranim fazama pogoršanja simptoma, u usporedbi sa standardnim ili prethodnim psihijatrijskim tretmanima. Uzrok tomu može biti nekoliko čimbenika. Prvo, često se primjećuje promjena intrinzične motivacije pacijenta, što ga također čini spremnijim za prijavljivanje pogoršanja simptoma kako bi se spriječilo oboljenje i rizik od gubitka radnog mjesta. Drugo, medicinski tim brže će pridobiti povjerenje zajedničkim postupanjem prema ciljevima koje si je pacijent sâm postavio, što može dovesti do ranijeg otkrivanja pogoršanja simptoma. I na kraju, pomažući pacijentu da ponovno zauzme svoje mjesto u društvu, pacijent prestaje biti društveno izoliran, što bi moglo povećati vjerojatnost da osoba koja provodi vrijeme s pacijentom prepozna pogoršanje njegova funkcioniranja.

3. UČINCI IPS-A NA KVALITETU ŽIVOTA

Posljednjih godina kvaliteta života (engl. *Quality of Life* –QoL) pacijenata s teškom mentalnom bolešću s pravom je postala važno mjerilo ishoda liječenja. Zahvaljujući tome mjerilu, sve se više priznaje da kod teških psihijatrijskih bolesti simptomatska remisija još uvijek ne znači oporavak. Prepoznavanjem društvenog i osobnog utjecaja bolesti i redefiniranjem liječenja usredotočenjem na druge ciljeve može se postići općenito bolja kvaliteta života.

Utjecaj podržanog zapošljavanja na kvalitetu života i obrnuto postao je predmetom istraživanja. Poteškoća u proučavanju ove problematike obično nastaje zbog ograničenog trajanja faze praćenja rezultata studija, dok je veća vjerojatnost da će se učinci na ovo kompleksno područje pojaviti dugoročno, a ne u prvih godinu ili dvije, kako su uglavnom postavljeni rokovi za financiranje istraživačkih projekata. Ipak, dosadašnji rezultati djeluju obećavajuće.

Najveći program proveden s ciljem vraćanja nezaposlenih osoba s teškim

mentalnim bolestima (SMI) na posao te mjerenja učinka IPS intervencije pri zapošljavanju osoba s poremećajima mentalnog zdravlja na kvalitetu života uključivao je 2059 randomiziranih pacijenata u 23 grada i trajao je dvije godine. Ispitanici iz pokusne skupine češće su imali plaćeni posao (60,3 % u usporedbi s 40,2 %) te su također prijavili bolje opće stanje mentalnog zdravlja i bolju kvalitetu života u odnosu na kontrolnu skupinu.

Nedavno multicentrično randomizirano kontrolirano ispitivanje provedeno u Europi pratilo je 116 pacijenata u razdoblju od tri godine, stavljajući poseban fokus na područja fizičkog zdravlja, psihološkog zdravlja, socijalnih odnosa i okoline. Otkrili su snažnu povezanost između zapošljavanja na konkurentnom tržištu rada i povećanja kvalitete života u fizičkom i psihološkom smislu.

Otpriblike u isto vrijeme drugo randomizirano kontrolirano ispitivanje pratilo je 85 pacijenata u razdoblju od pet godina, usredotočujući se na učinke zadržavanja radnog mjesta na konkurentnom tržištu rada na dane hospitalizacije i kvalitetu života. Došli su do istog zaključka koji glasi da je dobivanje i zadržavanje posla temeljni čimbenik uspjeha u smanjenju broja dana provedenih u bolnici te povećanju kvalitete života pacijenata. Spomenuto multicentrično randomizirano kontrolirano ispitivanje iz Norveške pratilo je i „sekundarne učinke“ IPS programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja. Fokus nije bio samo na stopi ostvarenog zaposlenja na tržištu rada, već i na simptomima psiholoških tegoba, depresije, općih zdravstvenih tegoba, razini funkcioniranja, kvaliteti života i dobrobiti. Studija je ukazala na pozitivne učinke u svim navedenim područjima.

Ako adekvatna podrška i njezin blagotvoran utjecaj na kasniju kvalitetu života pruža više prilika za pronalazak posla kod ove populacije, to je dobar argument protiv izolacije koja se javlja u sklopu tradicionalnih usluga podrške. Time se opravdavaju troškovi i naponi potrebni za integraciju osoba s teškim psihičkim bolestima u društvo.

12.4.3. IPS i dodatne intervencije

Razvijeno je nekoliko intervencija kojima bi se tretmani psihijatrijske rehabilitacije predstavili skupini osoba koje se opirale tretmanu. U istraživanju IPS programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja najbolji se rezultati do sada uočavaju kod intervencija kojima je cilj poboljšati funkcioniranje kognitivnih funkcija jačanjem koncentracije i pažnje, kao što se postiglo u okviru programa kognitivne remedijacije. Postigli su poboljšanje u mjerenjima kognitivnog funkcioniranja i bolje ishode zapošljavanja na tržištu

rada tijekom dvije godine praćenja rezultata. Konkretno, poboljšanja su ostvarena u području dobivenih poslova (60 % u usporedbi s 36 %), radnih tjedana (23,9 u usporedbi s 9,2), te ostvarenim prihodom (3.421 USD u usporedbi s 1.728 USD). Nekoliko drugih studija potvrđuje da dodavanje kognitivnih strategija učenja u program nedvojbeno pomaže onima koji slabije reaguju na intervenciju modela programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja (IPS).

Istraživanja nadalje pokazuju da dodavanje treninga socijalnih vještina treningu kognitivne remedijacije daje još bolje rezultate.

Trenutačne tehničke inovacije donose nove mogućnosti koje bi mogle podržati tretmane, također u sklopu programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja. Tehnologija virtualne stvarnosti (VR) pruža mogućnosti treninga socijalnih vještina ili simulacije situacija koje se javljaju zbog socijalne anksioznosti kako bi se pripremili za stvarnu situaciju.

Simulacijski trening ima nekoliko prednosti u odnosu na tradicionalne metode učenja u obrazovnim ustanovama. Uključuje: a) ponavljanje simuliranih interakcija; b) vježbe koje polaznicima omogućuju uvježbavanje novih vještina; c) jedinstveno i personalizirano iskustvo edukacije uz simulaciju interakcije; d) dosljedne povratne informacije koje se daju u realnom vremenu; e) okruženje bez stresa u kojemu se slobodno uči iz pogrešaka; f) točan prikaz interakcija iz stvarnog života; g) primjenu različitih vještina i strategija koje prate stupanj zahtjevnosti programa (na primjer hijerarhijsko učenje) i h) pristup računalnom didaktičkom materijalu radi još boljeg iskustva učenja.

U manjem randomiziranom istraživanju iz 2014. godine pokazalo se da simulacija razgovora za posao putem tehnologija virtualne stvarnosti (engl. *Virtual Reality Job Interview Training – VR-JIT*) poboljšava uspješnost razgovora za posao i jača samopouzdanje osoba sa psihosocijalnim invaliditetom. Nedavno je još jedna studija pokazala da dodavanje treninga VR-JIT u program zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja vjerojatno pomaže polaznicima u unaprjeđenju njihovih vještina razgovora za posao te da dobivaju više ponuda za posao u roku od šest mjeseci od završetka programa VR-JIT.

12.4.4. IPS i obrazovanje

Teška mentalna bolest u tri četvrtine slučajeva javlja se prije navršene dvadeset pete godine života. Stoga prva epizoda bolesti često pogađa mlade ljude u njihovoj školskoj dobi ili tijekom studija, tijekom prelaska iz djetinjstva u odraslu dob. Mnogo mladih ljudi koji su doživjeli prvu epizodu teške men-

talne bolesti u toj dobi još ne planiraju tražiti posao. Želja im je najprije završiti školu, odnosno fakultet. U zapadnome svijetu završetak srednjoškolskog obrazovanja nužan je minimum koji treba ispuniti za sudjelovanje na tržištu rada. Očito je nužno ovoj ranjivoj skupini na primjeren način pomoći u reintegraciji u obrazovni sustav kako bi uopće mogli ići dalje. S obzirom na pozitivne učinke IPS programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja na dobivanje i zadržavanje redovitog radnog mjesta, prilagodba ove metode u skladu s obrazovnim ciljevima mladih osoba s teškom mentalnom bolešću prirodni je slijed razvoja koncepta i naziva se podržanim obrazovanjem (*supported education*).

Mladi s prvom epizodom psihoze svakako su ciljna skupina od posebnog značaja i skupina na koju se odnosi većina istraživanja o programu zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja. Na prognozu nakon prve epizode psihoze negativno utječe dulje odgađanje liječenja, a tijek prvih godina bolesti u velikoj mjeri određuje dugoročni tijek. Pokazalo se da rana intervencija u ovoj fazi udvostručuje šanse za oporavak i poboljšava prognozu. Provedba sveobuhvatnog programa rane intervencije s podržanim obrazovanjem dala je pozitivne rezultate. Nadalje, randomizirano ispitivanje na velikom uzorku mladih osoba koje su doživjele prvu epizodu psihoze pokazalo je da rani funkcionalni oporavak na početku liječenja jasno upućuje na pozitivnu promjenu povezanu s funkcionalnim ishodima. Učinak programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja pokazao se kao pokretač funkcionalnog oporavka kod mlade populacije. Najveće istraživanje o učinku podržanog obrazovanja temeljenog na načelima programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja i radu multidisciplinarnog tima za ranu psihozu pratila je 404 mlade osobe u razdoblju od dvije godine i otkrila značajno poboljšanje u radu i sudjelovanju u školskim aktivnostima te pozitivne ishode koji se mogu pripisati podržanom obrazovanju.

Posljednjih godina stručnjaci predlažu integraciju podržanog zapošljavanja i podržanog obrazovanja radi promicanja razvoja karijere osoba s poremećajima mentalnog zdravlja, posebno mladih pred kojima su desetljeća radnog vijeka. Brojni programi zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja (IPS) u Sjedinjenim Američkim Državama usvojili su ovaj integrirani model. Unatoč razlikama u populaciji i okruženju u kojemu se tretman provodi, pojavile su se zajedničke komponente uspješnog podržanog obrazovanja: „stručno i posvećeno osoblje, pojedinačne i grupne aktivnosti stjecanja vještina, pomoć u snalaženju u akademskom okruženju i koordinacija različitih službi i veza sa stručnim savjetovanjem iz područja mentalnog zdravlja“.

Posve razumljivo, cilj je podržanog obrazovanja u skladu s programom zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja stjecanje certifikata

ili diplome unutar odabranoga formalnog obrazovnog sustava. Veliki naponi usmjereni su na sprječavanje stalnog ostanka kod kuće. Gubitak školskog ritma i prekinuti kontakti s prijateljima često dovode do socijalne izolacije u ključnim fazama razvoja mladih i takvo stanje može biti poprilično teško promijeniti. Ovdje se radi i o integriranom pristupu te „nultoj isključenosti“. Zajednički rad na oporavku u uobičajenom okruženju za učenje zahtijeva viziju i pažnju različitih uključenih strana, kao što su obitelj, škola, zdravstveni djelatnici iz područja mentalnog zdravlja. Obrazovanje temeljeno na programu zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja posebnu pozornost pridaje „sustavu“ koji okružuje učenika osiguravajući da se, u skladu s dobi učenika, slijede isti ciljevi usmjereni na oporavak. Mentor u sklopu programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja posjeduje znanja o obrazovnim ustanovama i pravilima koja se odnose na obrazovanje. Može pružiti pomoć prilikom odabira škole, prikupljanja dokumentacije, procesa prijave, kontaktima sa školom, pomaže u strukturiranju i primjeni socijalnih vještina i vještina učenja. Obrazovanje temeljeno na IPS programu u obrazovnom procesu podržava odnos prema osobi kao učeniku/studentu, a ne kao pacijentu.

Skala vjernosti, *fidelity scale*, alat je za mjerenje stupnja provedbe prakse ili metode temeljene na dokazima. Skala vjernosti za IPS metodu zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja definira ključne sastavnice programa kako bi se moglo razlikovati skrb koja implementira IPS model od onih koji to nisu učinili. Važnost leži u činjenici da su programi koji ostvaruju visoke rezultate kod ispitivanja vjernosti IPS modelu dokazano učinkovitiji od programa niske vjernosti. Nedavno je predložena skala vjernosti za program zapošljavanja i obrazovanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja za mlade od 15 do 26 godina, koja se sastoji od 35 stavki te sadržava dvije komponente: IPS-EMP (25 stavki vezanih za zapošljavanje) i IPS-ED (devet stavki vezanih za obrazovanje i jedna nova stavka vezana za kontakt s obitelji). Postoji poteškoća kod istraživanja podržanog obrazovanja koje se temelji na modelu programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja – metoda se još nije uspjela iskristalizirati u jedan model. Dakle, različiti intervencijski modeli, mjerenja ishoda, nedostatak dovoljno randomiziranih kontroliranih ispitivanja i mali uzorci još uvijek ograničavaju preciznija saznanja o učinkovitosti podržanog obrazovanja. Potrebna su dodatna istraživanja kako bi se istražio i optimizirao model podržanog obrazovanja.

Unatoč tim nesavršenostima, istraživanja općenito upućuju na to da su usluge u sklopu programa zapošljavanja dobro prihvaćene, učinkovite kod mladih odraslih osoba te da trenutačno predstavljaju najbolju praksu.

12.4.5. IPS Program zapošljavanja i uobičajeni poremećaji mentalnog zdravlja

Zanimljivo bi bilo vidjeti što bi metoda programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja mogla značiti za veću skupinu ljudi koji pate od uobičajenih poremećaja mentalnog zdravlja. Depresija, trauma i anksioznost često dovode do stagnacije, problema na poslu ili nezaposlenosti, financijskih poteškoća, dugova i drugih psihosocijalnih problema. Kako je navedeno, za ovu skupinu izdvajaju se znatne socijalne naknade. Istraživanja o primjeni IPS modela programa zapošljavanja za ovu širu skupinu još su u povojima.

Potvrđujući nedostatak dokaza o učinkovitosti IPS modela programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja kod osoba s afektivnim poremećajima, istraživači u Švedskoj pripremili su manje randomizirano kontrolirano ispitivanje koje uključuje 61 sudionika s afektivnim poremećajima i pratili ih jednu godinu. Cilj je bio ispitati učinkovitost nedavno izrađenog modela individualnog osposobljavanja i podrške (engl. *Individual Enabling and Support* – IES) prilagođenog toj ciljnoj skupini i usporediti ga s tradicionalnom profesionalnom rehabilitacijom (TVR). Model IES pokazao se učinkovitijim u smislu zapošljavanja u odnosu na tradicionalnu profesionalnu rehabilitaciju (42,4 % u odnosu na 4 %). Također, uočene su značajne razlike između dviju skupina u korist modela IES-a u pogledu sekundarnih profesionalnih rezultata, kao što su broj radnih sati i tjedana, vrijeme potrebno za dobivanje zaposlenja i težina depresije. U skupini u kojoj je primijenjen model IES uočen je znatno niži stupanj depresije i povećana kvaliteta života nakon interventnog razdoblja.

Nedavno se pristupilo sustavnom pregledu literature koja se odnosi na primjenu modela programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja kod osoba sa psihijatrijskim poremećajima koji nisu teški poremećaji mentalnog zdravlja, među kojima su najčešći anksioznost, depresija i PTSP. Sustavnim pregledom također su obuhvaćene studije usmjerene na osobe s poremećajima povezanim sa zlouporabom sredstava ovisnosti, s mišićno-koštanim ili neurološkim poremećajima. Rezultati koji se odnose na stopu zaposlenosti u spomenutim različitim uvjetima znatno su bolji kod primjene IPS modela zapošljavanja u odnosu na uobičajenu rehabilitaciju. Kod rezultata koji se odnose na ublažavanje simptoma i kvalitetu života uočena je nedosljednost, s izuzetkom skupine ratnih veterana s PTSP-om. Osim vrhunskih rezultata što se tiče zapošljavanja, pokazalo se da IPS model zapošljavanja pozitivno utječe na profesionalne i psihosocijalne ishode i funkcioniranje. Drugi su radovi potvrdili ove rezultate. U sklopu multicentričnoga randomiziranog kontroliranog ispitivanja modela u Sjedinjenim Američkim Državama 18 mjeseci pratilo se 541 nezaposlenog ratnog veterana s PTSP-om. Primjena IPS-a poboljšala je

funkcioniranje u različitim područjima, poput rada, obrazovanja, odnosa s drugim ljudima i životnog stila. Istraživači su postavili hipotezu da se intenzivnim radom po IPS-u uspijeva doprijeti do problema izbjegavanja, jednog od glavnih simptoma PTSP-a, što pridonosi procesu rješavanja straha. Osobe sklone izbjegavanju stresa i socijalnoj izolaciji zbog simptoma PTSP-a kroz IPS mogu iskusiti sigurnost u novom radnom okruženju, čime se posljedično ublažavaju pojačana budnost, strah i simptomi stresa. Kao što je poznato, pozitivne okolnosti mogu izmijeniti negativna uvjerenja.

Norveška je otišla korak dalje u istraživanju mogućnosti modela programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja u zapošljavanju populacije od posebnog interesa: mladima. Norveški su istraživači najprije nasumično odabrali 98 mladih osoba kojima prijeti rizik od nezaposlenosti ili su nezaposlene zbog različitih socijalnih i zdravstvenih problema, s ili bez mentalnih bolesti. U njihovoj studiji IPS model pokazao se boljim rješenjem od uobičajenog u smislu povećanja zaposlenosti za 48 %, u odnosu na tek 8 % kod tradicionalne profesionalne rehabilitacije. Promicali su i poboljšanja nekih ishoda koji nisu bili direktno povezani sa svijetom rada: ishoda u smislu fizičkog i mentalnog zdravlja, dobrobiti, suočavanja, konzumiranja alkohola i uporabe droga. Ovo istraživanje preporučuje usluge modela programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja za poboljšanje sudjelovanja na tržištu rada kod mlađih odraslih osoba kojima prijete rana nesposobnost za rad.

12.4.6. Troškovi i financiranje programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja

Dokazi govore u prilog tomu da podržano zapošljavanje smanjuje troškove zaštite mentalnog zdravlja. Međutim, neki istraživači i dalje su oprezni kad je riječ o procjeni ostvarenih ušteda. U studijama koje promatraju troškove i ishode programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja i drugih modela vezanih za zapošljavanje, troškovi su obično slični, no putem modela programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja postižu se dvaput do triput bolji profesionalni rezultati u usporedbi s alternativnim programima. Studije koje uspoređuju zaštitne radionice i IPS program zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja pokazale su da ovaj posljednji istovremeno smanjuje troškove i poboljšava profesionalne rezultate. Međunarodne longitudinalne studije pokazuju da su mlađe odrasle osobe koje su doživjele prvu epizodu psihoze izložene velikom riziku koji se odnosi na odgađanje zaposlenja/obrazovanja i rani ulazak u sustav socijalne skrbi. Sve je više dokaza da uključivanje IPS-a u programe rane intervencije za mlađe može dugoročno pridonositi znatnim uštedama u sustavu socijalnog osiguranja.

Čini se da IPS dovodi do ušteda u dva glavna područja:

- smanjenje troškova u sustavu zaštite mentalnog zdravlja
- smanjenje participacija u sustavu financiranja naknada po osnovi invaliditeta/socijalnih naknada.

Budući da IPS model programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja povezuje mentalno zdravlje i profesionalnu rehabilitaciju, i financiranje tog modela često se ostvaruje povezivanjem različitih sektora: sektora zdravstva i socijalne skrbi. Suradnja dionika uključenih u sufinanciranje IPS programa zapošljavanja dovodi do optimalne situacije.

Goruće pitanje kod financiranja programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja: jeste obuhvaća li politika zdravstvenog osiguranja IPS program zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja kao dio multidisciplinarnog liječenja i koji se socijalni partneri bave pitanjima rada i ostvarivanja prihoda u zemlji i regiji?

U Nizozemskoj, u skladu s odlukom vlade 2016. godine, pokretanje tretmana po IPS modelu zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja potpada pod osnovno zdravstveno osiguranje pacijenta. Ostali partneri su općine koje su od 2015. također odgovorne za reintegraciju na radnom mjestu i nizozemski Zavod za zapošljavanje – UWV, nezavisno tijelo vlasti zaduženo za odobravanje socijalnih naknada i reintegraciju u svijet rada. Od 2014. godine nizozemski Zavod za zapošljavanje – UWV ustanovama za zaštitu mentalnog zdravlja pruža podršku u financiranju IPS programa modela pri zapošljavanju osoba s poremećajima mentalnog zdravlja u trajanju od tri godine. U nedavnom istraživanju Sveučilišta Erasmus University Rotterdama provedena je ekonomska procjena IPS modela te su prikupljeni podaci o troškovima socijalnih naknada, troškovima IPS modela, prihodima od rada i zdravstvenim troškovima. Istraživači su izračunali da ostvarena zarada premašuje iznos dodatnih troškova povezanih s provođenjem IPS pri zapošljavanju osoba s poremećajima mentalnog zdravlja u sustavu zdravstvenog osiguranja i to u roku od dvije i pol do pet godina, dok taj rok u sustavu socijalne skrbi, iznosi četiri do sedam godina. Primjerice, grad Nijmegen zanimala je vrijednost IPS programa čije su učinke promatrali na uzorku od 734 osobe s teškim mentalnim bolestima. U provedenoj studiji procijenjeni troškovi IPS modela zapošljavanja iznosili su 8,5 milijuna eura, a ostvarena je dobit u iznosu od 10,6 milijuna eura.

U Engleskoj su istraživači s King's Collegea u Londonu napravili sveobuhvatnu ekonomsku procjenu troškova povezanih sa shizofrenijom, kao i troškova i koristi postojećih intervencija temeljenih na dokazima kojima je cilj dugoročno smanjiti opterećenje nastalo zbog bolesti. IPS program zapošljavanja

osoba s poremećajem mentalnog zdravlja bio je jedna od ispitanih intervencija. Ekonomska procjena IPS modela u tom se radu velikim dijelom temeljila na randomiziranom kontroliranom ispitivanju provedenom u šest europskih gradova, pod nazivom EQOLISE. Izračun troškova i koristi IPS modela pokazao je veće troškove u početnoj fazi, s time da tijekom srednjeg i duljeg razdoblja provedbe intervencije spomenuti troškovi brzo opadaju, a kasnije dolazi i do smanjenja troškova zbog smanjenog korištenja socijalnih naknada i smanjenja broja dana bolničkog liječenja. Ostvarena je pozitivna razlika po korisniku IPS-a u razdoblju od godine i pol:

- procijenjena ušteda Državnog zavoda za zdravstvo (*National Health Service – NHS*) iznosi 5.193 funte po korisniku
- procijenjena ušteda javnog sektora u cjelini iznosi 5.501 funtu po korisniku
- procijenjena naknada za kompletan trošak na teret društva iznosi 6.906 funti po korisniku, što uključuje povećanje ukupne proizvodnje, a ne samo prihode od poreza.

Ista studija utvrdila je izravne godišnje troškove na teret javnog sektora povezane sa shizofrenijom u iznosu od 36.000 funti godišnje i neizravne troškove na teret društva od 65.000 funti godišnje. S obzirom na to da je trajanje bolesti doživotno, a da bolest počinje dosta rano spomenute brojke trebale zabrinuti kreatore politika.

Jedna od ozbiljnijih prepreka pružanju financijske potpore za provedbu modela programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja u Europi je njegovo teoretski neograničeno trajanje, koje zagovara sâm taj model. Nedavno istraživanje pokazalo je da provedba IPS modela programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja u ograničenom trajanju nije donosila značajno lošije rezultate u smislu dobivanja poslova u usporedbi s modelom neograničenog trajanja. Potrebna su dodatna istraživanja kako bi se istražilo učinkovito trajanje provedbe modela programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja.

S obzirom na izložene troškove i koristi, kreatori politika u mnogim zemljama sve se češće odlučuju za implementaciju IPS modela programa zapošljavanja. Na primjer, u posljednjih nekoliko godina u Nizozemskoj se IPS provodi se u sklopu brojnih multidisciplinarnih timova za tretman u zajednici specijaliziranih za teške duševne bolesti. Kenniscentrum Phrenos vodeća je organizacija za istraživanje, širenje znanja i primjenu IPS modela zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja. S obzirom na pozitivna iskustva,

IPS programi zapošljavanja osoba s poremećajima danas imaju veliku potporu stručnjaka te udruga korisnika i njihovih obitelji.

Manja kvalitativna studija provedena u Amsterdamu utvrdila je nekoliko čimbenika važnih za dionike, koji surađuju u sklopu IPS-a:

- kao facilitatori: ključna načela IPS modela, redoviti sastanci, iskustvo rada s modelom i suradnja među dionicima.
- prepreke su uključivale nefleksibilnost skale vjernosti modela programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja, nedostatak neovisnih ocjenjivača skale, promjenjive izvore financiranja, nedostatak komunikacije između donositelja odluka i stručnjaka i negativne stavove i uvjerenja među stručnjacima za zaštitu mentalnog zdravlja.

U kontekstu Nizozemske čini se da je IPS model programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja na dobrom putu implementacije uz dvostruko veći broj klijenata uključenih u taj model u razdoblju od 2016. do 2017. godine (n = 2100). Osim toga, od 2019. godine Ministarstvo zdravstva počelo je subvencionirati istraživanje IPS modela, osiguravajući 200 slobodnih mjesta za pacijente s blažim oblicima mentalnih bolesti.

Osim stručnjaka, kreatori politika imaju važnu ulogu u određivanju opsega implementacije i dostupnosti IPS programa zapošljavanja za osobe s psihijatrijskim poremećajima. Bez politike i strukturalne potpore IPS programima zapošljavanja, financiranje i kontinuitet osnovni su problem. Politički lideri trebaju implementirati dostupne mehanizme financiranja koji će pomoći agencijama koje pružaju pozitivne, mjerljive rezultate usmjerene na klijenta, među ostalima i pomoć pri zapošljavanju.

ZAKLJUČAK

Istraživanja i praksa pokazuju da zdravstveni radnici imaju razloga biti optimistični u pogledu mogućnosti zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja.

IPS program zapošljavanja najuspješnija je standardizirana metoda reintegracije u svijet rada za osobe s teškim mentalnim bolestima. Metoda je učinkovita bez obzira na dijagnozu klijenta, težinu simptoma, uzimanje psihoaktivnih supstanci ili etničko podrijetlo i lokalnu stopu nezaposlenosti. Diljem svijeta ovom se metodom postiže značajan i stabilan učinak na dobivanje i zadržavanje posla. Sve je više dokaza o pozitivnim učincima na kvalitetu života i njegovu trajnom učinku na dugoročno zapošljavanje. Istraživači su razvili strategije provedbe, potvrdili su skale vjernosti i zabilježili dugoročnu održivost modela programa

zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja. Vrlo je važno da nijedan dokaz ne potkrepljuje hipotezu da je posao preveliki stres za osobe s teškim mentalnim bolestima i da bi zapošljavanje moglo dovesti do štetnih učinaka na njihovo mentalno zdravlje.

U ovom trenutku, u zapadnom socijalnom i ekonomskom sustavu postoji potreba i očekivanje da oboljeli ostanu neovisni o drugima, uglavnom putem obavljanja posla za koji uredno primaju plaću. Dio stanovništva, posebice oboljeli od teške mentalne bolesti, suočava se s izrazitom socijalnom isključenošću, stigmom i psihosocijalnim problemima povezanim s nezaposlenošću. Iako većina oboljelih od teških mentalnih bolesti želi raditi i od toga bi mogli imati koristi, dolazi do velikih razlika pri zapošljavanju psihijatrijskih bolesnika u odnosu na opću populaciju. Ovdje je potrebno imati na umu ranu dob pojave teških psihijatrijskih poremećaja koji su utjecali na osobe u osjetljivom razdoblju, često i prije završetka formalnog obrazovanja. Stoga je od ključne važnosti hitno organizirati podršku u ranom funkcionalnom oporavku, posebno kod adolescenata i mladih s prvim epizodama teških mentalnih bolesti, pri čemu IPS model programa zapošljavanja osoba s poremećajima mentalnog zdravlja ima značajno mjesto u prilagođavanju usluga kako bi se zadovoljile individualne potrebe korisnika.

Srećom, moderna psihijatrija izrađuje planove liječenja ne samo na osnovi ublažavanja simptoma, već imajući u vidu i poboljšanje funkcionalnog oporavka i kvalitete života. Uspješna profesionalna rehabilitacija pokazala se kao ključno i dostupno sredstvo za poboljšanje perspektive naših pacijenata. Zbog toga se podržano zapošljavanje sve više smatra važnim dijelom programa liječenja oboljelih od teških psihičkih bolesti, čak i ravnopravnim s ostalim medicinskim, psihološkim i socijalnim tretmanima.

Novo iskustvo reintegracije bolesnika u društvo mijenja perspektivu, očekivanja i uvjerenja brojnih zdravstvenih djelatnika, pacijenata, njihovih obitelji, prijatelja, kolega i poslodavaca. Od očekivanog „doživotnog oštećenja“ povezanog sa shizofrenijom i srodnim poremećajima usmjereni smo na traženje nove perspektive. Možda je najveća „svakodnevna“ korist rada u skladu s pristupom IPS metode aktivno usmjeravanje tretmana na proces oporavka, i to postavljanjem ciljeva koji nadilaze privremena ograničenja zbog bolesti.

„Ako mislite da osobama s mentalnim bolestima posao može naštetiti, pokušajte sagledati učinke siromaštva, nezaposlenosti i socijalne izolacije.“ (Marone i Golowka, 2000.)

Literatura

1. Andrew A, Alison A, Knapp M, McCrone P, Parsonage M, Trachtenberg M. Effective Interventions in schizophrenia: the economic case. Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, London, UK, 2012.
2. Alvarez-Jimenez M, Gleeson JF, Henry LP, Harrigan SM, Harris MG, Killackey, E. Road to full recovery: Longitudinal relationship between symptomatic remission and psychosocial recovery in first-episode psychosis over 7.5 years. *Psychol Med.* 2012;42:595 - 606.
3. Bejerholm U, Larsson ME, Johanson S. Supported employment adapted for people with affective disorders-A randomized controlled trial. *J Affect Disord.* 2017;207:212 - 220.
4. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry.* 2012;11:32-9.
5. Bond GR, Drake RE, Luciano A. Employment and educational outcomes in early intervention programmes for early psychosis: A systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2015;24:446 - 457.
6. Bond GR, Drake RE, Pogue JA. Expanding Individual Placement and Support to Populations With Conditions and Disorders Other Than Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv.*;2019.
7. Bond GR, Peterson AE, Becker DR, Drake RE. Validating the revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). *Psychiatr Serv.* 2012;63:758-763.
8. Burns T, Catty J; EQOLISE Group. IPS in Europe: the EQOLISE trial. *Psychiatr Rehabil J.* 2008;31(4):313-7.
9. Campbell K, Bond GR, Drake RE. Who benefits from supported employment: a meta-analytic study. *Schizophr Bull.* 2011;37:370-80.
10. Cook DA, Hatala R, Brydges R, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, Erwin PJ, Hamstra SJ. Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2011;306(9):978-88.
11. Dewa CS, Loong D, Trojanowski L, Bonato S. The effectiveness of augmented versus standard individual placement and support programs in terms of employment: a systematic literature review. *J Ment Health.* 2018;27:174-183.
12. Drake RE, Xie H, Bond GR, McHugo GJ, Caton CL. Early psychosis and employment. *Schizophr Res.* 2013;146:111-117.
13. Drake RE, Frey W, Bond GR, Goldman HH, Salkever D, Miller A, Moore TA, Riley J, Karakus M, Milfort R. Assisting Social Security Disability Insurance beneficiaries with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression in returning to work. *Am J Psychiatry.* 2013 Dec;170(12):1433-41.

14. Drake RE, Skinner JS, Bond GR, Goldman HH. Social Security and mental illness: Reducing disability with supported employment. *Health Aff.* 2009;28:761-770.
15. Frederick DE, VanderWeele TJ. Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PLoS One.* 2019;14(2):e0212208. doi: 10.1371
16. Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, Mueser KT, Kupper Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2014;171(11):1183-90.
17. Jäckel D, Kupper Z, Glauser S, Mueser KT, Hoffmann H. Effects of Sustained Competitive Employment on Psychiatric Hospitalizations and Quality of Life. *Psychiatr Serv.* 2017; 68(6):603-609.
18. Kane J, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA. Comprehensive Versus Usual Community Care For First Episode Psychosis: Two-Year Outcomes From The NIMH RAISE Early Treatment Program. *Am J Psychiatry.* 2016;173(4):362–372.
19. Kilian R, Lauber C, Kalkan R, Dorn W, Rössieret W, Wiersma D. The relationships between employment, clinical status, and psychiatric hospitalisation in patients with schizophrenia receiving either IPS or a conventional vocational rehabilitation programme. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol.* 2012;47:1381–1389.
20. Killackey E, Allott K, Woodhead G, Connor S, Dragon S, Ring J. Individual placement and support, supported education in young people with mental illness: an exploratory feasibility study. *Early Intervention in Psychiatry.* 2017;11:526-31
21. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: Individual placement and support v. treatment as usual. *B Journal Psychiatr.* 2008;193:114-120.
22. Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M et al. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;9.
23. Knapp M, Patel A, Curran C, Latimer E, Becker T, Drake RE et al. Supported employment: Cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry.* 2013; 12:60-80.
24. Luciano A, Bond GR, Drake RE. Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research. *Schizophr res.* 2014;159(2-3):312-21.
25. Marrone J, Golowka E. If Work Makes People with Mental Illness Sick, What Do Unemployment, Poverty, and Social Isolation Cause? *Psychiatr Rehabil J.* 2000;23:187-93.
26. McGurk SR, Mueser KT, Xie H, Welsh J, Kaiser S, Drake RE et al. Cognitive Enhancement Treatment for People With Mental Illness Who Do Not Respond to Supported Employment: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry.* 2015;172:852-61.

27. Metcalfe JD, Drake RE, Bond GR. Economic, Labor, and Regulatory Moderators of the Effect of Individual Placement and Support Among People With Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2018;44(1):22-31.
28. Modini M, Tan L, Brinchmann B, Wang MJ, Killackey E, Glozier N et al. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *Br J Psychiatry.* 2016;209(1):14-22.
29. Mueller L, Wolfe WR, Neylan TC, McCaslin SE, Yehuda R, Flory JD, Kyriakides TC, Toscano R, Davis LL. Positive impact of IPS supported employment on PTSD-related occupational-psychosocial functional outcomes: Results from a VA randomized-controlled trial. *Psychiatr Rehabil J.* 2019;42:246-256.
30. Mueser KT, Bond GR, Essock SM, Clark RE, Carpenter-Song E, Drake RE, Wolfe R. The effects of supported employment in Latino consumers with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J.* 2014;37(2):113-22.
31. Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. *Lancet Psychiatry.* 2015;2(3):239-45.
32. Pinto AD, Hassen N, Craig-Neil A. Employment Interventions in Health Settings: A Systematic Review and Synthesis. *Ann Fam Med.* 2018;16(5):447-460.
33. Reme SE, Monstad K, Fyhn T, Sveinsdottir V, Løvvik C, Lie SA, Øverland S. A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. *Scand J Work Environ Health.* 2019;45(1):33-41.
34. Ringeisen H, Langer Ellison M, Ryder-Burge A, Biebel K, Alikhan S, Jones E. Supported education for individuals with psychiatric disabilities: State of the practice and policy implications. *Psychiatr Rehabil J.* 2017;40:197-206.
35. Ro E, Clark LA. Psychosocial functioning in the context of diagnosis: assessment and theoretical issues. *Psychol Assess.* 2009;21(3):313-24.
36. Rosenheck R, Mueser KT, Sint K, Lin H, Lynde DW, Glynn SM et al. Supported employment and education in comprehensive, integrated care for first episode psychosis: Effects on work, school, and disability income. *Schizophr Res.* 2017;182:120-128.
37. Rössler W, Kawohl W, Nordt C, Haker H, Rüschi N, Hengartner MP. Placement Budgets” for Supported Employment-Impact on Quality of Life in a Multicenter Randomized Controlled Trial. *Front Psychiatry.* 2018; 9:462.
38. Salyers MP, Becker DR, Drake RE, Torrey WC, Wyzik PF. A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatr Serv.* 2004;55:302-8.
39. Schennach-Wolff R, Jäger M, Seemüller F, Obermeier M, Messer T, Laux G et al. Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res.* 2009;113.

40. Smith MJ, Ginger EJ, Wright M, Wright K, Boteler Humm L, Olsen D. Virtual Reality Job Interview Training for Individuals With Psychiatric Disabilities. *J Nerv Mental Dis.* 2014;202.
41. Smith MJ, Smith JD, Fleming MF, Jordan N, Oulvey EA, Bell MD, Mueser KT, McGurk SR, Spencer ES, Mailey K, et al. A Type 1 hybrid design randomised controlled trial to evaluate virtual reality job interview training among adults with severe mental illness. *Contemp Clin Trials.* 2019 Feb;77:86-97.
42. Sveinsdottir V, Lie SA, Bond GR, Eriksen HR, Tveito TH, Grasdal AL, Reme SE. Individual placement and support for young adults at risk of early work disability (the SEED trial). A randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health;* 2019.
43. Ten Velden Hegelstad W, Haahr U, Larsen TK, Auestad B, Barder H, Evensen J et al. Early detection, early symptom progression and symptomatic remission after ten years in a first episode of psychosis study. *Schizophr Res.* 2013;143(2-3):337-43.
44. Van Weeghel J, Couwenbergh C, Bergmans C, Michon H. Individual placement and support in The Netherlands: Past, present and future directions. *Psychiatr Rehabil J;*2019.
45. VukadinM, SchaafsmaFG, WesterdamMJ, MichonHWC, AnemaJR. Experiences with the implementation of individual placement and support for people with severe mental illness: A qualitative study among stakeholders. *BMC Psychiatry.* 2018;18:145.
46. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013; 382(9904):1575-86.
47. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21(9):655-79.

KAZALO POJMOVA

- Ciljevi liječenja 95-100
- Funkcioniranje 48, 51, 53-65
- Funkcioniranje u ulogama 63-66
- Informirani pristanak 125-128
- Javno zdravstvo 161-162
- Kapacitet za odlučivanje 126
- Kognitivna remedijacija 141
- Kriza 22
- Kognitivno funkcioniranje 51,52
- Koordinirano liječenje 138-140
- Neuroplastičnost mozga 39-45
- Oporavak 162-163
- Organizacija skrbi 157-171
- Poslovna sposobnost 128
- Psihološka Trauma 23, 24, 25- 29
- Psihobiosocijalna formulacija 84, 85, 88-89
- Psihobiosocijalni čimbenici 11- 20, 109
- Psihoedukacija 133-134
- Psihodinamska formulacija 85
- Plan liječenja 83,84, 87, 95
- Rad s obitelji 134-135
- Radna sposobnost 66
- Skala funkcioniranja 72- 80
- Stres 21,22, 24, 25-29, 33-36, 68, 140
- Stigma 69, 175, 185
- Samostigmatizacija 176-177, 194,201, 204-2013
- Stambeno zbrinjavanje 182,216, 217-219
- Strukturna diskriminacija 177-178
- Stručnjaci po iskustvu 167

Suportivna psihoterapija 147-155
Terapijski odnos 111-113; 115-122
Terapijski savez 114-115
Terapijska zajednica 141-143
Trening socijalnih vještina 135-138, 219
Zapošljavanje uz podršku 140, 226-228
Zapošljavanje 223, 228-244

CIP - Katalogizacija u publikaciji
SVEUČILIŠNA KNJIŽNICA
U SPLITU

UDK 613.86:614(075.8)
159.92(075.8)

MENTALNO zdravlje u zajednici /
<urednice> Dolores Britvić, Slađana
Štrkalj Ivezić. - Split : Medicinski
fakultet Sveučilišta, 2020. - (Manualia
universitatis studiorum Spalatensis)

Bibliografija uz svaki rad. - Kazalo.

ISBN 978-953-7524-29-6

1. Britvić, Dolores 2. Štrkalj-Ivezić,
Slađana

I. Mentalno zdravlje -- Javnozdravstveno
gledište

181017036

ISBN 978-953-7524-29-6

ISBN 978-953-7524-29-6



9 789537 524296