

Psihijatrijski osvrt na život osoba oboljelih od shizofrenije

Velić Horvat, Sara

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:186068>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-01**



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
University of Zagreb
Faculty of Humanities
and Social Sciences

Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

FILOZOFSKI FAKULTET

ODSJEK ZA ETNOLOGIJU I KULTURNU ANTROPOLOGIJU

STUDIJ ANTROPOLOGIJE

Sara Velić Horvat

PSIHIJATRIJSKI OSVRT NA ŽIVOT OSOBA OBOLJELIH OD
SHIZOFRENIJE

diplomski rad

mentorica: dr. sc. Tanja Bukovčan

Zagreb, prosinac 2023.

Izjava o autorstvu

Izjavljujem pod punom moralnom odgovornošću da sam diplomski rad *Psihijatrijski osvrt na život osoba oboljelih od shizofrenije* izradila potpuno samostalno uz stručno vodstvo mentorice dr. sc. Tanje Bukovčan. Svi podaci navedeni u radu su istiniti i prikupljeni u skladu s etičkim standardom struke. Rad je pisan u duhu dobre akademske prakse koja izričito podržava nepovredivost autorskog prava te ispravno citiranje i referenciranje drugih autora.

Sara Velić Horvat

SVH

Sadržaj

Uvod	1
Psihički poremećaj, psihičko zdravlje i abnormalno.....	3
Poteškoće s klasifikacijom psihičkih poremećaja	4
Kako dijagnosticirati shizofreniju?	5
1) Kompleksnost dijagnoze	5
2) Začeci definicije.....	6
3) Što shizofrenija znači danas?	6
4) Razvoj bolesti.....	7
5) Prepoznatljivi simptomi	9
Može li se uspješno liječiti?	12
Uvid.....	14
Poželjni pristupi liječenju i stvarnost rezultata	17
Stigmatizacija shizofrenije	19
1) Stigma(tizacija): značenje	19
2) Stigmatizacija kao dodatna borba	20
3) Autostigmatizacija	26
Što poduzeti?	27
Zaključak.....	28
Popis izvora	31
Sažetak/Summary.....	33

Uvod

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, otprilike 20 – 25 % svjetske populacije tijekom života boluje ili je bolovalo od nekog poremećaja mentalne ili neuropsihijatrijske prirode (Pavelić Tremac et al. 2020:302). Usprkos ne tako malom zabilježenom postotku psihički oboljelih osoba, uz duševne se bolesti, posredstvom neznanja, koje pak proizlazi iz širenja dezinformacija, nerijetko vežu predrasude i negativni stavovi (Pavelić Tremac et al. 2022:303). Negativnim se konotacijama i zabludama o nemogućnosti liječenja duševnih bolesti stvara stigmatizacija, kojom se psihički oboljele osobe etiketira kao „lude“ nepoželjnike, što dovodi do opasnih negativnih posljedica kao što je socijalna izolacija, diskriminacija, otežano dobivanje potrebne pomoći i sl. (Sulejmanpašić-Arslangić i Tunović, 2015:68; Pavelić Tremac et al. 2020:303). Iako se stigmatizacija povezuje s gotovo bilo kojom vrstom psihičkog poremećaja, ona je posebno izražena kod shizofrenije. Zbog često neshvaćene simptomatologije, koja se obično ispoljava poremećajem mišljenja, percepcije i neprikladnim emocionalnim izražavanjem, ova je ozbiljna, kronična bolest jedno od najstigmatiziranih ljudskih stanja (Sulejmanpašić-Arslangić i Tunović, 2015:68; Štrkalj-Ivezić, 2011:90; Pavelić Tremac et al. 2020:30). Stigmatizacijom se znatno ugrožavaju ne samo mogućnosti i životne prilike oboljele osobe, već i njena osnovna prava koje zavrjeđuje svako ljudsko biće (Pavelić Tremac et al. 2020:303).

Imajući u vidu da se pojedinci sa psihičkim bolestima svakodnevno suočavaju s dva problema – samom bolesti kao primarnim problemom, te neosnovanim predrasudama koje dolaze s određenom psihijatrijskom dijagnozom kao dodatnim problemom – cilj je ovog diplomskog rada ukazati i pobliže opisati navedene probleme kroz prizmu iskustva liječnika psihijatrijske specijalizacije (Pavelić Tremac et al. 2020:304). S primarnim fokusom na shizofreniju, odnosno na njeno poimanje kako u stručnom, kliničkom smislu, tako i u društvenom smislu, prikupljanje se potrebnih informacija provodilo putem polustrukturiranih intervjua trojice anonimnih kazivača psihijatrijske struke, koji će se na idućim stranicama rada označavati inicijalima „d.p.“ (doktor psihijatar), te rednim brojem i datumom provedbe intervjua.

U polustrukturiranom intervjuu, odnosno verbalnom razmjenom čija se svrha sastoji od ispitivačeva nastojanja pribavljanja potrebnih informacija, mišljenja ili osobnih uvjerenja druge osobe, važni se podaci ne pronalaze uvijek u izravnom kontekstu pitanja koje je

postavljeno (Brinkmann, 2020:424; Schimdt, 2004:255). Uzimajući u obzir da ovakva vrsta intervjua podrazumijeva dvosmjerni dijalog u kojem je na ispitivaču da održava ravnotežu između fleksibilnosti i provedbe predviđenog plana ispitivanja, što sugovorniku dopušta manja ili veća tematska udaljavanja od postavljenih pitanja, ovaj se rad, uz kazivanja ispitanika, uvelike oslanja i na stručnu literaturu te relevantne analize i istraživanja vezana uz pitanja o shizofreniji (Milas, 2005).

Svrha je ovog diplomskog rada, pomoću navedenih izvora, ukazati na problematiku definiranja i dijagnosticiranja psihičkih poremećaja, u prvom redu poremećaja shizofreničke pojavnosti. Uz poman prikaz same bolesti shizofrenije njenog koncepta, klasifikacije, simptomatologije, razvoja i mogućnosti uspješnog liječenja, klinička se iskustva kazivača u ovom radu koriste i kako bi se približilo samo iskustvo oboljelih u suočavanju s društvenim mnijenjem, koje se oblikuje putem stigmatizacije shizofrenije. Kombinacijom kliničkog iskustva i vlastitih uvjerenja o shizofreniji, na temelju polustrukturiranih intervjua s kazivačima, konačan se rezultat rada načelno sastoji od uobličavanja njihovog osobnog osvrta na život osoba oboljelih od shizofrenije.

Psihički poremećaj, psihičko zdravlje i abnormalno

Psihička se bolest obično definira kao poremećaj funkcije mozga, koji u određenoj mjeri utječe na različite psihičke funkcije, kao i na sposobnost oboljele osobe da adekvatno komunicira sa svojom okolinom (Penava et al. 2022:48). Ovaj tip poremećaja, funkcionalnog ili organskog porijekla, djeluje na planu ponašanja i/ili doživljavanja individue, te zahtijeva intervenciju stručne osobe, a nerijetko i samu hospitalizaciju (ibid.). Psihička bolest, odnosno psihički poremećaj može uvelike doprinijeti osjećaju vlastitog nezadovoljstva osobe, što se posljedično odražava i na njene ograničene vještine interakcije s okolinom. Najčešće je pogođena sposobnost za rad, kao i unutarnji osjećaj osobe da voli i bude voljena, što kazivač broj tri opisuje na sljedeći način:

„Freud: njega su pitali što je to uopće psihičko zdravlje, kako to uopće definirati i on je genijalno rekao u jednoj rečenici: „to je kapacitet da se voli i da se radi“. Znači, da radiš ono što hoćeš i da si radno sposoban i da imaš kapacitet za održavanjem nekih funkcionalnih veza.“ (d.p. 3, 11.5.2023.).

Iz ovog citata proizlazi logičan zaključak: osoba koja aktivnim radom nije u mogućnosti uzdržavati sebe i pridonositi boljitku svoje zajednice, te čiji osjećaji, a u skladu s time i ponašanje, odudara od uvriježenih, smatra se (ne nužno od strane struke) drugačijom. Drugačije se sve češće izjednačava s psihičkim poremećajima, što se naposljetku označava kao „nenormalno“. Psihičko se „nezdravlje“ u očima laika odražava u ponašanju koje odudara od zadanih normi određenog društva (Halgin i Krauss Whitbourne, 1994).

„Nenormalno“ iliti abnormalno društvo definira usporedbom; predodžba „optimalnog“, točnije idealnog ljudskog funkcioniranja uspoređuje se s ponašanjem koje ne spada u ovu kategoriju (Halgin i Krauss Whitbourne, 1994:3). Kao primjer najlakše je upotrijebiti neku vrstu stresne situacije u kojoj će osoba koja funkcionira optimalno na stres odgovoriti hladne glave i adekvatnim rješenjem problema, dok će osoba koja ne funkcionira na toj razini slomiti pred preopterećenosti koja je izazvana stresom (ibid.). Prosudba se optimalnog ponašanja, prema tome, u potpunosti svodi na subjektivnost osobe ili čitave grupe ljudi koja si uzima pravo da povuče razliku između „normalnog“ i „abnormalnog“ (ibid.).

Što spada pod normalno ponašanje, a što pod psihičke poremećaje koji mogu utjecati na to normalno ponašanje, zadatak je psihijatrijske struke.

Poteškoće s klasifikacijom psihičkih poremećaja

Činjenica je da ne postoji konsenzus oko najboljeg načina definiranja, dijagnosticiranja i klasificiranja mentalnih bolesti (Adam, 2013). Mentalne bolesti kao što su veliki depresivni poremećaj, bipolarni poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj i shizofrenija spadaju u kategoriju teško definirajućih bolesti psihe, koja se još uvijek temelji na desetljećima staroj teoriji i subjektivno očitanim simptomima (ibid.). Problem dijagnostike u psihijatriji izvire iz trenutne nemogućnosti biologa i stručnjaka srodnih disciplina da uspostave konkretne genetske ili neuroznanstvene dokaze koji bi poduprli rastavljanje složenih mentalnih poremećaja u zasebne kategorije (ibid.). Kao što jedan od kazivača napominje, razlika je psihijatrijske dijagnostike „od dijagnostika, recimo u kirurgiji, to što psihijatrijske dijagnoze proizlaze iz relativno nemjerljivih parametara ili teško mjerljivih parametara“ (d.p. 2, 19.7.2023.). Potkrepljujući svoju tvrdnju primjerom, nastavlja riječima:

„Kada postavljaš dijagnozu u kirurgiji ili internoj medicini ili infektologiji, onda ti imaš neki laboratorijski nalaz, imaš kliničku sliku, tamo ti piše nekakav broj leukocita ili nekakvi upalni parametri, zaključuješ da ta osoba ima npr. bakterijsku upalu pluća. I onda nakon toga liječiš. U psihijatriji ne postoje tako mjerljivi parametri, nego se dijagnoze postavljaju isključivo na temelju kliničkih intervjua, koji naravno uključuju nekakve podatke od strane pacijenta, podatke od strane osoba, koje su recimo bliske pacijentu, najčešće članova obitelji i onda, naravno, treća opcija: na temelju nekakvog ukupnog kliničkog dojma i opservacije.“ (d.p. 2, 19.7.2023.).

Prema tome, mnogi psihijatri razmišljaju izvan zadanih kategorija *Međunarodne klasifikacije bolesti*, odnosno MKB-10 i *Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne bolesti* (DSM-V) Američke psihijatrijske udruge (Hotujac et al. 2006:151; Adam, 2013). Suočavajući se svakodnevno sa mješavinom simptoma kod pacijenata, koji se naprosto ne mogu utrpiti u predefinirani dijagnostički kvadratić, psihijatri su, u počecima sagledavanja prvotne kliničke slike, ponekad primorani dijagnosticirati nekoliko poremećaja (Adam, 2013).

Problem dijagnostike, kao i klasifikacije, nije zaobišao ni shizofreniju, koja se često sagledava u oblicima svojih podtipova. Iako je „moguće razmišljati u kategorijama medicinske klasifikacije bolesti i to onog izdanja MKB-10, koje je službeno izdanje trenutno u Hrvatskoj“ (d.p. 2, 19.7.2023.), dva se, od tri kazivača, pozivaju na zastarjelost navedene klasifikacije svjetske zdravstvene organizacije, što se najbolje vidi na podtipovima koji se

vežu uz bolest shizofrenije. „Nije znanstveno dokazano da oni zaista postoje, zato što se klinička slika može mijenjati“ (d.p. 1, 14.7.2023.), što bi značilo da se „podtipovi sad u stvari ukidaju“ (ibid.). Ova dva kazivača očekuju dolazak „poboljšane“ verzije medicinske klasifikacije – MKB-11 – prema kojoj „podtipovi praktički više ne postoje, već sve spada pod jednu dijagnostičku kategoriju bez podtipova“ (d.p. 1, 14.7.2023.). Odbacujući MBK-10, koja „u svijetu više nije relevantna klasifikacija“ (d.p. 2, 19.7.2023.), uz MKB-11, napominje se i „druga relevantna klasifikacija koje se drži druga polovica svijeta – DSM-V – koja je zapravo prvenstveno američka klasifikacija“ (ibid.). Međutim, ponovno se naglašava problem dijagnostike u psihijatriji, kojoj je „sama definicija kao definicija sporedna“ (d.p. 2, 19.7.2023.), što bi značilo da su i pomoću nove, poboljšane medicinske klasifikacije i klasifikacije drugih tipova, koncepti poput shizofrenije „dijagnostički gledano vrlo problematični“ (d.p. 2, 19.7.2023.). Sama je etiologija mnogih mentalnih bolesti, uključujući shizofreniju, još uvijek nepoznata jer nema nijednog biološkog markera kojim bi se sa stopostotnom sigurnošću i nedvosmisleno mogao utvrditi ovaj psihički poremećaj (Mimica et al. 2006:73). Pošto nema druge, u svakodnevnoj kliničkoj praksi, kao i u znanstvenim istraživanjima, potrebno je služiti se postojećim (iako možda manjkavima) klasifikacijama, koje se temelje na podrobno definiranim i svrstanim simptomima bolesti (ibid.).

Kako dijagnosticirati shizofreniju?

1) Kompleksnost dijagnoze

Shizofrenija je bolest koju je osobito teško opisati (Štrkalj-Ivezić, 2011:90). Prema tome, ni sam proces postavljanja dijagnoze nije uvijek jednostavan. Naime, nijedna definicija ove bolesti ne može adekvatno obuhvatiti iskustva svih oboljelih; iza svakog se krije njegova osobna priča (Štrkalj-Ivezić, 2011:90). S obzirom na to da se klinička slika ovog psihičkog poremećaja, koji dovodi do promjene ponašanja, osjećanja, mišljenja i doživljavanja stvarnosti, razlikuje od osobe do osobe, dijagnostički kriteriji nisu i ne mogu biti fiksni i nepromjenjivi (Hooley et al. 2016, 484-486; Štrkalj-Ivezić, 2011:89). Oni se suptilno mijenjaju u skladu s rezultatima istraživanja, koji sve češće ukazuju na bogatstvo individualnih razlika shizofrenih manifestacija (Hooley et al. 2016:486; Sulejmanpašić-Arslagić i Tunović, 2015:68). No složnost se psihijatrijske struke očituje u stavu da, ukoliko se pravilno ne tretira, „nijedna bolest ne razara tako radikalno ličnost i temelje ljudskog bića kao što to čini shizofrenija“ (Sulejmanpašić-Arslagić i Tunović, 2015:68). No upravo se zbog toga, kao i doslovnog značenja svog imena, shizofrenija često netočno povezuje s

podvojenom ličnosti (Štrkalj-Ivezić, 2011:90). Njeno otkriće, u medicinskom smislu, potječe iz 19. stoljeća.

2) Začeci definicije

Poremećaj kojeg danas znamo pod nazivom shizofrenija, prvi je kao bolest identificirao francuski liječnik Benedict Morel (1809.-1873.), a sustavno ga je definirao njemački psihijatar Emil Kraepelin (1856.-1926.) (Halgin i Krauss Whitbourne, 1994:276). *Dementia praecox*, kako su je u početku nazivali, smatrala se degeneracijom mozga (*dementia*), koja započinje u relativno mladoj dobi (*praecox*), što u konačnici dovodi do dezintegracije čitave osobnosti (ibid.). Promjenu naziva predložio je Eugen Bleuler (1857.-1939.), koji proširuje koncepciju shizofrenije na „skupinu shizofrenija“, odnosno heterogenih poremećaja koji mogu biti uzrokovani raznim čimbenicima (Hotujac et al. 2006:148). Upravo Bleuler uvodi termin *schizophrenia*, koji od grčkog jezika, označava rascjep duše (ibid.). S novim spoznajama, ovakvo se shvaćanje shizofrenije nastoji odbaciti.

3) Što shizofrenija znači danas?

Shizofrenija je psihička bolest, odnosno poremećaj koji prvenstveno utječe na sposobnost individue da razlikuje što je stvarno od nestvarnog, što samim time utječe i na sposobnost upravljanja emocijama, donošenja odluka i komunikacije s okolinom (Štrkalj-Ivezić, 2011:90). Ovaj se ozbiljni psihički poremećaj, čiji se simptomi najčešće spoznaju u neobičnosti percepcije stvarnosti, s kojom dolazi i neprikladno emocionalno izražavanje, može javiti kod ljudi iz svih kultura i iz svih društvenih slojeva (Sulejmanpašić-Arslagić i Tunović, 2015:68; Štrkalj-Ivezić, 2011:90; Hooley et al. 2016:484). Jednako pogađa i žene i muškarce, a zajednička se crta ove dijagnoze pronalazi u čvrstim uvjerenjima koje nije moguće otkloniti razumnim protuargumentima ili informacijama (Štrkalj-Ivezić, 2011:89-103). Na pojavu ove bolesti utječu razni čimbenici biološke, psihološke i socijalne prirode, koji zajedničkom kombinacijom mogu (ali ne moraju) rezultirati razvitkom shizofrenije, koju je potrebno prepoznati i liječiti (Štrkalj-Ivezić, 2011:103). S obzirom na to da ne postoji dijagnostički laboratorijski test za shizofreniju, dijagnoza se ove psihičke bolesti postavlja na temelju anamneze, kliničke slike, psihijatrijskog razgovora i dijagnostičkih kriterija (Hotujac et al. 2006:151). „Radi se dakle o psihijatrijskoj bolesti mozga koja se može i treba adekvatno liječiti“ (d.p. 2, 19.7.2023.) kako bi se uspješno spriječile popratne pojave koje se, s

progresom neliječene bolesti, očituju u specifičnom intelektualnom propadanju, infantilnosti, bizarnosti i ozbiljnom poremećaju funkcioniranja (Sulejmanpašić-Arslangić i Tunović, 2015:70). Shizofrenija, koja se u pravilu manifestira putem psihoze, koja pak podrazumijeva značajan gubitak kontakta sa stvarnim svijetom, sa sobom donosi mnoštvo različitih simptoma čija pojava varira na individualnoj razini (Hooley et al. 2016:584; Sulejmanpašić-Arslangić i Tunović, 2015:70).

4) Razvoj bolesti

Simptomi vezani uz pojavu shizofrenije obično se manifestiraju u mlađoj životnoj dobi, „vrlo rijetko to bude u srednjoj i starijoj dobi (d.p. 3, 11.8.2023.). Pozivajući se na Gaussovu krivulju shizofrenije, treći kazivač naglašava već spomenuto podjednako obolijevanje „i muškaraca i žena, između 15. godine, pa do negdje 25. godine“ (d.p. 3, 11.8.2023.). Uzimajući u obzir da se „radi o poremećaju nedovoljno poznate etiologije“ (d.p. 1, 14.7.2023.), svi su kazivači suglasni u postojanju određenih čimbenika „koji mogu malo povećati rizik od nastanka poremećaja“ (ibid.), kao i u nemogućnosti određivanja koji će od rizičnih faktora u konačnici prevagnuti prema razvitku simptoma. No „što je više rizičnih čimbenika, to je veća vjerojatnost da se poremećaj može pojaviti“ (d.p. 1, 14.7.2023.). Čimbenici koji mogu povećati mogućnost pojave shizofrenije nisu samo brojni, već su i različite prirode; „postoje čimbenici koji djeluju za vrijeme intrauterinarnog razvoja, postoje neki čimbenici i za vrijeme poroda, postoje čimbenici u ranom djetinjstvu, postoje čimbenici za vrijeme adolescencije“ (d.p. 1, 14.7.2023.) koji se, tijekom razvoja osobe, međusobno povezuju, što ponekad, nažalost, rezultira poremećajem shizofrenske pojavnosti. Dva kazivača ističu i genetsku predispoziciju, što bi značilo da se „u nekim obiteljima ovaj poremećaj javlja češće“ (d.p. 1, 14.7.2023.). „Činjenica je da ljudi koji imaju u svojoj obitelji povijest pozitivnih na shizofreniju“ (d.p. 2, 19.7.2023.), točnije „rođake u prvom i drugom koljenu“ (d.p. 1, 14.7.2023.) imaju „malo veću učestalost obolijevanja“ (ibid.). No svakako nije „zadano, ne znači da će svako dijete dobiti shizofreniju“ (d.p. 2, 19.7.2023.). Uz navedene, ne smije se zanemariti čimbenik traume koji „također može pogodovati kod ranjivih osoba“ (d.p. 1, 14.7.2023.). Kako kazivač broj dva zaključuje: „zna se da je trauma u djetinjstvu jedan od najjačih okidača i stresora za pojavu psihotičnih poremećaja, i ne samo psihotičnih, nego i svih drugih“ (d.p. 2, 19.7.2023.). Međutim, od svih spomenutih čimbenika, jedan se smatra posebno štetnim i problematičnim, a (pre)često ga se veže uz pojavu shizofrenije: konzumacija „droge“.

Svi kazivači ističu „za vrijeme adolescencije zlouporabu sredstava, npr. kanabisa i određenih psihostimulansa“ (d.p. 1, 14.7.2023.), kao čimbenika koji, uz kombinaciju drugih postojećih faktora, mogu izazvati simptome shizofrenije. Iako je „dokazano da je uzimanje npr. kanabisa povezano uz induciranje psihotičnog šuba“ (d.p. 3, 11.8.2023.), svatko, a posebice liječnik psihijatrijske specijalizacije, treba si postaviti pitanje zašto osoba poseže za stimulansima takve vrste. „Što droga dobro vama donosi?“ (d.p. 3, 11.5.2023.) pitanje je na koje treći kazivač „dobije prave razloge zašto osoba to konzumira“ (ibid.), koji se u stvari svode na smirivanje ili utišavanje određenih simptoma.

„U smislu kad netko osjeća tu napetost, strah iznutra, da ne može zaspati, da je toliko jako uznemiren, da ne funkcionira logično, često osoba poseže i za nekom psihoaktivnom supstancom, često recimo marihuanom u svrhu, ne napušavanja: „idemo po parku pa ćemo se sad napušavati i smijati“, nego u smislu automedikacije i onda kažu: „jedino kad sam popužio marihuanu, jedino me to uspjelo smiriti.“ (d.p. 3, 11.8.2023.)

Iskustvo je trećeg kazivača pokazalo da ljudi, koji u već u ranim fazama patnje tragaju za olakšanjem, koje se često svode na „uzimanje alkohola, marihuane ili bilo koje druge droge“ (d.p. 3, 11.8.2023.) bude „najčešće u svrhu automedikacije, da se osoba smiri“ (ibid.). Dakle, cijeli se narativ o zloupotrebi droge treba sagledati i s druge strane; strane osobe koja traži makar i privremeni izlaz iz svojih patnji. Nadovezujući se na prethodni citat, kazivač broj tri nastavlja:

„I naravno da je to logično, da si pomognu, da uzmu nešto da ih smiri, bez obzira što možda na nekoj racionalnoj razini zna da mu šteti. Ali ako im to jedino pomaže da mogu biti u miru i da mogu spavati, onda je, meni osobno, dosta logično da se to često dogodi.“ (d.p. 3, 11.8.2023.)

Iako se upotreba psihoaktivnih supstanci ističe kao važan čimbenik razvoja bolesti, „pitanje je sad je li uzrokovalo“ (d.p. 3, 11.8.2023.) shizofreniju, „no sigurno da to ne pomaže, dapače, dugoročno razbuktava taj psihotični proces, a s druge strane, pomaže u otklanjanju, kratkoročno, tih nekih simptoma koje osobu opterećuju“ (ibid.). „Droga se koristi zato što droga djeluje“ (d.p. 3, 11.8.2023.), zato se, pri njenom korištenju, stavljaju „na stranu svi neki štetni faktori“ (ibid.) zaključuje treći kazivač, te ponavlja nemogućnost utvrđivanja konkretnog čimbenika koji je odgovoran za razvitak shizofrenije: „je li prije bila kokoš ili

jaje...“ (ibid.). S ovom se konstatacijom podudara i zaključak kazivača broj jedan: „ne možemo kriviti samo jedan čimbenik“ (d.p. 1, 14.7.2023.).

5) Prepoznatljivi simptomi

Djelovanje čimbenika opisanih u prethodnom odlomku može kulminirati simptomima, koji se praćenjem razvoja kliničke slike oboljele osobe, mogu povezati sa shizofrenijom. No poseban je naglasak u psihijatriji da se „rijetko kad, zapravo i nikad ne bi trebala postavljati dijagnoza shizofrenije na prvu“ kod ljudi koji „dolaze po pomoć koji razvijaju simptome koji su vezani uz shizofreniju (d.p. 3, 11.8.2023.). Ovu izjavu treći kazivač pojašnjava pojavom takozvanih prodromalnih, šuljajućih simptoma. Naime, „nikad ne ide da je jedan dan sve u redu, pa idući dan nastanu problemi“ (d.p. 3, 11.8.2023.), već se „u uzimanju anamneze, često od strane samog pacijenta, od strane obitelji“ (ibid.) primjećuju poneki simptomi, čije se retrospektivno povezivanje može sagledati u sklopu određene dijagnoze. Radi se, dakle, pojašnjava treći kazivač, o simptomima takve vrste

„koji su i prije bili prisutni, ali nisu toliko izraženi da bi mogli reći: „to su sigurno simptomi psihoze i to će možda ići prema shizofreniji“. Nego su to možda strahovi neki, koji su neodređeni, neka anksioznost koja se ne može povezati s nečime, problemi sa spavanjem, možda impulzivno ponašanje, socijalno povlačenje. To su sve simptomi koji nisu nužno vezani – „e to je sad specifična psihoza.“ (d.p. 3, 11.8.2023.).

Takvi simptomi prije svega proizlaze iz „anksiozno-depresivnog spektra“ (d.p. 3, 11.8.2023.), da bi se ponekad tek kasnije ispostavilo da se zapravo radi o „šuljajućoj priči koja se može provlačiti čak i par godina (ibid.). Tek kada „pacijent dođe nekako u kontakt sa svojim doktorom opće prakse ili psihijatrom“ (d.p. 3, 11.8.2023.) moguće je krenuti sa praćenjem kliničke slike, koja se, ukoliko ukazuje na „baš izražene nekih od simptoma koji su specifični za shizofreniju“ (ibid.), može zasigurno okarakterizirati shizofrenim poremećajem.

„Dijagnostika shizofrenije ide na puno načina, ali osnovno je zapravo zadovoljiti kriterije“ (d.p. 2, 19.7.2023.) koji se, u ovom ozbiljnom psihičkom poremećaju, očituju u pojavi pozitivnih i negativnih simptoma (Sulejmanpašić-Arslangić i Tunović, 2015:68). Pozitivni su oni simptomi koji odražavaju višak iskrivljenja u normalnom repertoaru ponašanja i iskustva individue, dok negativni, naprotiv, odražavaju odsutnost ili nedostatak ponašanja koje je u normalnim okolnostima prisutno (Hooley et al. 2016:490). Negativni

simptomi naime nisu dio nekih svakodnevnih oscilacija, već su stanja poduljeg trajanja, koje zahtijeva liječenje (Štrkalj-Ivezić, 2011:110).

U kategoriji pozitivnih simptoma u prvom redu nalazimo sumanute ideje, točnije deluzije, koje se odnose na čvrsto vjerovanje osobe u stvari u koje drugi, koji dijele njeno kulturno, vjersko i društveno okruženje, ne vjeruju (Hooley et al. 2016:486). Drugim riječima, odnosno riječima trećeg kazivača:

„Osoba je jednostavno uvjerena u neku ideju koja nema uporišnu točku u realitetu. Dakle, to su ideje najčešće paranoidne-sumanute, da neku osobu netko proganja, snima, da joj želi učiniti zlo, da prisluškuje... To naravno čini osobu izrazito uznemirenom, ta osoba zaista ima osjećaj da nju netko prisluškuje, da ju prati, da joj želi nauditi.“ (d.p. 3, 11.8.2023.).

No postoji još čitav niz tzv. sumanutih ideja, kao što je pojačavajući manjak povjerenja u bliske osobe, jer je oboljela osoba „uvjerena da joj netko od strane obitelji ili neko drugi u okolini želi nauditi ili se ne predstavlja kao osoba koja je, da je to zapravo netko drugi.“ (d.p. 3, 11.8.2023.). Ljubomorna, grandiozna, sumanuta ideja „karakteristična je po tome kako mi prepoznajemo neku sumanutu ideju u odnosu na neku precijenjenu ideju.“ (ibid.). Distinkcija je, napominje kazivač broj tri, u mogućnosti razuvjeravanja osobe.

„Znači, ako je osoba uvjerena da boluje od neke teške bolesti, smrtonosne, neizlječive bolesti, da će od toga umrijeti (...) i sad vi njoj kažete „Gospodine ili gospođo, gledajte, nalazi su uredni, bili ste na pretragama, sve je okej.“, ali vi ne možete razuvjeriti osobu. Kada osoba ima možda precijenjenu ideju, u narodu se to kaže fiks ideja, onda kaže osoba ipak: „A dobro, ajde, sad ste me ipak malo smirili, pa možda zaista nije tako. Brinem se, ali sad sam puno mirniji ili mirnija.“. Dakle, to je razlika između neke precijenjene ideje, ideje koja nije patološka i ideje sumanute, gdje vi ne možete razuvjeriti osobu.“ (d.p. 3, 11.8.2023.)

Uz „ideja van realiteta, koje su najčešće nekog paranoidnog tipa“ (d.p. 2, 19.7.2023.), često se, među pozitivnim simptomima, navode „obmane osjetila“ (ibid.), odnosno halucinacije, „najčešće slušnog tipa“ (ibid.) kada osoba „čuje neke glasove, koji su, muški ili ženski, uznemirujući, iterativni glasovi“ (d.p. 3, 11.8.2023.). Halucinacije, koje se definiraju kao osjetilno iskustvo koje se čini stvarnim osobi koja ih ima, ali se događa u odsutnosti bilo kakvih vanjskih perceptivnih podražaja, mogu se pojaviti u bilo kojem osjetilnom modalitetu;

slušnom, vizualnom, olfaktornom, taktilnom ili okusnom (Hooley et al. 2016:488). No slušne su halucinacije daleko najčešće (ibid.).

Treći se pozitivni simptom sastoji od dezorganiziranog govora i ponašanja. Ovo su bitni pokazatelji bolesti, koje je nemoguće ne primijetiti jer se „osoba zapravo ponaša nesvršishodno“ (d.p. 3, 11.8.2023.). Dezorganizirani se govor, koji je zapravo vanjska manifestacija poremećaja misaonog toka, ne uspijeva razumjeti, unatoč tome što oboljela osoba naizgled koristi jezik na konvencionalan način, slijedeći semantička i sintaktička pravila koja upravljaju verbalnom komunikacijom (Hooley et al. 2016:489). „Shizofreni, disocirani govor“ (d.p. 3, 11.8.2023.), osobe se ispoljava na način da „krene pričati o nečemu, pa se prebaci na nešto drugo, kad jako teško slijedi neku misao“ (ibid.). Dezorganizirano ponašanje slijedi slične obrasce; otkrivajući se na razne načine, univerzalno je što je aktivnost usmjerena na cilj uvijek poremećena kod ljudi koji boluju od shizofrenije (Hooley et al. 2016:490). Izvana ono izgleda podosta kaotično. Primjerice, osoba „ustane, krene negdje, pa ponovno zaboravi što je mislila napraviti“ (d.p. 3, 11.8.2023.), no posebno je zabrinjavajuće kada se „osoba ne može kontrolirati, u smislu svog ponašanja. Jako teško kontrolira svoje impulse“ (ibid.). Neobičnost se ponašanja javlja u područjima rutinskog, svakodnevnog funkcioniranja, što se često zamjećuje u radnim i društvenim odnosima, te u odnosu oboljele osobe prema sebi, koje se opaža kao nebriga (Hooley et al. 2016:490). Dezorganizirano ponašanje, u očima promatrača, uvelike mijenja osobu, koja se više ne čini svojom (ibid.).

Uz navedena „tri pozitivna simptoma koji su karakteristični za shizofreniju“ (d.p. 3, 11.8.2023.), čija se prisutnost zapaža već u početnoj kliničkoj slici, s vremenom na vidjelo izlazi i „negativna simptomatologija, odnosno negativni simptomi shizofrenije, gdje je prisutno socijalno povlačenje, emocionalno povlačenje, pasivnost, afektivna tupost i bezvoljnost“ (ibid.). „Negativni simptomi, koji često dolaze tek kasnije u kliničkoj slici“ (d.p. 3, 11.8.2023.) nisu dio svakodnevnih oscilacija, već su stanja duljeg trajanja koja zahtijevaju liječenje (Štrkalj-Ivezić, 2011:110).

No moguća je i prisutnost simptoma koje naprosto nije uvijek moguće svrstati u zadane kategorije pozitivnih i negativnih simptoma.

„Također mogu biti prisutni depresivni i anksiozni simptomi, gdje može biti izražena depresivnost, anksioznost, suicidalnost, koji su česti u prodromalnoj fazi. Postoje i kognitivni simptomi gdje je oštećena pažnja, oštećena verbalna fluentnost, oštećenje nekih izvršnih funkcija, odnosno

rješavanje problema, oštećenje ponašanja prema nekim socijalnim stimulusima.“ (d.p. 3, 11.8.2023.)

Sve ovo, kao i činjenica da „pri novim klasifikacijama osoba može imati dijagnozu shizofrenije i da nema nužno produktivne“ (d.p. 2, 19.7.2023.), odnosno pozitivne simptome, govori u prilog šarolikih kliničkih slika, što sve češće rezultira problematikom utvrđivanja jedne, konkretne bolesti:

„Teško je reći i patofiziološki i stručno i iskustveno da se radi o jednoj bolesti. Radi se vrlo vjerojatno o različitim bolestima. Najlakše je napisati dijagnozu, ali pitanje je da li imamo istu prognozu, isto liječenje ukoliko imamo tako šarolik spektar tih simptoma.“ (d.p. 2, 19.7.2023.).

No bilo da se radi konkretno samo o dijagnozi shizofrenije ili dijagnozi koja dolazi s popratnim dijagnozama, najvažnije je osobu prihvatiti, uvažiti njene osjećaje i brige, poslušati je, te joj na temelju saslušanog pružiti adekvatnu pomoć. Na kraju krajeva, dodaje treći kazivač, „osoba, u mom nekakvom iskustvu, samo hoće da joj se pomogne“ (d.p. 3, 11.8.2023.), te zaključuje da

„zapravo živjeti u tom sumanutom sustavu, jako je teško i opterećujuće i naravno da ne mogu funkcionirati ni u kojoj od ovih sfera: ni obiteljski, ni radno, ni socijalno. I onda se tu kreće sa liječenjem koje ima raznih modaliteta.“ (d.p. 3, 11.8.2023.).

S posebnim naglaskom u psihijatrijskom liječenju na funkcionalan oporavak, liječenje se shizofrenije ostvaruje putem brojnih i raznovrsnih načina, koje je, zahvaljujući nebrojenim istraživanjima, uvelike pospješilo svoju učinkovitost.

Može li se uspješno liječiti?

„Ne da se može, nego se mora“ (d.p. 2, 19.7.2023.) kratak je i jasan odgovor drugog kazivača. Dijagnoza shizofrenije, nažalost, ukazuje na mozak koji nije zdrav, već „ima očito poprilična patofiziološka iskrivljenja (ibid.) koja u „svojoj aktivnoj formi djeluju neurotoksično na mozak“ (ibid.). Aktivna psihoza, kojom se u neuroznanosti opisuje bolest shizofrenske pojavnosti, izaziva bržu deterioraciju svih aspekata ljudske osobnosti, posebice kognitivnu, što kazivač broj dva potkrepljuje primjerom:

„Mi to i vidimo kod pacijenata koji su dugo godina liječeni radi shizofrenije i vidimo njihovu kognitivnu deterioraciju, koja nažalost, kad ih uspoređuješ kad su imali 20 i sad kad imaju 60, apsolutno je puno intenzivnija, nego prirodna deterioracija kognitivnih funkcija mozga kod osobe koja nema shizofreniju.“ (d.p. 2, 19.7.2023.).

Ubrzana deterioracija uzrokovana neliječenom shizofrenijom zapaža se i na nivou emocija i ponašanja. „Ljudi koji imaju aktivnu psihozu kao što je shizofrenija, neliječenu, zapravo su disfunkcionalni u gotovo svim aspektima svog života“ (d.p. 2, 19.7.2023.), što bi značilo da „oni uslijed svoje simptomatologije, ne mogu niti ostvariti adekvatno radno funkcioniranje, niti socijalno funkcioniranje (ibid.). Međutim,

„koliko god bila psihoza, recimo, aktivna u nekom periodu u životu, nikad čovjek u potpunosti nije van realiteta i uvijek postoje neki zdravi aspekti funkcioniranja i dimenzije psihe tog čovjeka za što se može i treba uloviti na kraju krajeva, a ovaj dio, koji je van realiteta, s time treba raditi.“ (d.p. 2, 19.7.2023.).

Uzmemo li u obzir zabrinjavajući činjenicu da „jedan ogroman broj ljudi koji ima shizofreniju zapravo pokuša, a i realizira suicid“ (d.p. 2, 19.7.2023.), evidentno je da je liječenje prijeko potrebno, što drugi kazivač savršeno sažima u jednostavnoj izjavi: „Meni je neličenje osobe koja ima shizofreniju, iz medicinskog kuta, ali i ljudskog, neprihvatljivo.“ (ibid.).

Ova dijagnoza, koja je ustvari „priča neurotransmitterske razine, gdje viša razina dopamina u određenom dijelu mozga uzrokuje ideje koje su sumanute i halucinacije i dezorganizirano ponašanje“ (d.p. 3, 11.8.2023.), kroz svoju je, ne tako dugu, no zasigurno kontroverznu povijest, iznjedrila „različita gledišta na simptome i različita liječenja te pristupe samoj terapiji“ (ibid.). Danas je cilj psihijatrijske struke postići funkcionalan oporavak „u smislu da osoba može funkcionirati u obitelji, da može funkcionirati socijalno, da može održavati neke prijateljske odnose i odnose s drugim ljudima i recimo da radno funkcionira (d.p. 3, 11.8.2023.). Put prema funkcionalnom oporavku započinje sa skupinom lijekova „koji se zovu antipsihotici, koji su temeljna terapija i koji dovode do ublažavanja simptoma, a kod nekih osoba i do potpunog nestanka simptoma“ (d.p. 1, 14.7.2023.). Antipsihotici su „blokatori dopaminskih receptora“ (d.p. 3, 11.8.2023.), koji, uz poneke nuspojave, u teoriji vode prema „blijeđenju te psihotične slike“ (ibid.). Uz farmakoterapiju, neophodan je i

psihoterapijski pristup, koji služi kao nadopuna lijekovima. Tvoreći zajedno upotpunjen krug terapije, farmakološki i psihoterapijski pristup mogu omogućiti osobi da „uz dijagnozu shizofrenije uspješno funkcionira“ (d.p. 3, 11.8.2023.). Vrlo je bitno, dodaje treći kazivač, potaknuti ljude koji su „jako obeshrabreni“ (d.p. 3, 11.8.2023.) na uzimanje terapije pomoću koje „sad jako brzo možete postići remisiju“ (ibid.). „Remisija znači da bolest miruje i da je bolest pod kontrolom u smislu da se osoba dobro osjeća, da je spremna vratiti se u obitelj, da je spremna vratiti se na posao“ (ibid.). Međutim, uvijek se poteže isto pitanje: „Doktore, koliko dugo ću još morati uzimati terapiju?“ (d.p. 3, 11.8.2023.).

Uvid

Oboljeloj je osobi potrebno pružiti što bolji i jasniji uvid u bolest koja joj je dijagnosticirana. Uvid se dakle odnosi na svijest o bolesti, točnije pacijentovo razumijevanje prirode i uzroka njegovih problema, što svakako može predstavljati iznimno bitan faktor u samom procesu oporavka (Štrkalj-Ivezić i Horvat, 2017:234-235). Nužnost je psihijatrijske struke oboljeloj osobi pružiti iskren uvid, ne zavaravajući je lažno pozitivnim pristupom, što treći kazivač izričito i više puta naglašava:

„Po meni nije dobra poruka reći: „Ma dobro, nije to ništa, to će malo terapija sad sigurno izliječiti.“ jer se ljudi onda uhvate za to. U praksi, nekada je to moguće, ja bih rekao rjeđe.“ (d.p. 3, 11.8.2023.).

Ljude takav pristup, uz suočavanje s nepoznatim simptomima, dodatno zbunjuje, „ne znaju zašto se to dešava i važno je dati im poruku da je to kronična bolest kao što su i mnoge bolesti u medicini“ (d.p. 3, 11.8.2023.). „Najlakše je reći da će morati uzimati terapiju za stalno“ (d.p. 3, 11.8.2023.), no prije svega bi se trebalo sagledati stanje uma pacijenta i kako se nosi s novo dijagnosticiranom bolesti; „kako je sad njemu, kako se on sad osjeća“ (ibid.) te prema tome stvoriti realna očekivanja vezana uz prognozu i tijek daljnjeg razvitka ili remisije bolesti. U konačnici će „samo vrijeme pokazati kakva će biti klinička slika“ (d.p. 3, 11.8.2023.), prema kojoj je, ukoliko ima izraženijih pozitivnih ili negativnih promjena, potrebno „ažurirati“ pacijentov uvid u njegovo psihičko zdravlje. Ne dijeleći informacije o tijeku bolesti ili sakrivanjem njene ozbiljnosti, „dugoročno gledajući, s time se radi samo šteta“ (d.p. 3, 11.8.2023.). Transparentnost je od strane psihijatarata od iznimne važnosti kako bi sam pacijent mogao prihvatiti svoju bolest, čak i ako liječenje nije od osobitog uspjeha:

„Ponekad kažem: „Probali ste, teško da ćete biti radno funkcionalni.“ itd. Znači, čisto da ne kažem: „Vi možete biti super.“ i sve divno, krasno, a u biti vidimo da to baš ne može. Onda to zbunjuje i samog pacijenta i obitelj. I onda s vremenom, ako vidimo da je klinička slika takva da loše funkcioniraju u nekim važnim aspektima, onda se pokušavaju postići neke realne sfere, da pacijent može to prihvatiti.“ (d.p. 3, 11.8.2023.).

Uvidom se ponajprije pokušava osigurati spremnost pacijenta na uspostavu suradnje sa svojim liječnikom, što kako psihijatru, a tako i samoj oboljeloj osobi, predstavlja izazov (Štrkalj-Ivezić i Horvat, 2017:234). Naime, kada su u pitanju kronične bolesti, a posebice shizofrenija, osoba često naprosto nije spremna suočiti se s činjenicom da je čeka cjeloživotno i svakodnevno liječenje farmakoterapijom; „tko bi htio uzimati terapiju cijelog života?“ (d.p. 3, 11.8.2023.). Iz tog razloga kazivač broj tri zagovara „taj jedan partnerski odnos“ (11.8.2023.).

„Nisam ja sad doktor koji sve zna, a on pacijent koji ne zna ništa, pa ću ja sad njemu govoriti sve što treba i što ne treba. Uvijek se stavljam u poziciju da meni sad netko kaže da trebam uzimati cijeli život neku tabletu da ne bih upao u psihozu (...) nisam siguran da li bih to prihvatio samo tako.“ (d.p. 3, 11.8.2023.)

Zbog tog razloga, među ostalima, pacijenti nerijetko pristupaju farmakoterapiji sa određenom zadržkom. Partnerski se odnos, koji bi se u pravilu trebao temeljiti na iskrenosti i pružanju uvida u pacijentovu dijagnozu, ne može uspostaviti ukoliko je nemoguće doprijeti do oboljele osobe, odnosno kada ona otkriva jednu vrstu „nekritičnosti prema svom stanju i izostanku uvida“ (d.p. 2, 19.7.2023.) što dovodi do odbijanja farmakoterapije „zato što smatra da nema nikakvu psihijatrijsku bolest“ (ibid.). Oboljeli od shizofrenije, naime, često nemaju uvid u svoja neuobičajena iskustva i ponašanja, te ih ne percipiraju kao odstupanje od normalnog, iz čega proizlazi zaključak o nepotrebnosti liječenja. Nesuglasje oboljele osobe sa danim stručnim mišljenjem rezultira s nespremnosti za prihvaćanjem uspostavljene dijagnoze psihičke bolesti, što je svojstveno za ljude koji boluju od shizofrenije (Štrkalj-Ivezić i Horvat, 235:2017). Drugi se razlog odbijanja potrebnih lijekova sakriva iza osjećaja „ja sam dobro, meni lijekovi ne trebaju“ (d.p. 2, 19.7.2023.), koji se javlja tijekom uzimanja terapije, odnosno kada se osoba uistinu osjeća bolje. Prema tome, nedostatak pravog uvida vrlo je raširen čak i među onima čiji se simptomi povlače (Vidović et al. 2016:23). Do prekida farmakološkog liječenja može doći i zbog izravnih posljedica, točnije izraženih nuspojava

antipsihotičke terapije. Iako danas postoje „kombinacije koje imaju manje izražene nuspojave, nego u starijih generacija antipsihotika“ (d.p. 3, 11.8.2023.), i dalje, na individualnoj razini, može doći do „nuspojava koje su često razlog prekida uzimanja terapije“ (ibid.). Ukoliko i dođe do naglašenih nuspojava kao što su „psihomotorna usporenost, zakočenost, seksualne nuspojave“ (d.p. 3, 11.8.2023.), iskrenim je povratnim informacijama pacijenta moguće pronaći drugačije farmakološko rješenje. No itekako je bitno, pri pružanju uvida, pacijentu naglasiti da možda neće poželjno reagirati na farmakoterapiju.

„Važno je naglasiti da može doći do nuspojava, ali razne su i reakcije. Nekome može biti na tu terapiju da nema nikakvih nuspojava, puno puta sam to vidio. Drugoj osobi date pola manje od toga i ona razvije neke bizarne nuspojave koje su vrlo rijetke. To je sve moguće, ali treba iskomunicirati ljudima da znaju. Jer ako netko ima baš izražene nuspojave, pa naravno da će prestati piti terapiju. To je zdravo seljačka logika, da ću sad, ako mi je nešto toliko jako naškodilo, da to više neću uzimati. Skroz logično.“ (d.p. 3, 11.8.2023.)

Upravo je zbog takvih slučajeva ključna uspostava otvorenog odnosa između psihijatra i pacijenta, kojeg „ne možete imati sa svima, jer netko to sve na svoju ruku ukine (d.p. 3, 11.8.2023.), što je, iako „potpuno razumljivo“ (ibid.), ipak, u teoriji, potrebno dogovoriti, kako bi se pacijentova želja za ukidanjem terapije mogla odviti „u kontroliranim uvjetima“ (ibid.). Na psihijatru je da bude uporan u osviještenju pacijenta glede njegove kliničke slike i nužnosti uzimanja neophodne terapije, koju, ukoliko iz nekog razloga valja ukinuti, nije poželjno srezati „na svoju ruku“, odnosno prema pacijentovoj procjeni, već se prema dogovoru „postepeno može ukinuti“ (d.p. 3, 11.8.2023.), istovremeno sagledavajući „u kojem smjeru će ići priča“ (ibid.) pacijentove reakcije na prestanak liječenja farmakoterapijom.

Iako se shizofrenija kod svake oboljele osobe ispoljava na svoj osobit način, svi kazivači jednoglasno naglašavaju potrebitost terapije kao prve linije obrane „da se simptomi ponovno ne vrate“ (d.p. 3, 11.8.2023.), točnije „da ne bi došlo do relapsa bolesti“ (ibid.) koji „recidivom aktivne psihoze“ (d.p. 2, 19.7.2023.) dovodi do „neurotoksičnosti, propadanja stanica i nažalost deterioracije funkcije“ (ibid.). Uz „podršku struke“ (d.p. 2, 19.7.2023.), pacijenta je lakše osvijestiti o vlastitoj mentalnoj bolesti i njenim posljedicama, što bi u konačnici trebalo razviti njegovu sposobnost označavanja psihotičnih simptoma kao patoloških, koje je ponajprije moguće tretirati lijekovima (Vidović et al. 2016:23). Usprkos

činjenici da farmakoterapija „smanjuje mogućnost i vjerojatnost ponovne psihotične dekompenzacije“ (d.p. 3, 11.8.2023.), ona (nažalost) „nije čudotvorna“ (ibid.).

Poželjni pristupi liječenju i stvarnost rezultata

Činjenica jest da se „puno napredovalo u liječenju i samoj kontroli bolesti“ (d.p. 3, 11.8.2023.). Naspram prijašnjih pristupa i uvjeta liječenja, prema kojima bi osoba „kad su se ti psihotični šubovi događali, bila osuđena na jedan oblik institucionalizacije“ (d.p. 3, 11.8.2023.), danas se u psihijatriji razvija „trend deinstitucionalizacije“ (ibid.), koji oboljeloj osobi pospješuje mogućnost da „bude funkcionalan član društva“ (ibid.). Iako je apsolutno nepobitno da je veliku ulogu u samoj regulaciji simptoma bolesti shizofrenije odigrao značajan napredak koji se odvio na polju farmakoterapije, od izuzetne je važnosti, kao što ističe kazivač broj dva, osvijestiti da „oporavak i funkcioniranje neće omogućiti samo lijekovi“ (19.7.2023.), usprkos njihove neupitne nužnosti. Uz tvrdnju da „nije izazovno u psihijatriji u Hrvatskoj nekome posložiti lijekove“ (d.p. 2, 19.7.2023.), drugi se kazivač poziva „multidisciplinarnu pristupe u psihijatriji“ (ibid.), koji se prije svega, kako nadalje pojašnjava, odnose na

„modele psihijatrije u zajednici gdje imamo kombiniranje liječenja hospitalnih, kad je potrebno, uz dnevno bolnička liječenja, uz ambulante i uz mobilne psihijatrijske timove. Dakle, kad imamo cijelu tu, da tako kažem, vertikalnu mogućnost liječenja za pacijente, ako imamo podršku obitelji i podršku struke, dakle, apsolutno je to bolest koja se može kvalitetno liječiti.“ (d.p. 2, 19.7.2023.).

Uz multidisciplinarnu pristupe u psihijatriji, koje zagovara drugi kazivač, treći nadodaje sličan oblik liječenja koji se oslanja na „psihoterapijski, socio-terapijski pristup“ (11.8.2023.), kao i „grupe podrške, koje također, dokazano i zapravo smanjuju mogućnost relapsa same bolesti“ (ibid.). No treći kazivač istovremeno ističe činjenicu da prakticiranje navedenih pristupa još uvijek nije u potpunosti uvriježeno u hrvatskoj medicinskoj praksi, kao što je „to možda u nekim razvijenijim zemljama“ (11.8.2023.).

Iako se svo troje kazivača načelno slaže da postoje pristupi koji otvaraju mogućnost uspješnog liječenja shizofrenije kojim će se postići „radno i socijalno funkcioniranje“ (d.p. 2, 19.7.2023.) oboljele osobe, koje, kao što je višestruko isticano „nije moguće postići isključivo farmakoterapijom“ (ibid.), svojim znanjem i iskustvom drugi kazivač tvrdnju o uspješnom

liječenju shizofrenije dovodi na viši nivo koji se u konačnici svodi na sam oporavak. Vraćajući se na „multidisciplinarni pristup u psihijatriji u zajednici“ (d.p. 2. 19.7.2023.), kazivač broj dva s povelikim uvjerenjem raspravlja o postizanju oporavka i kvaliteti života. „Kroz takav model, znači multidisciplinarni, adekvatan, optimalan i u zajednici, ja apsolutno vjerujem, a ponavljam i kliničko iskustvo i znanstveni radovi potvrđuju da je shizofrenija bolest od koje se osoba može oporaviti“ (19.7.2023.) riječi su kojima drugi kazivač pojašnjava i potkrepljuje svoje stajalište o potencijalnom oporavku od shizofrenije. Ne osporavajući tvrdnju da bi se idealnom kombinacijom terapija različitih vrsta u teoriji, a potom i u praksi, moglo stremiti ka oporavku od shizofrenije, prvi i treći kazivač iznose svoja klinička iskustva u liječenju shizofrenije, koja se, prema njihovim dosadašnjim susretima s ovom bolešću, ne podudaraju s tezom o oporavku. Usprkos naglasku na ustrajnosti u liječenju koje bi poželjno dovelo do remisije bolesti, prvi kazivač upozorava na činjenicu da „nije svaka osoba ista, nije svaki poremećaj isti, nisu svi simptomi isti“ (14.7.2023.) što bi značilo da „postoji jedan dio koji ima jako teške simptome koji ne reagiraju na terapiju“ (ibid.). No čak i kod oboljelih koji adekvatnije reagiraju na liječenje farmakološke, psihoterapijske i drugih vrsta, iskustvo trećeg kazivača ukazuje da potpun oporavak u praksi nije sasvim moguć. Naime, „često šteka jedno ili čak sva područja“ (d.p. 3, 11.8.2023.) bitna za upotpunjenje kvalitete života individue.

„Ili osoba može funkcionirati koliko-toliko u obitelji, ali opet, recimo, na poslu ne može. Ili se prebrzo iscrpi ili ne može održavati koncentraciju ili recimo na posao nekako ide, ali kad dolazi kod kuće ona se socijalno povlači, jako teško funkcionira u nekim svakodnevnim obiteljskim interakcijama ili se povlači od prijatelja. Dakle, to je jedna od važnijih komponenta koje ja osobno doživljam kao jedno psihološko zdravlje. Znači, da li se možeš i kako se slažeš sa obitelji, kako i da li možeš funkcionirati na poslu, i da li imaš, jednostavno, jedan društveni život koji tebe zadovoljava. Ukoliko je jedna od tih komponenti, onako nije baš, nego šteka, tu smo zapravo u problemu. A kod shizofrenije je, nažalost, po mom nekakvom iskustvu, to je uvijek... uvijek nešto strši kod tih važnih komponenta psihološkog zdravlja.“ (d.p. 3, 11.8.2023.)

Određena proturječnost stavova kod stručnjaka u psihijatrijskoj struci postoji od njenog samog početka, što je oprimjereno i iskustvima trojice kazivača, a novim se istraživanjima, saznanjima i drugačijima vrstama liječenja duševnih bolesti ona nastoji

umanjiti. Međutim, ne radi se o lakom zadatku, te se konsenzus oko definicija, dijagnostike, klasifikacije i pristupa liječenja u psihijatriji još uvijek nije ostvario. No iza mnogobrojnih rasprava i podvojenih strana, ujedinjenost se psihijatrije očituje u njenom krajnjem cilju: dobrobiti pacijenata. Usprkos različitim kliničkim iskustvima, iz kojih posljedično proizlaze polu-subjektivna uvjerenja o psihičkim bolestima i najboljim načinima liječenja istih, liječenje, remisija, pa i moguć oporavak oboljele osobe uvijek se neupitno postavlja na prvo mjesto jer „svatko ima pravo, u konačnici, na najbolji život koji može imati“ (d.p. 1, 14.7.2023.).

Prema tome, individualna klinička iskustva često rezultiraju različitostima u (ne/uspješnom) liječenju, čime se stvarnost rezultata ne može konkretno odrediti, na što ukazuju i iskazi trojice kazivača. Dok kazivač broj dva strastveno i optimistično zastupa stav o mogućnosti uspješnog oporavka od shizofrenije, drugo dvoje sa zadržkom pristupaju temi uspješnosti liječenja i oporavka od ove kronične bolesti, naglašavajući da današnja „terapija nije idealna, nije savršena, ali je cilj da osobe mogu funkcionirati koliko-toliko“ (d.p. 3, 11.8.2023.).

„Ali bez obzira na sve, svaka osoba može, u skladu sa svojim mogućnostima, imati pravo na uklopljenost u društvu“ (d.p. 1, 14.7.2023.) koja se danas u psihijatriji nastoji postići ne samo terapijom, već i rušenjem predrasuda koje se vežu uz mentalne bolesti.

Stigmatizacija shizofrenije

1) Stigma(tizacija): značenje

Psihičke su bolesti često meta raznoraznih predrasuda, čije uporište proizlazi iz neznanja i straha, što može rezultirati iskrivljenim uvjerenjima o opasnosti i neizlječivosti osoba s duševnim poremećajima (Sulejmanpašić-Arslagić i Tunović, 2015:68-69; Štrkalj-Ivezić, 2011:89). Kombinacijom neutemeljenih, no ukorijenjenih mitova, predrasuda i negativnih konotacija vezanih uz bolesti psihe oblikuje se „stigma“, čije je značenje kroz povijest doživjelo podosta definicija (Sulejmanpašić-Arslagić i Tunović, 2015:68-69; Penava et al. 2022:47). Svoje porijeklo riječ „stigma“ vuče iz grčke imenice kojom se označava ubod, znak, žig, stoga i služi kao oznaka za žig užarenim željezom, kojim su se obilježavali robovi i zločinci (Penava et al. 2022:47; Stigma – Hrvatska enciklopedija). Poznatije je možda značenje koje se u Novom zavjetu i ranom kršćanstvu povezuje s ranama koje odgovaraju Kristovima, a katkad se mogu pojaviti na tijelu mistika (Sulejmanpašić-Arslagić i Tunović,

2015:69; Stigma – Hrvatska enciklopedija). S obzirom na to da se zajednički element definicije kroz čitavu njenu dugu povijest očituje u obilježju osobe, današnja se definicija stigme oslanja na fizičke, odnosno anatomske ili fiziološke promijenjene pojedinosti osobe. Iako se stigmom opisuju npr. prirodene ili stečene deformacije glave, tijela, kao i drugi nedostaci poput mucanja i tikova, stigma se danas obično koristi za opis određenih osoba koje okolina smatra drugačijima, a samim time i neispravnima (Halgin i Krauss Whitbourne, 1994:6; Stigma – Hrvatska enciklopedija). Od stigmatizacije nitko ne može biti siguran; ona zahvaća pripadnike iz različitih etničkih, vjerskih i rasnih pozadina, socijalnog statusa, kao i osobe čije ponašanje nije u skladu s normama određene kulture, što se često odnosi na duševne bolesnike (Stigma – Hrvatska enciklopedija). Stigmatizacijom okolina izdvaja određene pojedince s kojima ne želi biti povezana, koristeći se prvenstveno sramom i degradacijom u nastojanju da odbaci obilježene individue ili skupinu (Halgin i Krauss Whitbourne, 1994:6; Penava et al. 2022:47). Negativnim stavovima, koji se temelje na pogrešnim podacima, osobu se diskreditira, diskriminira, oduzima joj se status u društvu te se na nju gleda kao na bezvrijednu osobu, što neizbježno negativno utječe na pojedinčev život u svim njegovim aspektima (Penava et al. 2022:47). Ovi se neopravdani, neutemeljeni i naprosto činjenično pogrešni stavovi učestalo javljaju uz spomen duševnih bolesti, čija se stigmatizacija obično izražava kroz uvjerenje o psihičkim bolestima koje nije moguće (iz)liječiti (Sulejmanpašić-Arslagić i Tunović, 2015:69). Stigmatizaciju može doživjeti bilo koja osoba sa dijagnozom psihičke bolesti, no krivo shvaćanje bolesti i popratno ponašanje okoline koje dolazi s time posebice je vidljivo na primjeru shizofrenije (ibid.; Penava et al. 2022:47). Neizlječivost, opasnost i nesposobnost za život oboljelih osoba samo su neke od predrasuda s kojima se osobe oboljele od shizofrenije suočavaju na dnevnoj bazi (Štrkalj-Ivezić, 2011:89).

2) Stigmatizacija kao dodatna borba

Nema sumnje da su emocionalni poremećaji i mogućnost popratnog liječenja istih manje društveno prihvaćeni za razliku od tjelesnih bolesti (Halgin i Krauss Whitbourne, 1994:6-7). Neznanje, predrasude i negativne konotacije koje se vežu uz duševne poremećaje kulminiralo je iznimno raširenom stigmatizacijom psihički oboljelih osoba, koja u krajnjoj liniji samo šteti oboljelima te nerijetko dovodi do dodatnih poremećaja ponašanja oboljelih osoba, kao i do razvitka osjećaja manje vrijednosti, što se manifestira putem tjeskobe i/ili depresije (Penava et al. 2022:48). Društvena stigma, kojom se odbacuje ona osobina ljudi koja se protivi

općeprihvaćenim pravilima i uvjerenjima određene zajednice, što je u ovom slučaju psihička bolest, ostvaruje se svakodnevnom diskriminacijom duševno oboljelih osoba koje se na temelju neosnovanih pretpostavki etiketiraju kao nasilne, nesposobne, neodgovorne, nepredvidive, lijeve i sl. (Penava et al. 2022:48-49). Takva vrsta stigmatizacije ima „negativne posljedice kako za oboljelog, tako i za članove njegove obitelji te psihijatriju kao struku i cijelu zajednicu“ (Penava et al. 2022:47). Iako stigmatizacija ne zaobilazi nijednu bolest psihičkog oblika, shizofrenija i poremećaji shizofreničke pojavnosti češće su na meti čitavog društva, što potvrđuje i iduća konstatacija drugog kazivača:

„Pazi, stigma shizofrenije uopće nije samo stigma prema osobama koje imaju shizofreniju, nego zapravo prema jednom širokom bazenu ljudi koji nalikuju možda na koncept shizofrenije. Stigma shizofrenije zahvaća širi broj ljudi od onih koji je doista imaju. Ali stigma shizofrenije je toliko u tom jednom općem narativu izražena zato što se radi o takvoj psihijatrijskoj bolesti koja je zapravo bila prezentirana oduvijek i u općoj populaciji i medijski, pa u konačnici i u okviru nekakvih prezentacija kao kronična degenerativna bolest mozga bez značajnijih mogućnosti oporavka. I to je zapravo bio stav koji je prevladavao praktički od kad je koncept shizofrenije postojao.“ (d.p. 2, 19.7.2023.).

Shizofrenija se pretvorila u neku vrstu psihopatološkog entiteta koji je za javnost ostao jedan od „rijetkih medicinskih područja uz čiji se spomen vezuje osjećaj nelagode, straha, predrasuda i izbjegavajućeg ponašanja“, što oboljeloj osobi, uz samo oboljenje, vlastito suočavanje s ovom kroničnom bolesti i pokušajima liječenja, „predstavlja još jedan dodatan problem s kojim se treba nositi“ (Sulejmanpašić-Arslagić i Tunović, 2015:68-69; Penava et al. 2022:54).

Dakle, od svih poremećaja, psihički su oni koji najjače stigmatizirani, a poseban veo stigme obavlja tipove psihičkih poremećaja koji se ispoljavaju elementima shizofreničke simptomatologije, što društvo često povezuje s „konceptom ludosti“ (d.p. 2, 19.7.2023.; Penava et al. 2022:48). Usprkos činjenici da stigmatizacija zahvaća sve poremećaje koje vežemo uz ljudsku psihu, „čovjek koji ima anksiozne smetnje ili recimo panične napadaje ili nešto takvo, neće biti baš etiketiran kao lud“ (d.p. 2, 19.7.2023.) za razliku od ljudi čije se ponašanje doima kao „van realiteta“ (ibid.). „Netko tko ima psihozu, shizofreniju, taj će biti etiketiran kroz tu priču sa ludosti“ (d.p. 2, 19.7.2023.) što se provlači kroz „pitanje stigme na

svim nivoima“ (ibid.). Trenutak postavljanja dijagnoze, trenutak je kada se oboljela osoba počinje sagledavati kroz prizmu stigme.

„Kada osoba prvo sazna za svoju dijagnozu ili kada to obitelj sazna, to je obitelji izrazito teško prihvatiti. Znači mi možemo prvo govoriti na nivou obitelji. Prvo kreni od one uže, od nukleusa. Prvo se obitelj izuzetno teško suočava s takvom dijagnozom, između ostalog i zbog shizofrenije i zbog stigme.“ (d.p. 2, 19.7.2023.)

No od obiteljskog okruženja, daleko je problematičnije primjerice „poslovno okruženje“ (d.p. 2, 19.7.2023.) ili čak „medicinsko okruženje“ (ibid.) u kojem bi oboljela osoba trebala pronaći utjehu, razumijevanje i rješenje za svoje tegobe. Drugi kazivač sljedećim primjerom potkrepljuje tvrdnju o stigmatizaciji shizofrenije od strane medicinske struke:

„Ja ću sad tebi dati jedan podatak koji je meni uvijek nevjerojatan; da medicinski profesionalci, a govorimo, ne o psihijatrima, govorimo o prosjeku medicinskih profesionalaca, prosječno više stigmatiziraju osobe sa shizofrenijom nego opća populacija. To ti pokazuju istraživanja. Zašto ljudi koji su završili medicinu ili medicinsku školu, dakle medicinske sestre recimo ili liječnici, više stigmatiziraju. (...) Prilikom obrade i pregleda pacijenta i pristupa tom pacijentu imamo zapravo elemente diskriminacije. Kada medicinski profesionalci vide u povijesti bolesti da se radi o osobi koja ima shizofreniju, u odnosu na pristup ljudima koji u takvoj medicinskoj povijesti bolesti nemaju takve dijagnoze. Tako da, diskriminacija je zapravo na svim područjima.“ (d.p. 2, 19.7.2023.).

Diskriminaciju, jednu od najproblematičnijih elemenata stigmatizacije, osobe koje boluju od shizofrenije doživljavaju svakodnevno i u svim poljima svoga života. Sa ovom dijagnozom dolaze popratni problemi društvenog aspekta, što često vodi prema (samo)izolaciji oboljele osobe. S navedenim se poklapa i mišljenje trećeg kazivača:

„Ako netko ima problem u ostvarivanju nekih socijalnih kontakata, u sklapanju prijateljstva zbog svoje bolesti, ako je recimo sad on stigmatiziran, odnosno označen kao bolestan, ljudi se, na primjer, zbog toga što ima postavljenu dijagnozu boje da nešto ne bi napravio. Onda ga, u biti,

drugi ljudi izbjegavaju i to dalje pridonosi tome da se ta osoba još više izolira.“ (d.p. 3, 11.8.2023).

Upravo se zbog duboko ukorijenjenog uvjerenja o prvenstveno nepredvidljivosti, a potom i o nerazumnosti i opasnosti osoba koje boluju od shizofrenije, one nastoje odbaciti, te naposljetku i izolirati od života u zajednici koji se u pravilu temelji na većoj ili manjoj predvidljivosti ljudskog ponašanja (Sulejmanpašić-Arslagić i Tunović, 2015:70; Penava et al. 2022:49). Smatrajući ih prijetnjom, „u tom jednom kolokvijalnom smislu“ (d.p. 3, 11.8.2023.) društvo dijagnozu shizofrenije *po defaultu* povezuje s osobom „koja ne može kontrolirati svoje ponašanje, koja čuje glasove“ (ibid.; Penava et al. 2022:49). Nadalje, „u ljudima to budi veliki strah i automatsku odbojnost“ (d.p. 3, 11.8.2023). Iako je stigma shizofrenije ponajviše „nastala iz straha“ (d.p. 3, 11.8.2023.), mišljenje je trećeg kazivača da je prijeko potrebno

„ (...) raditi na razbijanju nekih mitova. I ako kažemo oboljeli od shizofrenije mogu možda u nekim situacijama i biti nepredvidivi, agresivni, no to se zapravo ne dešava često. Zapravo je puno češće to kod nekih drugih stanja. U biti oboljeli od shizofrenije... rijetko se dešava. Jer psihotična osoba je vrlo rijetko agresivna i to se može dogoditi, ali ne u toj mjeri da sve možemo prepisivati tome. Nego je to puno češće više u sferama poremećaja ličnosti, što možda i nije nužno za psihijatrijske ustanove. Dakle, to su istraživanja, statistike pokazale da su oboljeli od psihoza vrlo rijetko agresivni i da je taj strah praktički malo ovako više iz nekih priča, mitova iz svakodnevnog govora i to svakako onda pridonosi stigmatizaciji.“ (d.p. 3, 11.8.2023.).

Uz nepredvidljivost ponašanja osoba sa shizofrenijom suštinski je povezana opasnost, agresivnost i prijetnja koje njihovo ponašanje predstavlja zajednici. Radi se o „opasnom stereotipu“ (d.p. 2, 19.7.2023.) koji se razbuktava putem „medija i društva“ (ibid.) na što upozorava kazivač broj dva:

„Društvo kroz medije i mediji prema društvu generiraju konstantno, i ne bih rekao da se to smanjuje u posljednje vrijeme, taj jedan narativ ljudi koji imaju shizofreniju, odnosno ljudi koji imaju psihijatrijske bolesti u širem smislu, su ljudi koji su opasni i kroz naslovnice, kroz izjave, kroz medijska praćenja.“ (d.p. 2, 19.7.2023.).

„Psihijatrijska dijagnoza = opasan“ (d.p. 2, 19.7.2023.) jednostavna je rečenica kojom drugi kazivač sumira jedan od aspekata stigmatizacije psihičkih bolesti, nadodajući uvriježeno stajalište da „opasne“ ljude, bili oni to zaista ili ih samo ime dijagnoze postavlja u kategoriju opasnih, „treba negdje zatvoriti što dalje od nas“ (ibid.). „Kud? U nekakvu ludnicu. Po mogućnosti što dalje“ (d.p. 2, 19.7.2023.). Ovakvim stavovima, koji proizlaze iz vlastitog, ali i kolektivnog neznanja o dijagnozi shizofrenije, društvo dodatno apelira, ne samo na društvenu izolaciju, već i na fizičko odbacivanje osoba sa psihičkim poremećajima.

Toliko su čvrsto i duboko usađeni elementi stigmatizacije psihičkih bolesti da ih često više ni ne zapažamo. Zašto imamo predodređeno mnijenje o određenoj bolesti psihičkog porijekla i kako ono utječe na naš odnos prema osobama koje boluju od takvih bolesti samo su početna pitanja koja bi, na globalnoj razini, trebala pokrenuti osvještavanje ljudi. Jedan od boljih pokazatelja koliko smo kao društvo otupjeli na nepravedan tretman psihički oboljelih osoba rijetko je zamijećena i (u većini slučajeva) nenamjerno nepromišljena vokabularna upotreba degradirajućih riječi. Bilo da se radi o komunikaciji formalnog ili ležernog tipa, stigmatizacija se psihičkih bolesti odražava u našem jeziku, rječniku, humoru i stereotipima koji su obično obojani negativnim atribucijama (Halgin i Krauss Whitbourne, 1994:7). „Razbacivanjem tim nekim riječima“ (d.p. 3, 11.8.2023.) kao što su „joj, to je luđak“ (ibid.) kada se govori o osobi sa psihičkim problemima, dodatno se produbljuje stigmatizacija. A činjenica je da kolokvijalizmi koji se odnose na emocionalne bolesti obiluju našim jezikom (Halgin i Krauss Whitbourne, 1994:7). Nonšalantne izjave kao što su „lud“, „luđak“, „psiho“, „manijak“ i sl. poprilično su česte, a naročito su štetne kada se koriste kao opis ljudi koji imaju dijagnozu psihijatrijske vrste (ibid.). Isto je tako ponižavajuće, uvredljivo i diskriminirajuće riječima svesti osobu s dijagnozom psihičke bolesti na njenu bolest. Svaka psihijatrijska dijagnoza sa sobom nosi određenu težinu, a naročito shizofrenija, koja samim svojim nazivom u ljudima izaziva nelagodu, na što ukazuju svo troje kazivača. „Definitivno je ta riječ, kad kažete „shizofrenija“, ona ne zvuči lijepo. Ne zvuči lijepo, to je činjenica“ (14.7.2023.) naglašava prvi kazivač, potvrđujući negativan stav društva koji se veže uz samu riječ „shizofrenija“. Kod shizofrenije postoji „moment koji je u stigmi izrazito izražen“ (d.p. 2, 19.7.2023.), a odnosi se na opis osobe oboljele od shizofrenije kao „shizofreničar“ (ibid.), koji pojedinca lišava svega što čini ljudsko biće. Na mjesto nekadašnjeg ljudskog bića dolazi nositelj opasne dijagnoze i u skladu s time se tako prema njemu i ophodi. Zbog toga je od izrazite važnosti, među ostalim, raditi na kolektivnom osvještavanju rječnika kojim se nerijetko nesmotreno koristimo. Na kraju krajeva,

„Samo promjena rečenice iz „Marko je shizofreničar.“ u „Marko je osoba sa shizofrenijom.“ mijenja ekstremno puno tom Marku jer on sada prestaje biti dijagnoza, kućica, kategorija i postaje osoba sa svime što ta osoba je, a ne samo medicinska kategorija.“ (d.p. 2, 19.7.2023.).

Prema tome, od iznimne je važnosti pravilna edukacija društva o psihičkim poremećajima kako bi „ta priča zakotrljana od strane psihijatarata o destigmatizaciji“ (d.p. 3, 11.8.2023.) uistinu došla do izražaja, čime bi se postigao željeni učinak „da se ti ljudi onda još dodatno ne izoliraju“ (ibid.). Upravo se poticanjem na empatiju i solidarnost, kao i podučavanjem ispravnih informacija, mogu i moraju razbiti zablude o psihičkim bolestima. Iako je stigmatizacija duševnih bolesti i dalje vrlo raširena, pomak je vidljiv, što dokazuje iskustvo trećeg kazivača:

„Mogu reći da nekakvo mi je iskustvo da je ta stigma psihičke bolesti manja nego što je bila. I mislim da tim neki trendovima gdje se puno više o tome danas govori, što nije samo vezano uz psihijatrijske ustanove... da je to mentalno zdravlje praktički postalo hit u svijetu, da malo tako metaforički kažem. Ali i iz neke popularne self help literature, ima nekih jako kvalitetnih autora koji su zaista cijeli svoj životni vijek proveli kao psihijatri i sad svoje znanje inkorporiraju u neku knjigu. (...) Puno je češće da su ljudi dobili podršku i da su dobili vjetar u leđa i da kažu: „Drago mi je da si konačno potražio ili potražila pomoć, vidio sam ili vidjela sam da se mučiš, a ja jednostavno nisam dovoljno stručan da ti pomognem, i evo, drago mi je da ideš nekom tko bi ti eventualno mogao nešto više reći o tome.“ (d.p. 3, 11.8.2023.).

No nažalost, nemaju svi oboljeli od psihičkih bolesti podršku obitelji, prijatelja i/ili općenito svoje okoline, što posebice dolazi do izražaja u slučaju shizofrenije, gdje se oboljelima od shizofrenije često smanjuju „mogućnosti za normalan život, rad, liječenje, rehabilitaciju i povratak u društvenu zajednicu, a oni sami se osjećaju neshvaćenima, usamljenima“ (Sulejmanpašić i Tunović, 2015:70). Unatoč određenim poboljšanjima u društvenom shvaćanju bolesti shizofrenije, činjenica da je „stigma sigurno postoji“ (d.p. 1, 14.7.2023.), te da dokle god postoji stigmatizacija, događat će se i diskriminacija koja se vodi kao teška povreda osnovnih ljudskih prava (Sulejmanpašić-Arslagić i Tunović, 2015:69). Uz narušavanje prava na ravnopravnost, liječenje i poštovanje oboljelih osoba, stigmatizacija utječe na uspješan ishod liječenja što vodi prema produbljanju patnji oboljelih osoba

(Penava et al. 2022:48; Sulejmanpašić-Arslangić i Tunović, 2015:69). U krajnjoj liniji, stigmatizacijom se uzrokuju ne samo socijalne i psihološke, već i ekonomske posljedice za stigmatizirane osobe, što može biti pogubno za oboljele (Penava et al. 2022:48; Sulejmanpašić-Arslangić i Tunović, 2015:69). Iz navedenih se razloga protiv stigme i dalje treba žestoko boriti jer „nitko nije kriv što je dobio neku bolest i ne treba tu osobu i dalje još kažnjavati sa stigmom, kao da joj njezine muke i patnje nisu dosta“ (d.p. 1, 14.7.2023.).

3) Autostigmatizacija

Činjenično je stanje da stigmatizacija ima znatno štetan, kontraproduktivan, pa čak i moguć fatalan učinak na ljude sa psihičkim bolestima (Horvat i Štrkalj-Ivezić, 2015:121). Procesom se „negativnog obilježavanja, marginaliziranja i diskriminiranja psihički bolesnih osoba izravno i nepovoljno utječe na njihov osjećaj subjektivne dobrobiti, ostvarenje radnih i osobnih ciljeva“ te se, posljedično, smanjuju mogućnosti psihički oboljelih osoba u ostvarenju nezavisnog života (Horvat i Štrkalj-Ivezić, 2015:121). Prema tome, „nije samo koncept stigme problematičan“ (d.p. 2, 19.7.2023.), već i „dodatan moment stigme“ (ibid.) koji se odnosi na proces internalizacije stigme kod (novo)oboljelih osoba, čime se neizbježno potiče samopercepcija oboljele osobe kao objekta stigme (Horvat i Štrkalj-Ivezić, 2015:121). Dakle, „u psihijatriji je problematičniji koncept autostigme“ (d.p. 2, 19.7.2023.) kojim se socijalno uvriježeni stavovi o psihičkim bolestima, koji za većinski dio psihički zdrave populacije nisu od osobite i osobne važnosti, počinju prihvaćati kao relevantni (Horvat i Štrkalj-Ivezić, 2015:122). Drugim riječima, negativna društvena uvjerenja o psihički bolesnim osobama, posebice o oboljelima od shizofrenije, kao opasnim, nekompetentnim i, na kraju krajeva, manje vrijednim od ostatka zajednice, velik udio oboljelih primjenjuje na sebe (Horvat i Štrkalj-Ivezić, 2015:121-122). Autostigmom „osoba sama preuzme i introjicira te vrijednosti“ (d.p. 2, 19.7.2023.), što nerijetko može utjecati na „još nepovoljnije ishode“ (ibid.) liječenja osoba s duševnim bolestima. Naime, „ako osoba sama vjeruje da doista ne vrijedi, kao što tu poruku šalje društvo, blokira se mogućnost oporavka“ (d.p. 2, 19.7.2023.). Unutarnji osjećaj stigme, „koji proizlazi iz prihvaćanja negativnih stereotipa i stigmatizirajućih stavova prema sebi“ naročito je izražen „kod ljudi koji su često puta rehospitalizirani, kod ljudi koji su često puta ulazili u recidive, akutizacije tih psihotičnih stanja“ (d.p. 2, 19.7.2023.; Vidović et al. 2016:23). Ovaj je vid autostigmatizacije poseban problematičan zato što

„ključno destigmatizacijsko djelovanje kod osoba koje imaju shizofreniju se mora događati u početku njihova liječenja i u onim mladim

danima, obično je to 16., 17., 18., 19., 20., 22., negdje u to vrijeme. Ako se dogodi dobra intervencija na temu destigmatizacije, ali i autostigme, onda ti ljudi imaju veću šansu za oporavak. I, naravno, veće šanse za oporavak imaju ljudi koji imaju podršku socijalne okoline.“ (d.p. 2, 19.7.2023.).

Uz svijest o postojanju stereotipova, s kojima dolazi do diskriminacije psihički bolesnih osoba, proces autostigmatizacije uključuje pet komponenti; otuđenje, odobravanje stereotipova, iskustvo diskriminacije, društveno povlačenje i otpor stigmi (Štrkalj-Ivezić i Horvat, 2015:121; Vidović et al. 2016:23). Potonja je postavka od izuzetne važnosti iz razloga što ne postoji nepobitna činjenica da su duševno oboljele osobe, a poglavito one koje boluju od shizofrenije, nužno opasne i nesposobne za samostalan život (Horvat i Štrkalj-Ivezić, 2015:122). Potrebno je raditi na razbijanju mitova negativnih konotacija o duševnim bolestima, ne samo u cilju usvajanja točnih informacija o psihičkim bolestima, već i zbog svih nepovoljnih i popratnih posljedica od kojih je internalizacija neosnovanih tvrdnji o psihičkim bolestima izuzetno opasna.

Što poduzeti?

S obzirom na to da stigmatizaciji duševnih bolesti u najvećoj mjeri doprinosi upravo nedostatak znanja, a shodno tome i pravilnog razumijevanja psihičkih bolesti, prva i osnovna mjera u borbi protiv stigmatizacije jest edukacija (Penava et al. 2022:46). S ciljem „da se ruše predrasude“ (d.p. 2, 19.7.2023.), provedbom raznih antistigma programa potrebno je doprijeti do što više ljudi s kojima „treba komunicirati“ (d.p. 1, 14.7.2023.) o negativnim percepcijama duševnih bolesti, koje naposljetku dovode do zaziranja od duševnih bolesnika. Prvenstveno se putem edukacije, ne samo šire javnosti, već i samih bolesnika, njihovih obitelji, kao i zajednica čije riječi nose težinu, poput novinara i medicinskih stručnjaka, otvara put destigmatizacijskog djelovanja, koji vodi prema drugim antistigmatizacijskim mehanizmima, kao što su otvoreni razgovori i rasprave te „kontakt s osobom koja ima psihičku bolest“ (d.p. 2, 19.7.2023.), čiji se smisao sastoji u razbijanju ukorijenjenih strahova spram oboljelih (Penava et al. 2022:46-49; Sulejmanpašić-Arslagić i Tunović, 2015:69). Dakle, od osobite je važnosti „raditi na prosvjetljivanju javnosti“ (d.p. 3, 11.8.2023.), ukazati na činjenicu da s određenom dijagnozom, kao što je to shizofrenija, ne dolazi nužno „bolest zbog koje osoba nema kontrolu nad sobom“, te će zbog toga „nešto opasno napraviti“ (ibid.). Kako bi se postigao cilj čitavog destigmatizacijskog pokreta, koji se u konačnici svodi na bolje razumijevanje psihičkih bolesti i olakšavanja oboljelima da se vrate u društvo, „da ne budu još

više odvojeni od opće populacije“ (d.p. 3, 11.8.2023.), kolektivna društvena svijest naprosto mora poprimiti pozitivan smisao (Penava et al 2022:46-54). Naime, prečesto podcijenjenju činjenicu da oboljeli „imaju sva ljudska prava koja se često zanemaruju“ (d.p. 3, 11.8.2023.) potrebno je neprestano naglašavati (Penava et al. 2022:49). Tu bi odgovornost o pravilnom izvještavanju o složenim pitanjima duševnog zdravlja trebali na sebe preuzeti ne samo profesionalci, odnosno stručnjaci medicinskih pozadina, već i mediji, putem kojih šire mase prikupljaju (dez)informacije (Penava et al 2022:49-54). Uz opisanu podršku, a ne odbijanje društva, vjerojatnost da će se oboljeli prije javiti na liječenje znatno se povećava (Penava et al. 2022:54). Kako bi se dodatno smanjile patnje koje oboljeli proživljavaju, prijeko je potrebno probleme mentalnog zdravlja učvrstiti u nacionalno zakonodavstvo s „ciljem zaštite prava mentalno oboljelih osoba“ (Penava et al. 2022:49; Sulejmanpašić-Arslagić i Tunović, 2015:69).

„Destigmatizacija je proces“ (d.p. 3, 11.8.2023.), kojem treba vremena i koji tek dobiva na svojoj snazi. Cilj je zadan, ka njemu se stremi polako, ali sigurno. Uz krilaticu „čovjek je više od dijagnoze“ (d.p. 2, 19.7.2023.), svo se troje kazivača poziva na prosvjetljavanje javnosti, kojim će se u konačnici suzbiti stigmatizacija kako shizofrenije, tako i svih duševnih poremećaja.

Zaključak

O najboljem načinu definiranja, dijagnostike i klasifikacije mentalnih bolesti u psihijatriji ne postoji jedinstveno stajalište. Uz teško mjerljive parametre u veoma kompleksnom polju mentalnog zdravlja, faktori poput raznolikosti simptoma i individualnih iskustava oboljelih od psihičkih bolesti doprinose zahtjevnosti psihijatrijske struke. Iako se rudimentarnom definicijom psihičkih bolesti kao poremećaja funkcije mozga, koji se najčešće manifestira putem iskrivljene percepcije stvarnosti, što se posljedično odražava na samo ponašanje oboljele osobe, pojašnjava bit duševnih bolesti, ova neutralna formulacija krije slojevitost svake bolesti psihičkog oblika. Mentalne bolesti, koje su detaljno opisane i sistematizirane u priručnicima kao što su *Međunarodna klasifikacija bolesti* (MKB-10) i *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne bolesti* (DSM-V) Američke psihijatrijske udruge, u stvarnosti su znatno kompleksnije. Upravo se zbog ovih razloga u psihijatriji naglašava potreba za razumijevanjem konteksta svakog pojedinog slučaja duševnog oboljenja. Naime, uz vlastito suočavanje sa simptomima postavljene dijagnoze, oboljela se osoba susreće s dodatnim izazovom; osuđivanjem društva, koje kolektivno stvara duboko ukorijenjenu stigmatizaciju

duševnih bolesti. Negativne konotacije i predrasude koje proizlaze iz nerazumijevanja psihičkog poremećaja posebice su prisutne kod shizofrenije. Kako bi se ova nepravda ispravila, potrebno je raditi na kudikamo boljem razumijevanju poremećaja shizofreničkog oblika.

Iz tog je razloga cilj ovog rada usmjeren prema boljem poimanju shizofrenije. Temeljeći se na relevantnoj literaturi i izvorima, te na podacima o kliničkim iskustvima i osobnim uvjerenjima, provedbom polustrukturiranih intervju s troje anonimnih kazivača psihijatrijske pozadine, ovaj rad pruža uvid u samu bolest shizofrenije. Klinička slika ove bolesti, čiji se začeci obično naziru u mlađoj životnoj dobi oboljele osobe, u principu obuhvaća promjene ponašanja, osjećanja, mišljenja i percepcije zbilje. Shizofrenija primarno utječe na sposobnost oboljelog da razlučuje stvarno od nestvarnog, što može dovesti do psihotičnih epizoda, sa čime se ova bolest kolokvijalno povezuje. Međutim, kao što je više puta naglašavano kako u korištenim izvorima, tako i od strane svih kazivača, manifestacija ove bolesti razlikuje se od osobe do osobe. Prema tome, dijagnostički kriteriji naprosto ne mogu biti fiksni, iako je neosporno da određeni pokazatelji shizofreničkog poremećaja postoje.

Shizofrenija pogađa sposobnost upravljanja osjećajima individue, što konzekventno utječe na sposobnosti donošenja odluka i komunikacije s okolinom. Iako se, na individualnoj razini, manifestira putem različitih simptoma, čiju pojavu i uzrok zbog brojnih i različitih čimbenika nije moguće sa sigurnošću utvrditi, simptomatologija se shizofrenije uglavnom dijeli prema pozitivnim i negativnim simptomima. U skupini pozitivnih simptoma ponajprije nalazimo deluzije/sumanute ideje, koje se odnose na čvrsto vjerovanje oboljele osobe u stvari u koje pripadnici iste zajednice ne vjeruju. Uz uvjerenje u nešto što nema uporišnu točku u realitetu, u kategoriji pozitivne simptomatologije nalaze se i halucinacije, odnosno obmane osjetila te dezorganizirani govor i/ili ponašanje. Prema tome, pozitivni simptomi odražavaju višak iskrivljenja u normalnom repertoaru ponašanja individue. Suprotno tome, negativni simptomi označavaju odsutnost ili nedostatak ponašanja koje je uobičajeno u normalnim okolnostima. Socijalno i emocionalno povlačenje, bezvoljnost, pasivnost te afektivna tupost, negativni su simptomi koji nisu dio svakodnevnih oscilacija, već su stanja duljeg trajanja koja zahtijevaju intervenciju stručne osobe. Uz pravovremenu reakciju, koja se sastoji od farmakoterapije, psihoterapije te uvida u bolest, koji se odnosi na pacijentovo razumijevanje prirode njegovih psihičkih problema, shizofrenija jest bolest koju je moguće uspješno tretirati.

Uz opis bolesti, njene klasifikacije, izazova pri dijagnosticiranju i potencijalnih metoda liječenja, naglasak rada jest i na pratećem problemu s kojim se oboljeli od shizofrenije svakodnevno susreću; stigmatizacijom. Neopravdanim se i neutemeljenim uvjerenjima, prvenstveno o nemogućnosti liječenja i opasnosti osoba koje boluju od shizofrenije, produbljuje stigmatizacija kojom društvo duševno bolesne osobe, etiketirane kao nasilne, lijene, nepredvidive, nesposobne i slično, nastoji odbaciti. Uz brojne opasne posljedice stigmatizacije, od kojih na uspješnost liječenja, pa čak i samog traženja stručne pomoći utječe autostigmatizacija, tj. internalizacija negativnih stavova prema sebi, posebno su štetne one koje se tiču povrede ljudskih prava i diskriminacije oboljelih osoba.

Imajući na umu da stigmatizacija mentalnih poremećaja podjednako proizlazi iz individualnog i kolektivnog neznanja i nerazumijevanja simptomatologije bolesti oboljelih, prva i temeljna strategija u suprotstavljanju stigmatizaciji jest edukacija javnosti. Prestankom širenja lažnog narativa, na kojeg se često oslanjaju mediji preko kojih javnost upija važne informacije, odnosno, u ovome slučaju dezinformacije, te uz podršku psihijatrijske struke, proces antistigmatizacije zaista može uspjeti. Procesom uklanjanja stigme psihičkih bolesti, kao društvo imamo izvanrednu moć da oboljelima pružimo šansu za uspješno liječenje ove ozbiljne, kronične bolesti, bez dodatnog negativnog utjecaja društva na njihovo psihičko zdravlje. Na kraju krajeva, čovjek nije svoja dijagnoza! Zato ovaj rad, uz podršku stručnog mišljenja svih kazivača, apelira na prijeku potrebitost destigmatizacije kako shizofrenije, tako i ostalih psihičkih bolesti.

Popis izvora

ADAM, David. 2013. „Mental health: On the spectrum“. *Nature* 496: 416-418. <https://doi.org/10.1038/496416a> (pristup 10. 11. 2023.)

BRINKMANN, Svend. 2020. „Unstructured and Semistructured Interviewing“. U *The Oxford Handbook of Qualitative Research*, ur. Patricia Leavy. New York: Oxford University Press, 424.

HALGIN, Richard P. i Susan KRAUSS WHITBOURNE. 1994. *Abnormal Psychology: The Human Experience of Psychological Disorders*. Madison: Brown and Benchmark.

HOOLEY, Jill M., James N. BUTCHER, Matthew K. NOCK i Susan M. Mineka. 2016. *Abnormal Psychology*. Boston: Pearson.

HORVAT, Karolina i Slađana ŠTRKALJ-IVEZIĆ. 2015. „Povezanost osobe stigme i socijalne samoeфикаsnosti osoba s dijagnozom shizofrenije“. *Socijalna psihijatrija* 43, br. 3: 0-128. <https://hrcak.srce.hr/156956> (pristup 29.10.2023.)

HOTUJAC, Ljubomir i suradnici. 2006. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.

MILAS, Goran. 2005. *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

MIMICA, Ninoslav, Suzana UZUN, Oliver KOZUMPLIK i Vera FOLNEGOVIĆ-ŠMALC. 2006. „Klasifikacija shizofrenije“. *Medix – specijalizirani medicinski dvotjednik*, br. 62/63: 70-73.

PAVELIĆ TREMAC, Ana, Dražen KOVAČEVIĆ, Joško SINDIK i Narcisa MANOJLOVIĆ. 2020. "Stigmatizacija psihičkih bolesnika – znanje i stavovi zdravstvenih i nezdravstvenih radnika." *Socijalna psihijatrija* 48, br. 3: 301-323. <https://doi.org/10.24869/spsih.2020.301> (pristup 23.11.2023.)

PENAVA, Ivana, Katarina BARAĆ, Anita BEGIĆ i Dragan BABIĆ. 2022. „Stigmatizacija psihički oboljelih osoba“. *Zdravstveni glasnik* 8, br. 2: 46-58. <https://doi.org/10.47960/2303-8616.2022.16.46> (pristup 29.10.2023.)

SCHMIDT, Christiane. 2004. „The Analysis of Semi-structured Interviews“. U *A Companion to Qualitative Research*, ur. Uwe Flick, Ernst von Kardorff i Ines Steinke. London: SAGE Publications Ltd, 253-259.

SULEJMANPAŠIĆ-ARSLANGIĆ, Gorana i Nizama TUNOVIĆ. 2015. „Shizofrenija, stigma, seksualnost“. *Zdravstveni glasnik* 1, br. 2: 68-72. <https://doi.org/10.47960/2303-8616.2015.2.68> (pristup 29. 10. 2023.)

ŠTRKALJ-IVEZIĆ, Slađana i Karolina HORVAT. 2017. „Nedostatak uvida kod oboljelih od shizofrenije: definicija, etiološki koncepti i terapijske implikacije“. *Liječnički vjesnik* 139, br. 7/8: 234-239. <https://hrcak.srce.hr/189793> (pristup 29.10.2023.)

ŠTRKALJ-IVEZIĆ, Slađana. 2011. *Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj: psihoedukacija između informacije i psihoterapije*. Zagreb: Medicinska naklada.

VIDOVIĆ, Domagoj, Petrana BREČIĆ, Maja VILIBIĆ i Vlado JUKIĆ. (2016.) "Uvid i samostigma kod oboljelih od shizofrenije." *Acta clinica Croatica* 55., br. 1: 28-28. <https://doi.org/10.20471/acc.2016.55.01.4> (pristup 29.10.2023.)

stigma. Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021. Pristupljeno 29. 10. 2023. <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=58088>

Sažetak/Summary

Psihijatrijski osvrt na život osoba oboljelih od shizofrenije

Temeljeći se na relevantnoj literaturi, istraživanjima te podacima o kliničkim iskustvima i osobnim uvjerenjima prikupljenima polustrukturiranim intervjuima trojice anonimnih kazivača psihijatrijske struke, ovaj diplomski rad istražuje dva vida problema s kojima se pojedinci oboljeli od shizofrenije svakodnevno suočavaju. Uz samu bolest kao primarni izazov, osobe oboljele od shizofrenije često se suočavaju s popratnim problemom stigmatizacije. Neshvaćena je simptomatologija ovog ozbiljnog, kroničnog psihičkog poremećaja rezultirala neosnovanim uvjerenjima negativnih konotacija o nemogućnosti liječenja i opasnosti oboljelih osoba. Cilj je ovog diplomskog rada ukazati i pobliže opisati navedene probleme kroz prizmu iskustava liječnika psihijatrijske specijalizacije te istaknuti nužnost procesa destigmatizacije, kojim će se pospješiti mogućnost liječenja oboljelih osoba bez dodatnog negativnog utjecaja okoline na njihovo psihičko zdravlje.

Ključne riječi: shizofrenija, stigmatizacija, psihijatar

Psychiatric Reflection on the Lives of Individuals Afflicted with Schizophrenia

Based on relevant literature, research, and data on clinical experiences and personal beliefs collected through semi-structured interviews of three anonymous informants from the psychiatric profession, this thesis explores two types of problems that individuals with schizophrenia face on a daily basis. Alongside the illness itself as the primary challenge, people with schizophrenia often encounter the accompanying problem of stigmatization. The misunderstood symptomatology of this serious, chronic mental disorder has resulted in unfounded beliefs with negative connotations about the impossibility of treatment and the danger posed by affected individuals. The aim of this thesis is to highlight and further describe these issues through the lens of experiences from psychiatric specialists and to emphasize the necessity of the destigmatization process enhancing the potential for treating affected individuals without additional negative impact from the environment on their mental health.

Key Words: Schizophrenia, Stigmatization, Psychiatrist