



UNIVERZITET U SARAJEVU
FAKULTET POLITIČKIH NAUKA
ODSJEK SOCIJALNI RAD

**ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA U RADU S OSOBAMA S
HRONIČNIM DUŠEVNIM SMETNJAMA**

-magistarski rad-

Kandidat:

Elmana Međuseljac

Broj indeksa: 754/II-SW

Mentor:

Doc.dr. Nedreta Šerić

Sarajevo, januar 2021. godine

2021

Elmana Međuseljac

Uloga socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama



UNIVERZITET U SARAJEVU
FAKULTET POLITIČKIH NAUKA
ODSJEK SOCIJALNI RAD

**ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA U RADU S OSOBAMA S
HRONIČNIM DUŠEVNIM SMETNJAMA**

-magistarski rad-

Kandidat:

Elmana Međuseljac

Broj indeksa: 754/II-SW

Mentor:

Doc.dr. Nedreta Šerić

Sarajevo, januar 2021. godine

SADRŽAJ

UVOD.....	1
I. TEORIJSKO-METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA.....	3
1. Problem istraživanja	3
2. Predmet istraživanja.....	3
2.1. Kategorijalni pojmovi i definicije	4
2.1.1. <i>Socijalni rad</i>	4
2.1.2. <i>Socijalni rad u zdravstvu</i>	5
2.1.3. <i>Uloga socijalnog radnika</i>	6
2.1.4. <i>Mentalno zdravlje</i>	7
2.1.5. <i>Osoba s duševnim smetnjama</i>	8
2.1.6. <i>Osoba s težim duševnim smetnjama</i>	8
3. Ciljevi istraživanja	8
3.1. Naučni ciljevi	8
3.2. Društveni ciljevi	9
4. Sistem hipoteza.....	10
4.1. Generalna hipoteza.....	10
4.2. Posebne hipoteze	10
5. Način istraživanja	11
5.1. Vrsta i tip istraživanja.....	11
5.2. Metode istraživanja	11
5.2.1. <i>Osnovne naučne metode</i>	11
5.2.2. <i>Opštenaučne metode</i>	11
5.2.3. <i>Metode prikupljanja podatka</i>	12
5.2.4. <i>Uzorak ispitanika</i>	12

6. Vremensko, prostorno i disciplinarno određenje predmeta istraživanja.....	13
II. MENTALNO ZDRAVLJE I KLASIFIKACIJA MENTALNIH POREMEĆAJA	14
1. Određenje mentalnog zdravlja.....	14
2. Određenje mentalnog poremećaja	17
3. Klasifikacija mentalnih poremećaja	19
3.1. Međunarodna klasifikacija bolesti i uzroka smrti (MKB)	23
3.2. Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM)	26
3.3 Višeosovinska podjela DSM-IV klasifikacije	28
III. HRONIČNE DUŠEVNE SMETNJE	30
1. Određenje hroničnih duševnih smetnji	30
1.1. Klinička slika shizofrenije	32
2. Uzroci nastanka hroničnih duševnih smetnji	35
2.1. Biološki faktori	36
2.2. Socijalni i kulturni faktori.....	39
2.3. Faktori individualnog životnog iskustva	40
3. Posljedice hroničnih duševnih smetnji	41
4. Specifičnosti rada socijalnog radnika s osobama s hroničnim duševnim smetnjama	44
5. Načini podrške osobama s hroničnim duševnim smetnjama i članovima porodice	47
5.1. Psihoedukacija	48
5.2. Porodična terapija.....	49
5.3. Psihosocijalna i profesionalna rehabilitacija	50
5.4. Socioterapija	51
5.5. Trening socijalnih vještina.....	53
5.6. Okupaciono - radna terapija.....	54
5.7. Muzikoterapija i rekreativna terapija	55

5.8. Savjetovanje	55
6. Koordinirana briga - case management	56
6.1. Oblici koordinirane brige.....	57
6.2. Vrijednosti i načela koordinirane brige	59
6.3. Procjene, skale i upitnici u koordiniranoj brizi	60
6.4. Prikaz slučaja iz koordinirane brige	64
IV. SOCIJALNI RAD U MENTALNOM ZDRAVLJU	69
1. Historijski razvoj socijalnog rada u mentalnom zdravlju	69
2. Socijalni rad u bolničkim i vanbolničkim ustanovama	71
3. Reforma mentalnog zdravlja i principi djelovanja centra za mentalno zdravlje	75
4. Uloga i zadaci socijalnog radnika u centru za mentalno zdravlje	79
5. Uloga i zadaci socijalnog radnika na odjelu psihijatrije	83
V. REZULTATI ISTRAŽIVANJA	87
1. Rezultati anketnog upitnika provedenog među korisnicima usluga centra za mentalno zdravlje.....	87
2. Rezultati intervjuja sa socijalnim radnikom.....	105
3. Rezultati intervjuja sa psihologom	108
ZAKLJUČNA RAZMATRANJA I PREPORUKE.....	112
LITERATURA.....	117
POPIS TABELA	124
PRILOZI	125

UVOD

Značaj socijalnog rada u sistemu zdravstvene zaštite se prepoznaće u definiciji zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije u kojoj se zdravljje definiše kao “*stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti*”.¹ Navedena definicija po prvi put uključuje socijalno blagostanje kao jedan od osnovnih elemenata nastanka bolesti, njenog toka i ozdravljenja. Socijalno blagostanje podrazumijeva najveći mogući stepen i kvalitet dobrog osjećanja i ravnoteže, svakog pojedinca, u odnosima sa sobom kao i u komunikaciji sa socijalnom sredinom (Kaličanin, 2002).

Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje da skoro 500 miliona ljudi širom svijeta ima poteškoće mentalnog zdravlja. Svakodnevno raste broj osoba koje traže psihijatrijsku pomoć ili drugu vrstu stručnog savjetovanja. Većina duševnih smetnji nastaje kombinacijom bioloških, psiholoških i socijalnih faktora. Traumatska iskustva i stresni životni događaji mogu doprinijeti nastanku ili razvoju psihičkih poremećaja. Duševne smetnje podjednako pogađaju i muškarce i žene.

Socijalni rad u zdravstvu se počinje razvijati početkom 20. stoljeća u SAD-u. Začetnikom se smatra liječnik Richard S. Cabot koji je 1893. godine zaposlio prvog socijalnog radnika. On je smatrao da pored organske patologije treba proučavati i životne uslove pacijenata. Potreba za uključivanjem socijalnog radnika u području mentalnog zdravlja je prvi put javno izražena u Engleskoj, gdje se zvanje psihijatrijskog socijalnog radnika vezuje za rad prve terapijske zajednice (Miković, 2007).

Doprinos socijalnog radnika je značajan jer predstavlja važnu kariku u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Socijalne intervencije koje provodi socijalni radnik se sastoje od pomoći u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba, a očekivani socijalni ishodi su promjena na ličnom, društvenom i porodičnom nivou, jačanje socijalne mreže i resocijalizacija. Socijalni radnik pomaže osobama s hroničnim duševnim smetnjama da prepoznaju svoje probleme, razmotre moguća rješenja i da vlastitim snagama i resursima uspiju prevladati poteškoće.

¹ www.who.int

Ovom temom i radom želim ukazati na značaj i neophodnost aktivnosti socijalnog radnika u pomoći pri prevazilaženju mnogobrojnih poteškoća s kojima se susreću osobe s hroničnim duševnim smetnjama, a koje su manje vidljive i prepoznatljive u svojim lokalnim zajednicama, i društvu općenito.

Takođe želim ukazati na to kako socijalni radnik kao profesionalac može uticati na razvoj i tok bolesti, kao i na značaj aktivnosti socijalnog radnika u rehabilitaciji i resocijalizaciji osoba s hroničnim duševnim smetnjama. Veoma bitan je angažman socijalnog radnika u destigmatizaciji osoba s hroničnim duševnim smetnjama, njihovom prilagođavanju socijalnoj sredini i prihvatanju od strane članova društvene zajednice.

I. TEORIJSKO-METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA

1. Problem istraživanja

Problem istraživanja su poteškoće i problemi s kojima se osobe s hroničnim duševnim smetnjama svakodnevno susreću. Osobe s hroničnim duševnim smetnjama su malo prepoznatljive članovima društva u kojem žive i rijetko su informisane o mogućnostima ostvarivanja svojih prava. Nerijetko imaju osiromašenu mrežu socijalnih kontakata, nedostatak ekonomskih resursa, teško dostupan kulturni i društveni život, i najčešće su socijalno isključene. Osobe s hroničnim duševnim smetnjama su stigmatizirane i često obespravljene zbog čega su ugrožena njihova ljudska prava i zadovoljenje osnovnih životnih potreba. Zbog nedostatka razumijevanja i znanja o prisutnim duševnim smetnjama, mnogo puta izostaje podrška osobama s hroničnim duševnim smetnjama i njihovim porodicama da adekvatnije pruže podršku svom članu. Često se nalaze u stanju socijalne potrebe i neophodna je intervencija socijalnog radnika.

2. Predmet istraživanja

Predmet istraživanja je ustanoviti s kojim se problemima i teškoćama susreću osobe s hroničnim duševnim smetnjama, a koje im otežavaju ili onemogućavaju oporavak.

Predmet istraživanja obuhvata ulogu socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama, koja podrazumijeva pružanje pomoći u savladavanju svakodnevnih poteškoća i prepreka, kao i važnost uloge socijalnog radnika u ostvarivanju kvalitetnog tretmana i oporavka osoba s hroničnim duševnim smetnjama.

Predmetom istraživanja je i uključenost socijalnih radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama u praksi, odnosno kolika je njihova zastupljenost u ustanovama zdravstvene i socijalne zaštite.

Predmet istraživanja je utvrditi koliko je korisnicima važna uključenost socijalnog radnika u liječenju i poboljšanju njihovog zdravstvenog stanja.

Organizacijski uslovi u kojima rade socijalni radnici su nepovoljni jer je nedovoljan broj socijalnih radnika i u praksi nije prepoznata potreba za većim brojem socijalnih radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Smanjeni su kapaciteti djelovanja socijalnih radnika u zdravstvenim ustanovama, evidentan je nedostatak materijalnih resursa za pružanje pomoći korisnicima, obimni administrativni poslovi, nejasne profesionalne uloge i nedostatak saradnje s drugim institucijama.

Socijalni radnici imaju za cilj da osiguraju potrebnu pomoć osobama s hroničnim duševnim smetnjama, poduzimaju intervencije u sređivanju njihovih ličnih, socijalnih i materijalnih prilika. S druge strane, osobe s hroničnim duševnim smetnjama su motivirane i imaju za cilj brži i učinkovitiji oporavak, održavanje stanja stabilne psihosocijalne remisije i socijalnu integraciju. Prioritetne aktivnosti socijalnog radnika podrazumijevaju osnaživanje, osposobljavanje za socijalno funkcionisanje, saradnju s članovima porodice i institucijama bitnim za ostvarivanje prava osoba s hroničnim duševnim smetnjama.

Pozitivni efekti ovog istraživanja podrazumijevaju jačanje uloge socijalnog radnika što dovodi do rezultata u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama, a negativni efekti se odnose na posljedice koje se mogu pojaviti uslijed neuključenosti socijalnog radnika u tretman osoba s hroničnim duševnim smetnjama.

2.1. Kategorijalni pojmovi i definicije

2.1.1. Socijalni rad

Međunarodna federacija socijalnih radnika (IFSW) definiše socijalni rad kao “*praktično - zasnovanu profesiju i akademsku disciplinu koja promovira socijalnu promjenu i razvoj, socijalnu koheziju, osnaživanje i oslobođanje ljudi. Principi socijalne pravde, ljudskih prava, kolektivne odgovornosti i poštovanja različitosti su centralni za socijalni rad. Potkrijepljeni teorijama socijalnog rada, socijalnih znanosti, humanističkih i autohtonih znanja, socijalni rad uključuje ljude i strukture kako bi prevazišli izazove i poboljšali blagostanje*” (Šadić, 2014: 88). Odgovornost socijalnih radnika je da brane, obogaćuju i realiziraju vrijednosti i principe sadržane

u ovoj definiciji. Definicija socijalnog rada može imati smisla samo kada su socijalni radnici aktivno posvećeni njenim vrijednostima, principima i vizijama.²

“Socijalni rad je profesionalna djelatnost obučenih i licenciranih stručnjaka, koji posjeduju stručna znanja, metode, tehnike, vještine, etiku, institucionalni okvir i druga obilježja struke” (Milosavljević, 2009: 31). Dervišbegović (2003) definiše socijalni rad kao stručnu i znanstveno utemeljenu djelatnost na preduzimanju mjera i akcija s ciljem preventivnog djelovanja, tj. sprečavanja pojava socijalnih problema kod pojedinca, u grupi i lokalnoj zajednici, kao i rješavanje stanja socijalne potrebe pojedinca, grupe ili zajednice uz puno njihovo angažovanje kad im je pomoć potrebna.

U kontekstu mentalnog zdravlja, socijalni rad obuhvata aktivnosti sprečavanja pojave duševnih smetnji, očuvanja i unapređenja mentalnog zdravlja. Razvoj socijalne psihijatrije je doprinio značajnije ulozi socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama.

2.1.2. Socijalni rad u zdravstvu

Socijalni rad u zdravstvu se počinje razvijati početkom 20. stoljeća u SAD-u. Osnivačem socijalnog rada u zdravstvu se smatra liječnik Richard S. Cabot koji je 1893. godine zaposlio prvog socijalnog radnika. On je smatrao da pored organske patologije treba proučavati i životne uslove pacijenata i da je potrebno poznavati socijalne i ekonomske prilike bolesnika (Čekerevac, 2012). Za bolji pristup liječenju pacijenta i uspješnijem oporavku potreban je saradnik koji će liječniku prikupiti neophodne informacije za što objektivnije sagledavanje uzroka nastanka bolesti. Socijalni radnik je posrednik i podrška pacijentu u ostvarivanju prava i pomoći. Socijalna podrška ima pozitivan uticaj na fizičko i mentalno zdravlje ljudi (Šerić, Dudić, Šadić, 2018). Socijalni radnici posmatraju pacijenta u širem kontekstu, u porodičnom, radnom i socijalnom okruženju, dok ljekari stavljaju fokus na dijagnozu, terapiju i ishode liječenja pacijenta. Praksa socijalnog rada u zdravstvu se obično provodi u multidisciplinarnim timovima u kojima socijalni radnici s drugim medicinskim profesionalcima pružaju usluge s ciljem osiguravanja zdravstvene i socijalne zaštite (Buljubašić, Šerić, Babić, 2018).

² www.eassw.org

Značaj socijalnog rada u sistemu zdravstvene zaštite se prepoznaće u definiciji zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije. Prema Statutu Svjetske zdravstvene organizacije koji je prihvaćen na sjednici Organizacije Ujedinjenih nacija 1948. godine, zdravlje je stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti. Značajne promjene u liječenju osoba s duševnim smetnjama počele su 60-tih i 70-tih godina prošlog stoljeća u SAD-u, s pokušajima mijenjanja institucionalnog modela liječenja, iz bolničkog tretmana na prirodno i socijalno okruženje. Tada se pojavio i antipsihijatrijski pokret koji je štitio i branio interes duševno oboljelih osoba i zagovarao je socio-medicinski model liječenja. Za takav rad najprimjenjiviji je socijalni rad koji primjenom više metoda socijalnog rada otvara nove savremene modele u pomoći osobama s duševnim smetnjama, s ciljem poboljšanja mentalnog zdravlja i općeg blagostanja osoba s duševnim smetnjama.

2.1.3. Uloga socijalnog radnika

Socijalni radnik je stručnjak koji se bavi proučavanjem socijalnih problema čovjeka, kao što su problem stanovanja, porodične prilike, materijalni uslovi života i rada, zdravstveni status. Socijalni radnik provodi socijalnu zaštitu u praksi, a socijalni rad u teoriji. Socijalni radnici su značajni članovi psihijatrijskog tima u radu s osobama s duševnim smetnjama. Prema standardima Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH (AKAZ)³, svaki psihijatrijski tim treba imati socijalnog radnika. Implementacija socijalnog rada u zdravstvenim psihijatrijskim ustanovama vrlo često je usko vezana sa socijalnom psihijatrijom, najčešće u dijelu odnosa sociokulturnih procesa i mentalnog zdravlja. Socijalni radnici imaju obavezu pružiti stručno mišljenje korisniku i njegovoj porodici, te pokazati odgovarajuće vještine intervenišući u socijalne odnose između korisnika i porodice. Socijalni kontakt s osobama s hroničnim duševnim smetnjama bi se trebao odvijati u smjeru smanjenja negativnog stave okoline, odnosno otklanjanja stigmatizirajućih faktora (Huremović, Mahmutović, 2018).

Doprinos socijalnog radnika je značajan jer predstavlja važnu kariku u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Socijalne intervencije koje provodi socijalni radnik se sastoje od pomoći u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba, a očekivani socijalni ishodi su promjena na ličnom,

³ www.akaz.ba

društvenom i porodičnom nivou, jačanje socijalne mreže, i resocijalizacija. Socijalni radnik pomaže osobama s hroničnim duševnim smetnjama da prepoznaju svoje probleme, razmotre moguća rješenja, i da vlastitim snagama i resursima uspiju prevladati poteškoće.

Socijalni radnik može imati različite uloge poput unapređenja kvalitete života osoba, razvoja punog potencijala pojedinca, porodice, grupe i zajednica u društvu, pitanja ljudskih prava i socijalne pravde. Najčešće ima ulogu voditelja procesa planiranih promjena ili pomagača koji se suočavaju s problemima svojih korisnika. Proces planiranih promjena podrazumijeva saradnju između korisnika i socijalnog radnika koja je usmjerena na željeni cilj.⁴

2.1.4. Mentalno zdravlje

Sartorius (1983) definiše tri nivoa mentalnog zdravlja:

1. Mentalno zdravlje kao odsustvo bilo kojeg dobro definisanog mentalnog oboljenja;
2. Mentalno zdravlje koje podrazumijeva i izvjesnu rezervnu snagu individue, koja joj pomaže da savlada iznenadan stres ili izuzetne zahtijeve i izazove;
3. Mentalno zdravlje kao stanje ravnoteže između individue i njenog okruženja - stanje harmonije između sebe i drugih, koegzistenciju između realiteta selfa i realiteta drugih ljudi iz okoline.

Mentalno zdravlje se definiše kao odsustvo mentalnog poremećaja. Prema ovoj definiciji mentalno zdravi pojedinci su oni koji nemaju ispoljena ponašanja koja se definišu kao psihološki poremećaj, odnosno ne spadaju ni u jednu dijagnostičku kategoriju. Svjetska zdravstvena organizacija je definisala mentalno zdravlje kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi zajednici.⁵

Shodno navedenim definicijama mentalnog zdravlja, može se reći da mentalno zdrava osoba ima sposobnost nositi se sa stresom i zahtjevima okoline na adekvatan način pri čemu se ne narušava njeno lično, porodično i društveno funkcionisanje. Smatra se da je mentalno zdrava osoba ona koja

⁴ www.husr.hr

⁵ www.who.int

nema dijagnosticiran psihički poremećaj i koja se uspješno prilagođava promjenama uz skladne odnose s drugim osobama.

2.1.5. Osoba s duševnim smetnjama

Prema Zakonu⁶, osoba s duševnim smetnjama je duševno bolesna osoba, osoba sa duševnim poremećajem, nedovoljno duševno razvijena osoba, ovisnik o alkoholu ili drogama ili osoba sa drugim duševnim smetnjama.

2.1.6. Osoba s težim duševnim smetnjama

Osoba s težim duševnim smetnjama je osoba s takvim duševnim smetnjama koja nije u mogućnosti shvatiti značenje svog postupanja ili ne može vladati svojom voljom ili su te mogućnosti smanjene u tolikoj mjeri da je neophodna psihijatrijska pomoć.⁷

3. Ciljevi istraživanja

3.1. Naučni ciljevi

Naučni cilj ovog istraživanja je da se detaljno opiše uloga i značaj socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Istraživanje je imalo za cilj istražiti, analizirati i utvrditi ulogu socijalnog radnika, odnosno značaj usluga koje socijalni radnik pruža osobama s hroničnim duševnim smetnjama i aktivnosti koje socijalni radnik izvršava tokom rada s osobama koje imaju hronične duševne smetnje. Ispitati stavove i mišljenja ispitanika o najvažnijim ulogama socijalnih radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama, te o uticaju socijalnog radnika na oporavak osoba s hroničnim duševnim smetnjama.

Osnovni ciljevi ovog istraživanja su naučna deskripcija i naučna klasifikacija. Naučnom deskripcijom je opisano postojeće stanje i postojeći značaj socijalnog radnika u radu s osobama s

⁶ Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama FBiH član 3. , stav 1.

⁷ Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama FBiH član 3. , stav 2.

duševnim smetnjama na području grada Zenice. Za postizanje što boljeg i kvalitetnijeg angažmana socijalnog radnika, bilo je potrebno izvršiti valjanu klasifikaciju svih faktora u ovom procesu, kao i jasno odrediti njihove aktivnosti, uloge i ciljeve koje se moraju ispoštovati za ostvarivanje adekvatne uloge socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Naučnom eksplikacijom su utvrđene uzročno-posljedične veze, tj. uzroci koji dovode do posljedica u slučaju neuključenosti socijalnog radnika u tretman osoba s hroničnim duševnim smetnjama.

Takođe, cilj je bio ispitati sve relevantne činjenice o broju uključenih socijalnih radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama na području Zenice. Ovo istraživanje može pomoći naučni da lakše spozna poteškoće s kojima se socijalni radnici susreću u svom radu. Ukaživanjem na značaj socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama mogu se postići pozitivne i kvalitetnije promjena kod istih, njihovom lakšem i bržem oporavku.

3.2. Društveni ciljevi

Društveni cilj istraživanja se ogleda u mogućnosti primjene stečenih saznanja naučnih istraživanja u praksi, kako bi se osobama s hroničnim duševnim smetnjama pružile najkvalitetnije usluge kojima bi njihove potrebe bile zadovoljene. Društveni cilj ovog istraživanja je povećati znanje o ulozi socijalnog radnika u radu s duševno oboljelim osobama, posebno u dijelu što veće primjene stručnog socijalnog rada i primjene različitih intervencija iz ove oblasti, ne samo s osobama s hroničnim duševnim smetnjama i njihovim porodicama, nego i u oblasti preventivnih aktivnosti.

Društveni cilj istraživanja je usmjeren ka tome da se dobijeni rezultati istraživanja adekvatno obrade i prezentuju javnosti, i da se pokaže na koji način se može posredstvom socijalnog radnika unaprijediti život osoba s hroničnim duševnim smetnjama.

Neophodno je upoznati, informisati i educirati javnost i profesionalce o važnosti socijalnog radnika i poteškoćama s kojima se susreću u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama, kao i poteškoćama i ograničenjima kojima su te osobe svakodnevno izložene. Složenost navedenog problema naglašava potrebu za sistematičnim naučnim istraživanjem ove vrste, čime dokazuju njihovu potpunu društvenu opravdanost.

4. Sistem hipoteza

4.1. Generalna hipoteza

Hronične duševne smetnje ozbiljno narušavaju porodično i društveno funkcionisanje koje dovodi do promjene načina življenja, socijalnog statusa, i zahtijevaju prilagodbu pojedinca i njegovog okruženja, stoga je uloga socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama nužna i nezaobilazna, ali je u praksi neopravdano zanemarena.

4.2. Posebne hipoteze

1. Socijalni radnici nisu u dovoljnoj mjeri uključeni u rad s osobama s hroničnim duševnim smetnjama.
2. Osobe s hroničnim duševnim smetnjama često imaju teškoće pri integraciji u životnu sredinu praćene odbacivanjem i omalovažavanjem.
3. Socijalni radnik doprinosi kvalitetnijem tretmanu i oporavku osoba s hroničnim duševnim smetnjama.
4. Socijalni radnik poduzima socijalne intervencije koje olakšavaju funkcionisanje osoba s hroničnim duševnim smetnjama.
5. Učešće osoba s hroničnim duševnim smetnjama u grupnim aktivnostima sa socijalnim radnikom utječe na poboljšanje njihovog mentalnog zdravlja.
6. Zanemarenost uloge socijalnog radnika dovodi do neadekvatnog pružanja pomoći i podrške osobama s hroničnim duševnim smetnjama.
7. Saradnja socijalnih radnika s drugim institucijama doprinosi uspješnijem oporavku osoba s hroničnim duševnim smetnjama.
8. Savjetovanje je najčešći oblik podrške osobama s hroničnim duševnim smetnjama od strane socijalnog radnika.

5. Način istraživanja

5.1. Vrsta i tip istraživanja

Ovo istraživanje je teorijsko-empirijsko. Njegova svrha je sumiranje stavova i mišljenja ispitanika o učincima socijalnih radnika i njihovojo ulozi u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Istraživanje je takođe deskriptivno jer je u definisanju osnovnih pojmova korištena deskriptivna metoda.

5.2. Metode istraživanja

5.2.1. Osnovne naučne metode

U istraživanju je korištena metoda analize sadržaja literature koja podrazumijeva proučavanje dosadašnjih teorijskih saznanja i najnovijih empirijskih nalaza o ulozi socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Deskriptivna metoda je korištena kod prikupljanja, obrade i interpretacije podataka, kao i metoda generalizacije koja spade u sintetičke metode. Metodom generalizacije su formirani opći stavovi preko pojedinačnih stavova.

5.2.2. Opštenaučne metode

U ovom istraživanju je korištena hipotetičko-deduktivna metoda i statistička metoda. Hipotetičko-deduktivna metoda je formirana na selektivnom, provjeravanom i potvrđenom društvenom iskustvu u razna vremena, na raznim mjestima i od mnoštvo subjekata, tj.zbog iskustvenih stavova o ulozi socijalnog radnika na tretman osoba s hroničnim duševnim smetnjama. U osnovi ove metode je čulno i nečulno opažanje.

5.2.3. Metode prikupljanja podatka

Metodom analize sadržaja dokumenata su analizirani podaci iz dostupnih zakona, knjiga, istraživanja, medicinske dokumentacije, izvještaja.

Metoda ispitivanja sastoji se od postavljanja pitanja i dobijanja odgovora koji ispitanik daje svjesno i prema svojoj volji. Tehnika koja se primjenjivala u ovom istraživanju je anketa da bi se na što sistematičniji i ekonomičniji način, u što kraćem vremenskom periodu prikupili podaci o ulozi socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama, poteškoćama s kojima se susreću korisnici koji imaju hronične duševne smetnje i o mišljenju ispitanika o važnosti socijalnog radnika u tretmanu. Anketa je provedena individualno na uzorku od 30 ispitanika.

Korišten je polustrukturirani intervju pomoću kojeg se došlo do iskustvenih saznanja o važnosti uloge socijalnog radnika u tretmanu osoba s hroničnim duševnim smetnjama, broju uključenih socijalnih radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama, kao i značaja saradnje socijalnih radnika s drugim institucijama i učestvovanja u multidisciplinarnim timovima.

5.2.4. Uzorak ispitanika

Uzorak ispitanika je namjeran i obuhvata: 30 osoba s hroničnim duševnim smetnjama u Centru za mentalnu rehabilitaciju Zenica, 1 socijalnog radnika u Centru za socijalni rad Zenica i 1 psihologa u Centru za mentalnu rehabilitaciju Zenica.

Realizirani uzorak je obuhvatio 30 korisnika usluga Centra za mentalnu rehabilitaciju Zenica, 1 psihologa zaposlenog u Centru za mentalnu rehabilitaciju Zenica i 1 socijalnog radnika zaposlenog u Centru za socijalni rad Zenica (referent za socijalnu zaštitu djece i odraslih lica).

6. Vremensko, prostorno i disciplinarno određenje predmeta istraživanja

Istraživanje je vremenski određeno i obuhvatilo je vremenski period od maja do novembra 2020. godine. Prostorno određenje se odnosilo na područje grada Zenice, u okviru Centra za mentalnu rehabilitaciju Zenica i Centra za socijalni rad Zenica. Navedeno istraživanje je intradisciplinarno u okviru nauke o socijalnom radu s osloncem na saznanja iz drugih nauka i naučnih disciplina.

II. MENTALNO ZDRAVLJE I KLASIFIKACIJA MENTALNIH POREMEĆAJA

1. Određenje mentalnog zdravlja

Ne postoji univerzalna ili općeprihvaćena definicija mentalnog zdravlja, a u definisanju su prisutni različiti pristupi tako da se mentalno zdravlje pokušava odrediti pomoću različitih kriterija. Prema Vejkfildu, mentalno zdravlje se najčešće određuje kao: prosjek, odsustvo bolesti, socijalna prihvatljivost i ideal.

Kriterij "mentalno zdravlje kao prosjek" polazi od statističkog modela i pod normalnim podrazumijeva statističku normu, odnosno učestalost javljanja neke pojave (Vejkfild, 2005). Tako se normalnim smatra ono što je najčešće i najviše zastupljeno, a neprihvatljivo je sve što odstupa od normi. Ovaj kriterij ima mnoge nedostatke jer ista osoba se u jednoj sredini može smatrati normalnom a u drugoj sredini bolesnom osobom, obzirom na različite lokalne vrijednosne norme i kulturna obilježja.

Drugi kriterij "mentalno zdravlje kao odsustvo bolesti" se zasniva na medicinskom modelu i pristupu zdravlju i bolesti. Sadrži dvije isključive krajnosti, osoba je ili zdrava ili bolesna, nema sredine između toga. Ovaj kriterij je kritiziran jer svaka osoba može ispoljavati određene elemente nekog poremećaja a u isto vrijeme imati značajan potencijal zdravlja.

Kriterij "mentalno zdravlje kao socijalna prihvatljivost" polazi od nivoa prilagođenosti neke osobe u društvo i općeprihvaćene norme društva, a kriterij "mentalno zdravlje kao ideal" je optimističan i nešto čemu svaki pojedinac treba da teži (Miković, 2007).

Kisker, prema Vlajković (2003), objašnjava kako postoje dva modela mentalnog zdravlja: deskriptivni i eksplanatorni. Deskriptivni modeli mentalnog zdravlja stavlju naglasak na vanjske indikatore mentalnog zdravlja. U deskriptivne modele se ubraju: subjektivni, normativni, statistički i kulturni model. Subjektivni polazi od kriterija ličnosti i norme procjenjivača, odnosno zdravo je ono što odgovara normi procjenjivača. Normativni model je zasnovan na kriteriju šire usvojene norme mentalnog zdravlja a usvojena norma je najčešće predstavljena nekim idealom, savršenstvom koji se pronalazi kod samoostvarenih ljudi. Statistički model polazi od kriterija prosjeka populacije i tako se misli, osjećanja i ponašanja većine smatraju zdravim.

Kulturalni model zdravim ponašanjem smatra ono ponašanje koje je u skladu s kulturnim, socijalnim i etičkim standardima određenog društva.

Eksplanatori modeli mentalnog zdravlja mogu biti medicinski, psihodinamski, model učenja i stres model. Medicinski model polazi od kriterija odsustva simptoma bolesti i definiše mentalno zdravlje kao nedostatak mentalnog poremećaja. Psihodinamski model podrazumijeva normalan razvoj prema psihoanalitičkoj teoriji, a mentalno zdravlje je uravnotežena dinamika ličnosti (id, ego, super ego), genitalni stadij razvoja, zreli mehanizmi odbrane... Model učenja definiše mentalno zdravlje kao dobro naučeno adaptivno ponašanje, tj. ponašanje prilagođeno situaciji, a mentalni poremećaji su vezani za procese pogrešnog učenja. Stres model se zasniva na kriteriju reakcije na nagle i iznenadne promjene. Prema ovom modelu, mentalno zdravlje predstavlja sposobnost pojedinca da uspješno, brzo i kreativno uspostavlja ravnotežu koja je narušena promjenama (Vlajković, 2003).

Krizmanić (2005: 256) definiše mentalno zdravlje kao “*stanje općenito dobre čuvstvene i socijalne prilagodbe u različitim područjima života. Mentalno zdrava osoba je zadovoljna, rado živi i ima osjećaj da uspješno koristi svoje potencijale i ostvaruje svoje ciljeve.*”

Mentalno zdravlje podrazumijeva sposobnost uspostavljanja harmoničnih odnosa s drugima i sposobnost realizacije vlastitih emocionalnih i intelektualnih potencijala u konstruktivnom mijenjanju fizičke i socijalne sredine, subjektivni osjećaj blagostanja, samoefikasnosti, nezavisnosti i kompetencije (Vlajković, 1990).

Mentalno zdravlje nije samo odsustvo mentalnog poremećaja. Ono je definisano kao stanje blagostanja u kojem svaka osoba ostvaruje svoj potencijal, nosi se sa svakodnevnim stresom života, da može produktivno raditi i u mogućnosti je da doprinosi svojoj zajednici. Suština mentalnog zdravlja je jasna u definiciji mentalnog zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije: “*Zdravlje predstavlja kompletno fizičko, mentalno i socijalno blagostanje, a ne samo odsustvo bolesti i nemoć*”. Mentalno zdravlje predstavlja integralni dio ove definicije.⁸

Mentalno zdravlje se može koncipirati kao stanje dobrobiti, gdje svaka individua postaje svjesna vlastitih sposobnosti, može da se nosi s normalnim stresom u životu, u stanju je da radi produktivno, te je sposoban-a da ostvari lični doprinos za svoju zajednicu. U ovom pozitivnom

⁸ www.mentalnozdravlje.ba

smislu, mentalno zdravlje predstavlja temelje za blagostanje i efikasno funkcionisanje kako za pojedinca, tako i za zajednicu. Ovaj ključni koncept mentalnog zdravlja je primjenljiv za sve vrste različitih kultura. Mentalno zdravlje određuju višestruki i interaktivni faktori: socijalni, psihološki, biološki i faktori općeg zdravlja i bolesti (Babić i sur., 2018). Dakle, mentalno zdravlje ne podrazumijeva samo odsustvo psihičkog poremećaja nego se posmatra u međudjelovanju psiholoških, bioloških i socijalnih faktora. Socijalni problemi i poteškoće imaju značajan uticaj na mentalno zdravlje ljudi. Ukoliko pojedinci, porodice ili grupe ne osjećaju socijalnu sigurnost i teško ostvaruju svoja prava, mogu biti itekako rizični za nastanak duševnih smetnji.

Psihijatar Marić (2005) navodi različite pristupe u definisanju mentalnog zdravlja:

1. Mentalno zdravlje ili normalnost reprezentuje prosjek. Normalnim se smatra ono što čini većina ljudi u nekoj kulturi i socijalnoj sredini.
2. Mentalno zdravlje znači odsustvo bolesti, i ako nema simptoma duševnog poremećaja onda se posmatrano ponašanje karakteriše samo kao varijabilnost u okviru široke skale normalnosti.
3. Mentalno zdravlje je više od običnog izostanka oboljenja. Ovaj stav se podudara sa definicijom Svjetske zdravstvene organizacije u kojoj se navodi "psihičko blagostanje", što podrazumijeva zadovoljstvo vlastitim životom, sposobnost funkcionisanja punim fizičkim, emocionalnim i intelektualnim kapacitetom ličnosti.
4. Mentalno zdravlje je dio jednog kontinuma i ima stepene. Simptomi zdravog se razlikuju od bolesnog u intenzitetu, frekvenciji i trajanju. Različitosti su kvantitativne prirode.
5. Biti mentalno zdrav u suštini znači biti dobro prilagođen, što podrazumijeva dobar odnos sa fizičkom i socijalnom sredinom.
6. Osoba s jakim egom može da se uspješno nosi s različitim situacijama i promjenom okoline, pa se procjenom ega procjenjuje i normalnost. Jak ego podrazumijeva visoku sposobnost za toleranciju stresa.
7. Mentalno zdravlje kao utopija, kao optimalno funkcionisanje. Međutim, ovo je praktično nemoguće. Stav Frojda je bio da je "normalan ego, kao i opšta normalnost, jedna idealna fikcija."
8. Normalnost kao proces. Ovaj pristup podrazumijeva sistem interakcija ponašanja tokom razvoja cijelog života. Uslovi normalnosti prema ovom stavu čini 8 parova: povjerenje - nepovjerenje, autonomija - stid i sumnja, inicijativa - krivica, konstruktivan - inferioran, ego identitet - konfuzija, intimnost - izolacija, sazrijevanje - stagnacija, ego integritet - očajanje.

Ako se navedeni stavovi udruže onda bi psihički zdrava osoba bila ona koja je: lišena psihijatrijskog oboljenja, ima opšte dobro stanje i zadovoljna je vlastitim funkcionisanjem većinu vremena, funkcioniše svojim punim fizičkim, emocionalnim i intelektualnim kapacitetom, sposobna je da se bori i da sarađuje s okolinom i ima dobru jačinu ega, te je sposobna da uspješno razriješi konfliktne situacije.

2. Određenje mentalnog poremećaja

Mentalni poremećaj, prema savremenom shvatanju, obuhvata različite poremećaje koji se svrstavaju u sljedeće grupe: konflikti u razvoju ličnosti (neuroze), poremećaji u organizaciji ličnosti (poremećaji ličnosti ili psihopatije) i psihološke krize izazvane teškoćama u interpersonalnim odnosima. Mentalni poremećaj je bihevioralni ili mentalni patern koji može da uzrokuje patnju ili ograničenu sposobnost funkcionisanja u životu (Dimitrijević, 2005).

Prema DSM 5 klasifikaciji, mentalni poremećaj je sindrom koji karakteriše klinički značajan poremećaj kognicije (spoznaje, mišljenja), emotivne regulacije ili ponašanja individue, poremećaj koji je odraz disfunkcije u psihološkim, biološkim ili razvojnim procesima, a koji su u osnovi mentalnih funkcija. Obično je povezan sa aktuelnim distresom (patnjom, bolom) ili nesposobnošću u socijalnoj, radnoj ili drugoj važnoj aktivnosti. Predstavlja očekivan ili kulturno prihvачen odgovor na stresor ili gubitak, kao i socijalno devijantno ponašanje ili konflikt koji je primarno između osobe i društva.

Vejkfild (2005) kombinuje pristup poremećaju kao štetnoj disfunkciji s vrijednosnim pristupom, na granici između bioloških faktora i društvenih vrijednosti. Poremećaj nastaje kada neuspjeh u unutrašnjim mehanizmima osobe da obavlja funkcije, za koje ju je priroda predodredila, djeluje štetno na dobrobit osobe, koja je određena društvenim vrijednostima i značenjima (Vejkfild, 2005). Vejkfild definiše mentalni poremećaj kao stanje koje izaziva štetu po kulturološkim standardima sredine u kojoj osoba živi i proističe iz nesposobnosti nekog mentalnog mehanizma da izvodi svoju prirodnu funkciju. Ovaj britanski ljekar je analizirao problem različitih shvatanja pojma poremećaj. Ta shvatanja su: mit o mitu o mentalnom poremećaju, poremećaj kao čisto vrijednosni pojam, poremećaj kao sve ono što tretiraju profesionalci, poremećaj kao statistička devijacija,

poremećaj kao biološka manjkavost, poremećaj kao neočekivan distres ili nesposobnost (Miković, 2007).

Mit o mitu o mentalnom poremećaju - skeptično antipsihijatrijsko gledište posmatra mentalni poremećaj kao etiketu kojom se opravdava upotreba medicinske moći da bi se intervenisalo u slučajevima socijalno neprihvatljivog ponašanja. Dovodi se u pitanje da li mentalni poremećaj uopšte postoji, a prema ovom stavu bilo koja upotreba pojma "mentalni poremećaj" je neopravdana. Posljedice ovog stava su nemogućnost razlikovanja pravilne upotrebe od nepravilne, usmjeravanje kritika i popravljanje kriterija jer su osobe s mentalnim poremećajem odbačene u društvu a dijagnoza se koristi u svrhu društvene kontrole i u mnogim slučajevima je teško reći da li neko uistinu ima mentalni poremećaj. Naučnici koji zastupaju ovo mišljenje smatraju da ne postoji nešto što je "mentalna bolest" jer mentalni poremećaji ne pokazuju oštećenje mozga ili nekog drugog dijela tijela.

Poremećaj kao vrijednosni pojam - polazi se od stava da je poremećaj vrijednosni pojam a društveni sudovi se donose u skladu sa društvenim normama na osnovu poželjnosti. Kritika ovom stavu je da postoji velik broj nepoželjnih stanja koja nisu klasifikovana kao poremećaj. Neki autori, poput Vejkfilda i Sedgwicka smatraju da je uzrok nepoželjnog stanja i u vanjskim okolnostima i unutar tijela ili uma pojedinca. Takođe, Vejkfild smatra da neka unutrašnja stanja ne uključuju slom unutrašnjeg funkcionisanja i time objašnjava zašto neka nepoželjna stanja nisu poremećaji.

Poremećaj kao sve ono što tretiraju profesionalci - neki autori pod poremećajem podrazumijevaju svako stanje koje u oblasti zdravstva tretiraju profesionalci. Taylor, prema Vejkfildu (2005) i Kendell (1986) smatraju da se poremećaj sastoji od karakteristika terapijske brige za osobu koju doživljava osoba ili njeno socijalno okruženje, te predlažu da se prestane sa nastojanjima dijagnostičkog razlikovanja poremećaja od problema zbog kojih se ljudi obraćaju psihijatrima. Međutim, Vejkfild je mišljenja da mnogo toga čime se bave zdravstveni profesionalci nije poremećaj, poput odnosa dijete-roditelj, partnerski odnosi, bliski srodnicički odnosi, profesionalni problem i drugi, a što se navodi i u DSM-IV.

Poremećaj kao statistička devijacija - Cohen je poremećaj definisao kao kvantitativno odstupanje od normalnog, pri čemu se pod normalnim podrazumijeva statistička norma. Kritika ovom stavu je da mnoga statistički devijantna i nepoželjna ponašanja nisu poremećaji, i da su statističko devijantna ponašanja smatrana kao intelektualne ili kreativne nadarenosti (Cohen, 1981).

Poremećaj kao biološka manjkavost - ovaj stav je zasnovan na evolucionoj teoriji koja um prikazuje primarno biološkim, a ne nužno fiziološkim ili anatomskim. Prema Vejkfildu (2005) se u okviru ove teorije razliku tri oblika poremećaja:

- a) Prvo evoluciono shvatanje koristi opšti kriterij snižene sposobnosti za preživljavanje i reprodukciju kao čisto naučno sredstvo za identifikaciju poremećaja.
- b) Drugo evoluciono shvatanje smatra da je organizam poremećen kad neki mentalni mehanizam ne vrši specifičnu funkciju za koju je evolucijom predodređen.
- c) Treće evoluciono shvatanje kombinuje drugi pristup s vrijednosnom komponentom. Osoba je poremećena samo ako neki mehanizam ne uspije da izvrši specifičnu funkciju za koju je predodređen i ako neuspjeh mehanizma osobi nanosi realnu štetu.

Pogrešna interpretacija evolucije se ogleda u činjenici da evolucija prenosi složenost specifičnih mehanizama koji nisu direktno usmjereni na sposobnost, iako sposobnost predstavlja njihovu posljedicu u sredinama u kojima su selekcionisani. Ono što pokazuje da nešto nije uredu s organizmom je neuspjeh specifičnih mehanizama da obave zadatke, a ne smanjenje same sposobnosti (Vejkfild, 2005).

Poremećaj kao neočekivani distres ili nesposobnost - ovo shvatanje stavlja poremećaj unutar pojedinca a isključuje sredinske faktore. Mentalni poremećaj povezuje sa aktuelnim distresom (bolni simptom), nesposobnošću, odnosno oštećenjem nekog fukcionisanja, bolom ili gubitkom slobode. Kritika ovom shvatanju je da ne navodi uzročne faktore nastanka poremećaja i nejasno objašnjava prirodu veze stresova, nesposobnosti i gubitka slobode s poremećajem (Miković, 2007).

3. Klasifikacija mentalnih poremećaja

Klasifikacije služe izgradnji i usavršavanju koncepata o predmetima kojima se bavi stručna i naučna disciplina, i pomažu da se organizuju i sistematizuju saznanja do kojih se dolazi putem praktičnog i naučno - istraživačkog rada. Razvoj klasifikacije mora proći dvije faze: deskriptivnu fazu u kojoj se razrađuje i usavršava opis predmeta i pojava i grade se pojmovi o njima na osnovu zajedničkih karakteristika i razlika, i fazu teorijske sistematizacije koja daje teorijsko objašnjenje

suštine predmeta, odnosno pojava. U medicinskim disciplinama, prvu fazu u razvoju čine simptomatske klasifikacije koje se zasnivaju na opisima bolesnih stanja, a kad se identificuje i upozna njihov uzrok i mehanizam nastanka, razrađuju se etiološke i patogenetske klasifikacije (druga faza). Klasifikacije u psihijatriji zavise od razvoja klasifikacija u drugim disciplinama koje se na bilo koji način bave čovjekom i njegovim mentalnim zdravljem. S njima su nerazdvojno povezane.

Klasifikacija duševnih smetnji se susreće s nizom teškoća zbog specifične prirode psihičkih poremećaja, nedostatka objektivnih i puzdanih kriterija za dijagnostikovanje psihičkih poremećaja, te zbog nedovoljnog poznavanja etiologije i patogeneze psihičkih poremećaja. Zbog svega navedenog, psihijatrija još ne raspolaže jednom jedinstvenom klasifikacijom koja bi bila opšte prihvatljiva (Kaličanin, 2002).

Odavno postoje tendencije da se klasifikuju psihički poremećaji. Egipćani (3000 p.n.e.) su razlikovali senilnu demenciju, melanholiјu i histeriju. U antičko doba, Grci i Rimljani su dijelili psihičke poremećaje u pet kategorija: frenitis, maniju, melanholiјu, histeriju i epilepsiju. Svi pokušaji klasifikacije suočavali su se s problemom nepoznavanja etiologije psihičkih poremećaja. Boissier de Sauvages je u 16. stoljeću uzeo veoma široku osnovu za klasifikaciju i uključio u nju preko 2000 poremećaja/simptoma. U prvoj polovini 19. stoljeća "francuska škola" u psihijatriji je imala vodeću ulogu. Osnivač je bio F. Pinel, koji je prema kliničko-deskriptivnom principu podjele, skratio sistem klasifikacije na četiri klinička tipa psihičkog poremećaja: maniju, melanholiјu, demenciju i idiotiju. U to vrijeme je bilo zastupljeno mišljenje da su sva duševna oboljenja uzrokovana biološkim promjenama na mozgu. Grisinger W. je smatrao da psihičke poremećaje treba razvrstati prema lezijama na mozgu (Loga, 1999).

Druga polovina 19. stoljeća je donijela značajne promjene u pristupu duševnom bolesniku. Poseban doprinos razvoju klasifikacije psihičkih poremećaja dao je Kraepelin (Kaličanin, 2002). On je proučavao grupe bolesnika i primijenio nozološki princip podjele psihičkih poremećaja prema toku i zajedničkim psihopatološkim pojavama koje su pacijenti ispoljavali. Kraepelinova nozologija se bazirala na etiološkom principu (Loga, 1999). Njegova posljednja verzija klasifikacije iz 1896. godine je zasnovana na opisima pojedinih sindroma i na njihovom povezivanju sa uzrastom kada je bolest počela, zatim sa prirodnim tokom i ishodom kao i sa utvrđenim ili pretpostavljenim uzrocima. Njegov sistem klasifikacije je dijelio psihičke

poremećaje na tri velike grupe: organske (senilna demencija, progresivna paraliza), vjerovatno organske ali još neutvrđene etiologije (shizofrenija, manično-depresivna psihoza) i psihogene (neuroze, reaktivne psihoze).

Međutim, neki autori, poput Schneidera i Kleista, su u svojim klasifikacijama obuhvatili samo psihičke poremećaje s poznatom organskom etiologijom. Oni su smatrali da se samo poremećaji kod kojih se mogu utvrditi promjene centralnog nervnog sistema mogu klasifikovati, a da su uzroci mentalnih poremećaja difuzne ili lokalizovane lezije, odnosno degenerativne promjene mozga, poremećaji u razvoju ili drugi poremećaji njegovog funkcionalisanja. Drugi autori, poput Neumanna i Menningera su smatrali da postoji samo jedna vrsta duševne bolesti koja se ispoljava u različitim oblicima, s tim da je Menninger u novije vrijeme, 60-tih godina 20. stoljeća, smatrao da se različiti oblici psihičkih poremećaja razlikuju samo kvantitativno, odnosno prema stepenu dezintegracije ličnosti.

U prvim klasifikacijama psihičkih poremećaja su korišteni kliničko-anatomska model i epidemiološki model. Postojala su tri glavna strategijska pristupa:

- a) Klinički pristup koji je bio zasnovan na opservaciji i detaljnoj deskripciji psihopatoloških manifestacija, koji za definisanje pojedinih dijagnostičkih kategorija i podkategorija koristi opise i operacionalne definicije zasnovane na njemu;
- b) Laboratorijski pristup koji je obuhvatao laboratorijska ispitivanja i
- c) Epidemiološki pristup koji je imao za cilj da pomogne osvjetljavanje etiologije psihičkih poremećaja i da obezbijedi podatke o njihovom nastanku, prirodnom toku i ishodu.

Nažalost, poslije Kraepelina je zapostavljen klinički metod istraživanja, odnosno rad na usavršavanju deskripcije kliničkih ispoljavanja pojedinih psihičkih poremećaja. U posljednih 20 godina je shvaćeno da je za adekvatnu primjenu laboratorijskih i epidemioloških istraživanja neophodna što bolja klinička, odnosno opisna dijagnostika psihičkih poremećaja sa dobro razrađenim operacionalnim definicijama koje govore o dijagnostičkim kriterijima za uključivanje u određene dijagnostičke kategorije i podkategorije, kao i o kriterijima za isključivanje iz njih (Kaličanin, 2002).

Prema Mariću (2005) mogući su različiti klasifikacioni sistemi: prema kliničkoj simptomatologiji, prema etiologiji i prema patoanatomskim karakteristikama oboljenja. Patoatomska klasifikacija

duševnih smetnji je najmanje razrađena jer za psihičke poremećaje ne postoji patohistološki nalaz. Prema ovoj klasifikaciji, duševne smetnje se dijele na organske i funkcionalne. Organski poremećaj je naziv za oboljenje kod kojeg je klasičnim metodama patološke anatomije utvrđeno specifično oštećenje strukture moždanog tkiva. Tu se ubrajaju moždani organski psihosindromi ili tzv. simptomatske psihoze gdje je osnovno oboljenje izazvalo strukturne lezije mozga koje dovode do mentalnih poremećaja (encephalitis, tumori, atrofije ili oboljenja koja dovode do mentalnih retardacija). Funkcionalni mentalni poremećaj podrazumijeva funkcionalno oštećenje neuronske aktivnosti mozga (shizofrene psihoze, bipolarni poremećaji raspoloženja, psihoze, poremećaji ličnosti).

Navedena podjela se pokazala neadekvatnom i neupotrebljivom u praksi jer je moguće naći određene strukturne lezije i noviji nalazi pokazuju da kod brojnih psihijatrijskih oboljenja postoje značajne promjene na nivou sinaptičke pukotine, te je ova klasifikacija prevaziđena.

U klasifikaciji duševnih smetnji prema etiologiji postoje dvije grupe oboljenja: endogena i egzogena. Endogena oboljenja podrazumijevaju da je glavni etiološki faktor naslijede, a mentalni poremećaj se shvata kao rezultat djelovanja više morbogenih faktora, urođenih i stečenih, koji su nadjačali odbrambene mehanizme ličnosti. Kad se utvrdi da je naslijedni faktor najznačajniji u nastanku duševne smetnje onda se govori o endogenom mentalnom poremećaju koje mogu biti: shizofrenija, psihotični poremećaji raspoloženja, sumanutosti, poremećaji ličnosti. Egzogeni mentalni poremećaj u etiologiji imaju uticaj vanjskog faktora, pri čemu naslijedni faktor može postojati ali u svojstvu sporednog faktora. Bukelić (2004) ove mentalne poremećaje razvrstava na:

- a) *Simptomatski mentalni poremećaj* - oboljenje koje je nastalo uslijed fizičke, hemijske ili infektivne afekcije mozga. Dakle, mentalni poremećaj je simptom nekog opšte medicinskog oboljena (tumor).
- b) *Psihogeni mentalni poremećaj* - glavni faktor nastanka oboljenja je poremećaj psihičkih dinamizama ličnosti, odnosno sukobi na relaciji id-ego-super ego i vanjske sredine. Savremena psihijatrija mnoge nepsihotične i psihotične poremećaje svrstava u psihogene poremećaje.
- c) *Reaktivni mentalni poremećaj* - glavni etiološki faktor je akutna psihička trauma i nastala duševna smetnja predstavlja reakciju na psihičku traumu, odnosno stresnu situaciju.

d) Ekshauštivni mentalni poremećaji - koji nastaju zbog sloma adaptacionih mehanizama ličnosti tokom učestalih psihičkih trauma.

U savremenim psihijatrijskim klasifikacijama dolazi do izražaja nastojanje da se prilagode klasifikacije određenim namjenama i razrade multiaspektne ili multiaksijalne klasifikacije, koje osim kliničkim simptomima, daju važnost i drugim aspektima koji mogu biti od značaja za bolje razumijevanje stanja pacijenta, poput nastanka, toka i ishoda bolesti, psihosocijalnih uzroka, socijalnog ili radnog funkcionisanja (Kaličanin, 2002).

Klasifikacija prema kliničkoj simptomatologiji i toku bolesti se najčešće upotrebljava u praksi. Ova savremena klasifikacija sve mentalne poremećaje dijeli na veće podgrupe. U tu svrhu su formirane dvije najpoznatije klasifikacije u svijetu: Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB 10) koja je usvojena u Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, u Ženevi, 1992. godine, i Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM-IV) u izdanju Američke psihijatrijske organizacije koji je usvojen 1994. godine (Marić, 2005).

Klasifikacijski sistem je omogućio bolje razumijevanje i razmjenu iskustava između stručnjaka u različitim krajevima svijeta. Takođe su unaprijeđena znanja o duševnim oboljenjima. Ovaj sistem je promjenljiv i potrebno ga je konstantno preispitivati i dopunjavati. Formirana je komisija koja ima zadatak da procjeni doprinose i manjkavosti aktuelnog sistema, koje će biti ugrađene ili izbačene u novoj verziji klasifikacije (Miković, 2007).

3.1. Međunarodna klasifikacija bolesti i uzroka smrti (MKB)

MKB je statistička klasifikacija mentalnih poremećaja i ostalih oboljenja. Njena glavna primjena je klasifikacija statističkih informacija o morbiditetu i mortalitetu za potrebe zdravstvene službe zemalja članica Svjetske zdravstvene organizacije. Prve MKB su statistički obuhvatale samo uzroke smrti, a tek od šeste revizije, 1948. godine, su uključene i bolesti koje nužno ne dovode do smrtnog ishoda. Prvi put je uključeno poglavlje o duševnim poremećajima. Kao rezultat brojnih konsultacija stručnjaka i rezultata studija u domenu istraživanja psihičkih poremećaja, pojavio se nacrt o tome tek u osmoj reviziji MKB i počeo je organizovani rad na unapređenju klasifikacije psihičkih poremećaja koji je uključio u svoj program organizovan rad sve relevantne pojedince i vodeće naučne psihijatrijske institucije u svijetu. Značajno je porastao interes za razvoj

dijagnostičkih kriterija i klasifikaciju duševnih poremećaja. Deveta revizija je sadržavala značajne promjene i poboljšana je mogućnost statističkog praćenja oboljenja. Deseta revizija obuhvata 17 velikih područja oboljenja i poremećaja, a svako područje je podijeljeno u kategorije. Ona predstavlja najznačajniji korak prema naprijed u klasifikaciji duševnih smetnji. Uvedena je inovacija alfanumeričke sheme kodiranja s jednim slovom (F), tri broja, odnosno tri nivoa karaktera (mjesta za kodiranje). Dopuštena je mogućnost uvođenja i četvrtog mesta za kodiranje, te je proširen okvir kodiranja u poređenju s prethodnom revizijom. Za duševne smetnje to je značilo mogućnost unosa informacija o toku i intenzitetu poremećaja. Npr. moguće je četvrtim brojem kod shizofrenije klasificirati tok bolesti (kontinuirani, epizodični sa progresivnim ili stabilnim defektom, kompletan ili nekompletan remisija, neizvjestan tok). Omogućeno je četvrtim brojem ocijeniti intenzitete poremećaja: laki, umjereni ili teški (Loga, 1999). U MKB 10 su poboljšane operacionalne definicije za dijagnostičke kategorije i podkategorije. Obzirom da je psihijatrija proširila područje svog rada, peto poglavlje MKB 9 "Klasifikacija psihičkih poremećaja" je dobila naziv "Klasifikacija psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja" (Kaličanin, 2002).

MKB 10 ima višestruku namjenu: za statističke pokazatelje morbiditeta i mortaliteta širih populacionih grupa, kao dijagnostički vodič stručnjacima u raznim medicinskim oblastima i kao zbir dijagnostičkih kriterija u naučno-istraživačkom radu. Osnovni principi u strukturisanju klasifikacije je praktična korist za pojedine medicinske discipline i priroda bolesti ili poremećaja (Loga, 1999).

Deseta revizija MKB obuhvata detaljno preko 300 mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja.

Prema Bukelić, u međunarodnoj klasifikaciji sve mentalne bolesti su podijeljene na: psihoze, neuroze i poremećaje ličnosti. Posebnu grupu čine deficiti inteligencije, odnosno mentalna subnormalnost.

Psihoze predstavljaju duševna oboljenja u užem smislu. Suštinu psihoza čini izmijenjen odnos oboljele osobe prema stvarnosti, poremećen odnos između ličnosti i vanjskog svijeta, povlačenje, gubitak granica, dezorganizacija, doživljaj stvarnosti kao ugrožavajuće, neprijateljske, odbacujuće ili kažnjavajuće. Ove teške bolesti zaustavljaju psihički razvoj ličnosti ili dovode do regresije.

Neuroze su funkcionalna oboljenja bez strukturne lezije nervnog tkiva. Osoba kod koje je dijagnosticirana ova duševna smetnja ima potisnute nesvjesne impulse koji se u svijesti pojavljuju prerušeni u neurotske simptome. Dolazi do gubitka granica i nema otuđenosti od stvarnosti.

Poremećaje ličnosti čine seksualne devijacije, bolesti zavisnosti, poremećaji fizioloških funkcija uzrokovnih psihičkim faktorima.

Mentalna subnormalnost ili deficit inteligencije je posebna grupa mentalnih poremećaja koji se razvrstavaju u nekoliko kategorija ovisno od stepena deficit (Miković, 2007).

U međunarodnoj klasifikaciji svi psihijatrijski poremećaji su razvrstani u klasu "F" sa šiframa od F00 - F99 (Marić, 2005).

Prema MKB 10, shizofrenija, shizotipni i sumanuti poremećaji su označeni kodovima od F20 do F29 kako slijedi:

F20 Shizofrenija (9 podgrupa: F20.0 - paranoidna shizofrenija, F20.1 - hebefrena shizofrenija, F20.2 - katatona shizofrenija, F20.3 - nediferencirana shizofrenija, F20.4 - postshizofrena depresija, F20.5 - rezidualna shizofrenija, F20.6 - shizofrenija simpleks, F20.8 - ostala shizofrenija, F20.9 - nespecificirana shizofrenija)

F21 Shizotipni poremećaj / Perzistirajući sumanuti poremećaj

F22.0 Sumanuti poremećaj (2 podgrupe: F22.8 - ostale perzistirajuće sumanutosti, F22.9 - perzistirajuća nespecifieana sumanutost)

F23 Akutni i prolazni psihotični poremećaji (6 podgrupa: F23.0 - akutni psihotični poremećaj bez simptoma shizofrenije, F23.1 - akutni polimorfni psihotični poremećaj sa simptomima shizofrenije, F23.2 - akutni psihotični poremećaj nalik na shizofreniju, F23.3 - ostali akutni pretežno sumanuti poremećaji, F23.8 - ostali akutni i prolazni psihotični poremećaji, F23.9 - akutni i prolazni nespecificirani psihotični poremećaji)

F24 Inducirana sumanutost

F25 Shizoafektivni poremećaj (4 podgrupe: F25.0 - shizoafektivni poremećaj manični tip, F25.1 - shizoafektivni poremećaj depresivni tip, F25.2 - shizoafektivni poremećaj miješani tip, F25.8 - shizoafektivni nespecificirani poremećaj)

F28 Ostali neorganski psihotični poremećaji

F29 Nespecificirana neorganska psihozna (Loga, 1999).

3.2. Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM)

Američko udruženje psihijatara objavilo je za potrebe klasifikacije duševnih poremećaja u kliničkoj praksi 1952. godine "Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM-I)", kao i glosar 106 mentalnih poremećaja. DSM-I je bio varijanta šeste revizije MKB. Tada je pod uticajem psihobiološkog učenja Adolfa Meyera u poglavljaju o mentalnim poremećajima uključen termin "reakcija", tj. mišljenje da mentalni poremećaji mogu nastati kao reakcija ličnosti na psihološke, socijalne i biološke faktore. Time se DSM počeo bitno razlikovati od MKB. Odnos između DSM i MKB je postao blizak kad se pojavila osma revizija MKB i druga revizija DSM (1968). U tom izdanju DSM-II, kategorijalni sistem je bio proširen za 76 novih dijagnoza s opisom simptoma kao osnove za postavljanje dijagnoze, kao rezultat ciljanog naučnog istraživanja. DSM-II nije koristio termin "reakcije". DSM-III je objavljen 1979. godine i predstavlja značajan pomak u pristupu psihijatrijskoj dijagnostici. Obuhvata brojne inovacije, dati su kriteriji za definiciju svakog poremećaja i ustanovljena je višeosovinska procjena (multiaksijalni sistem), koji navodi stručnjaka da sveobuhvatno evaluira psihički poremećaj. Paralelna MKB-9 ne koristi sistem višeosovinske procjene (Loga, 1999). Revidirana DSM-III-R (1988) je izdanje između treće i četvrte revizije. Namjera izdavača je bila da se postigne što veća kompaktibilnost s MKB-10, koja je počela tada da se razvija u koordinisanom radu sa američkim stručnjacima. Rad na reviziji je bio veoma naporan i uključio je značajan broj istaknutih psihijatara u tom domenu. Stručnjaci koji su razvijali DSM i MKB su održali više sastanaka i uspjeli da usaglase postojeće razlike između ova dva psihijatrijska klasifikacijska sistema (Loga, 1999). DSM-IV je usvojilo Američko psihijatrijsko udruženje 1994. godine. Ovaj dijagnostički sistem danas u većini zemalja svijeta koriste profesionalci u mentalnom zdravlju. Različitosti prisutne u DSM-IV u odnosu na MKB 10 su rezultirale činjenicom da se ovaj sistem više koristi od MKB 10, a naročito u provođenju brojnih istraživanja širom svijeta (Miković, 2007). Sve dijagnostičke kategorije koje su zastupljene u DSM IV nalaze se u MKB 10, ali obratno to nije slučaj. DSM-IV se zasniva na opisu kliničkih manifestacija mentalnih poremećaja i u rijetkim slučajevima objašnjava etiologiju poremećaja. Za svaki specifični mentalni poremećaj postoje specifikovani dijagnostički kriteriji. DSM-IV za svaki mentalni poremećaj iznosi i njegove pridružene karakteristike: uzrast u kojem se poremećaj javlja, karakteristike vezane za pol i kulturu, rizik obolijevanja, tok i komplikacije, prevalenija, porodično javljanje. Kada niz određenih psihičkih poremećaja ima zajedničke karakteristike oni se grupišu i u uvodu se iznose te zajedničke karakteristike. DSM-IV daje konkretna pravila kako postupati kad

su informacije nepotpune, navodi da su anamneza i klinička ispoljavanja atipični, da se radi o rezidualnoj formi ili da se poremećaj ne može specifikovati na drugi način. U DSM-IV psihotični poremećaji su: shizofrenija, shizofreniformni poremećaji, kratki psihotični poremećaji, indukovana psihoza, psihotični poremećaj izazvan somatskim oboljenjima ili psihoaktivnim supstancama, teški poremećaji raspoloženja sa psihotičnim karakteristikama (Kaličanin, 2002).

Peto izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika za psihološke poremećaje (DSM-5) objavljeno je u maju, 2013. godine sa nizom promjena u klasifikaciji i opisu psiholoških poremećaja. Novo izdanje predstavlja prvu značajniju reviziju priručnika u posljednjih 20 godina. U novoj verziji je rimski broj V zamijenjen arapskim brojem 5, i može se uočiti namjera američke psihijatrijske organizacije da će buduće verzije biti bazirane na rezultatima novih istraživanja i dopunjavane (DSM 5.1, DSM 5.2, DSM 5.3, itd.) dok ne dođe do izdavanja nove verzije priručnika. Osni sistem (osi I, II, III, IV, i V) prikazivanja psiholoških poremećaja zamijenjen je organizacijom DSM-5 prema cjeloživotnom razvoju, tako da su poremećaji sa nastankom u djetinjstvu na početku priručnika, dok su poremećaji karakteristični za stariju dob navedeni na kraju priručnika. Neke od glavnih promjena u DSM-5 su: integracija rezultata najnovijih istraživanja o genetskim i neuropsihološkim faktorima u vezi nastanka psiholoških poremećaja; razdvajanje anksioznih i depresivnih poremećaja u nove dijagnostičke kategorije; kategorije upotreba supstanci i ovisnosti su zamijenjene terminom "poremećaj upotrebe supstanci". Poremećaji iz spektra shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja su smješteni u drugom poglavlju. Kategoriski pristup poremećajima ličnosti ostao je nepromijenjen, ali je ponuđen i alternativni, dimenzionalni model, koji odvaja procjenu interpersonalnog funkcioniranja i ekspresiju patoloških osobina ličnosti za šest specifičnih poremećaja. DSM-5 je također uveo nove kategorije poremećaja poput poremećaja disruptivne disregulacije raspoloženja, trihotilomanije, ekskorijacijskog i predmenstrualnog disforičnog poremećaja. Može se zaključiti da će nove izmjene u dijagnozi i klasifikaciji psiholoških poremećaja imati značajan uticaj na istraživače, kliničare, farmaceutsku industriju, pravne sisteme i opću javnost. Objavljivanje DSM-5 podrazumijeva i educiranje stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja o osnovnim promjenama u novom izdanju priručnika. Novosti iz DSM-5 će zasigurno promijeniti konceptualizaciju i procjenu psiholoških poremećaja. Zamišljeno je da DSM-5 bude dokument koji će se mijenjati sa novim naučnim spoznajama o etiologiji, fenomenologiji, tretmanu, i prevenciji psiholoških

poremećaja. Procjena konačnog utjecaja promjena iz DSM-5 morat će sačekati dok priručnik ne bude u upotrebi jedan duži period (Alispahić, 2017).

3.3 Višeosovinska podjela DSM-IV klasifikacije

DSM-IV je multiaksijalni sistem koji procjenjuje pacijenta u nekoliko varijabli i sadrži pet osovina. Prema višeosovinskoj podjeli nekoliko vrsta problema navode se za svaki slučaj i bilježe po "osovinama". Uobičajene osovine su: klinički sindrom, poremećaj ličnosti, tjelesno oboljenje, jačina stresogenih činilaca i nesposobnost funkcionisanja. U svakodnevnom radu obično se koriste samo prve tri osovine - psihijatrijski poremećaj, personalitet i tjelesno oboljenje. Svakako da se evidencija o njima može voditi i bez primjene posebnih osovine, ali osovinski sistem osigurava da će one biti razmotrene u svakom slučaju (Gelder, Mayou, Geddes, 2009).

Prema Frančišković (2004), višeosovinski sistem označava način postavljanja dijagnoze kod kojeg se, osim postavljanja glavnog mentalnog problema, smatra bitnim navesti i druge dimenzije oboljenja, npr. okolnosti u kojima bolesnik živi i koje su mogle uticati na javljanje bolesti i stepen radne i socijalne funkcionalnosti. Dijagnoza se postavlja kroz tri dimenzije: klinička dijagnoza, stepen radne nesposobnosti (stepen oštećenosti organizma zbog bolesti, oštećenje radnog i socijalnog funkcionisanja) i uticaj faktora okoline (porodični, ekonomski problemi). Višeosovinska procjena na osnovu DSM-IV ima pet osovine: prve dvije osovine čine klasifikaciju duševnih poremećaja označenu podjelom tako što druga osoina obuhvata poremećaje ličnosti i mentalnu retardaciju, a prva osoina sve druge kategorije poremećaja (Miković, 2007). Prva osoina obilježava osnovni psihijatrijski poremećaj, a druga poremećaj ličnosti i moguće je istovremeno šifrirati i poremećaj i strukturu ličnosti (Marić, 2005). Prve dvije dimenzije su izdvojene da bi se uzela u obzir moguća prisutnost dugotrajnih poremećaja dok je pažnja usmjerena na trenutačni. Potrebno je razmotriti i druge faktore koji mogu uticati na pojavu simptoma kod oboljele osobe. Zbog toga, treća osoina označava bilo koje medicinsko (somatsko) stanje za koje se pretpostavlja da je vezano za duševnu smetnju, jer i fizički poremećaj može uzrokovati mentalne poremećaje. Četvrta osoina označava psihosocijalne probleme koje osoba ima vezano za okolinu, a koji mogu uticati na pojavu ili intenzitet duševne smetnje, kao što su porodični problem, smrt voljene osobe, problem na radnom mjestu (Miković, 2007). Ova osoina analizira i edukativne problem, problem stanovanja, ekonomske teškoće, kao i dostupnost zdravstvene službe (Marić,

2005). Peta osovina se odnosi na trenutni nivo adaptivnog funkcionisanja osobe, čija bi trenutačna procjena trebala dati podatke o potrebi njenog liječenja. Procjenjuju se socijalni odnosi, funkcionisanje na radnom mjestu, način korištenja slobodnog vremena i psihološko funkcionisanje (Miković, 2007).

III. HRONIČNE DUŠEVNE SMETNJE

1. Određenje hroničnih duševnih smetnji

Hronična bolest je narušeno zdravstveno stanje koje se neće poboljšati kratkotrajnom medikamentoznom terapijom. U prirodi hronične bolesti je da traje dugo, kao i njeno liječenje.⁹ Termin *hroničan* se obično primjenjuje kad tok bolesti traje više mjeseci, odnosno kad su simptomi prisutni duže vrijeme. Hronične duševne smetnje se ne mogu izlječiti, ali se mogu adekvatnom terapijom i načinom života ublažiti ili sprječiti razvoj komplikacija.¹⁰ U ovom radu detaljnije će biti predstavljena hronična duševna smetnja - shizofrenija.

Ovu hroničnu duševnu smetnju, za razliku od drugih psihijatrijskih oboljenja, karakteriše nesklad, odnosno disocijacija između mišljenja i afekta jer mišljenje osoba oboljelih od shizofrenije ne prati odgovarajući afekt. U shizofreniji postoji kvalitativni poremećaj doživljaja sopstvenog "ja" i nema sklada između mišljenja, afekta i volje. Pripada grupi endogenih psihoza koje se razvijaju uslijed složene interakcije predispozicije ka ovom oboljenju i brojnih nepovoljnih faktora vanjske sredine (Kaličanin, 2002).

Prema DSM 5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014) shizofrenija je definisana abnormalnostima u jednoj ili više od navedenih pet domena: sumanutosti, halucinacije, dezorganizirano ponašanje (govor), jako dezorganizirano ili abnormalno motoričko ponašanje (uključujući katatoniju) i negativne simptome. Prema Wenaru (2003), shizofrenija je teški i pervazivni psihopatološki fenomen s kognitivnim, afektivnim i socijalnim promjenama. U svom najtežem obliku ona je onesposobljavajuća.

Ostojić (2012) shizofreniju smatra hroničnom duševnom bolešću, odnosno kliničkim sindromom karakteriziranim specifičnim psihičkim i ponašajnim simptomima, značajnim individualnim varijacijama kliničke slike, odgovora na terapiju i toka bolesti, te često prisutnim značajnim padom funkcionalnih kapaciteta bolesnika u svim sferama, bilo da je riječ o privatnom, porodičnom, radnom ili socijalnom aspektu životnog djelovanja. Shizofrenija je psihička bolest koja se sastoji

⁹ www.wol.jw.org

¹⁰ www.savetilekara.rs

od skupa karakterističnih simptoma, gdje su prisutni pozitivni psihotični simptomi (halucinacije, sumanutosti, smetnje u govoru i ponašanju, katatonija), simptomi poremećaja u profesionalnom i socijalnom funkcionisanju, negativno-deficitni simptomi (ograničen govor, osjećajna tupost, nedostatak interesa i motivacije), kognitivni simptomi (pamćenje, pažnja, izvršne funkcije) i simptomi poremećaja raspoloženja (Radić, Škrbina, 2011). Shizofrenija se definiše i kao kompleksni psihički poremećaj koji je posljedica međusobnog djelovanja multiplih gena u interakciji s okolinom (Folnegović-Grošić, 2016). Shizofrenija je hronično duševno oboljenje, tipa endogene psihoze (postoji gubitak kontakta s realnošću), koje podrazumijeva opštu tendenciju ka dezorganizaciji i deterioraciji ličnosti, koje posjeduje konstelaciju specifičnih psihopatoloških simptoma koji se tiču psihičkih funkcija: emocija, mišljenja, opažanja, svijesti, voljne djelatnosti i vitalnih dinamizama, i koje su izmijenjene i poremećene na karakterističan način. Neki autori smatraju da je u osnovi ove duševne smetnje poremećaj voljne akcije, poremećaj ocjene i shvatanja samog sebe i poremećaj shvatanja namjera drugih (Marić, 2005). Kod ove hronične duševne smetnje afekat je neadekvatan ili otupljen (Loga, 1999). Navedena mišljenja vezana za pojам shizofrenije na karakterističan način daju sveobuhvatno značenje i univerzalnu definiciju ove hronične duševne smetnje. Dakle, shizofrenija je hronična duševna smetnja koja je nastala pod uticajem različitih bioloških, naslijednih i socijalnih faktora, a koja se ispoljava kroz niz psihičkih i ponašajnih simptoma koja dovode do podjele bolesti na različite tipove i oblike.

Prvi klinički opis shizofrenije se pojavio paralelno na dva različita mjesta: 1809. godine u Francuskoj kada je Philip Pinel bolest nazvao demencijom, i u Engleskoj iste godine (Loga, 1999). Godine 1869. Kraepelin je nazvao shizofreniju "sindrom dementia praecox", smatrajući da su rana demencija i rani početak bitne karakteristike ove duševne smetnje, koja je odlikovana trajnim oštećenjem kognitivnih i bihevioralnih funkcija (Kaličanin, 2002). On je podijelio bolest na osnovu kriterija simptoma i kriterija toka bolesti (Loga, 1999). Pojam "schizophrenia" se prvi put spominje 1911. godine od strane švicarskog psihijatra Eugena Bleulera, koji se nije slagao sa spomenutim mišljenjem njemačkog psihijatra, zaključujući da ovo oboljenje ne mora obvezno početi u adolescenciji i da ne dovodi nužno do demencije (Kaličanin, 2002). Takođe je smatrao da je shizofrenija neurološki ili metabolički defekt (Loga, 1999). On je naglasio kako je riječ o rascjepu mišljenja, nejedinstvenosti i proturječe mišljenja, osjećanja i htijenja. Pojam shizofrenije je nastao spajanjem dvije riječi grčkog porijekla, a to su schisis (rascjep) i phrenos (duša) (Folnegović-Grošić, 2016). U ovom nazivu se naglašava važnost disocijacije, odnosno nesklada

različitih psihičkih funkcija koja se javlja kod osoba oboljelih od shizofrenije (Marić, 2005). Pored Bleulera i Kraepelina, veliku važnost i doprinos u shvatanju shizofrenije imao je psihijatar Kurt Schneider. On je sastavio listu oblika psihotičnih simptoma za koje je smatrao da izdvajaju shizofreniju od ostalih duševnih smetnji. Drugačije je razvrstao simptome shizofrenije i opisao ih kao simptome prvog i drugog reda. U prvi red simptoma je svrstao specifične oblike halucinacija i iluzija: vjerovanje da se misli ubacuju u ljudsku svijest, da se misli šalju drugim ljudima, opsjednutost halucinogenim glasovima koji komentarišu nečije misli ili aktivnosti, ili koji razgovaraju s drugim halucinogenim glasovima.¹¹ Osoba gubi nadzor nad vlastitim mislima i osjećanjima. U simptome drugog reda ubraja iznenadne sumanute ideje, smetenost, promjene raspoloženja i emocionalno osiromašenje (Kaličanin, 2002). Shizofrenija je kompleksna duševna smetnja koja dovodi do poremećaja u području mišljenja, emocija i međuljudskih odnosa.

1.1. Klinička slika shizofrenije

Shizofrenija je hronična duševna smetnja koja predstavlja klinički sindrom sastavljen od psihičkih i ponašajnih simptoma. Klinička slika ovog poremećaja je vrlo specifična i složena. Može uključivati simptome poput abnormalnosti percepcije u obliku halucinatornih doživljavanja, poremećaje prosuđivanja s primjesama sumanutih misli i vjerovanja, poremećaje toka misli koji se manifestuju kroz poremećaj govora, redukciju emocionalne i voljne sfere i osjećaja zadovoljstva, različite kognitivne poteškoće, uočljivo ponašanje bazirano na psihotičnim iskustvima i oštećenom sistemu samokontrole, i motoričke promjene funkcioniranja (Ostojić, 2012). Simptomi shizofrenije se grupišu na pozitivne, negativne, kognitivne, agresivne i depresivne simptome. U pozitivne simptome se svrstavaju halucinacije, sumanutosti, poremećaj govora i ponašanja. Halucinacija je percepcija bez objekta koja prodire u psihički život pojedinca, uzrokovana čulnim i reprezentativnim psihičkim faktorima. Stvaranje halucinantnih fenomena se može vezati za organska oboljenja centralnog ili perifernog nervnog sistema, za patološko savijanje budne svijesti, te čulno izdvajanje. Halucinantni fenomen učestvuje u raznim procesima nadraživanja, depresije, pogoršanja i destrukcije psihoz. Percepcije halucinacije mogu biti povezane s određenim sistemom vjerovanja i tumačenja. Ostvarenu patologiju čine iskustva u vezi sa spavanjem, praćena promjenljivim stepenom mentalne pometnje, poremećaja raspoloženja i

¹¹ www.vmspd.com

oduševljenja (Larousse, 1990). Halucinacije mogu biti vizuelne, i najčešće akustične, a osobe s hroničnim duševnim smetnjama ih smatraju realnim. Sumanute ideje su posljedica temporolimbičke difunkcije i ne mogu se korigovati uvjeravanjem ili predočavanjem. Razvojem psihotičnosti bolesnik sve čvršće vjeruje i počinje se ponašati u skladu s tim (Folnegović-Grošić, 2016). Sumanute ideje mogu biti paranoidnog, religijskog, hipohondrijskog karaktera, a mogu biti prisutne i sumanute ideje veličine. Osobe oboljele od shizofrenije najčešće su čvrsto uvjerene da ih neko proganja, da imaju nadnaravne moći ili da se sve što se dešava odnosi na njih. Poremećaji govora izazvani mentalnim oboljenjima su vrlo specifični, a u ovom slučaju je govor teško pogoden. Oboljele osobe se rado služe čudnim, nastranim, apstraktnim i simboličnim govorom, sastavljenim od novih riječi (neologizmi), formiranih od strane subjekta, sa oskudnim i tajanstvenim značenjem. Njihov govor liči na nepoznat strani jezik, potpuno nerazumljiv, koji je izraz zgušnutog delirijuma u koji je nemoguće proniknuti. Govor može sadržati mnogobrojne izraze koji su istovremeno rijetki i poetični (Larousse, 1990). Negativni simptomi se manifestuju u vidu nemogućnosti uživanja (anhedonija), osjećajnu (afektivnu) zaravnjenost, smanjenu produkciju misli i govora (alogija), poremećaj pažnje (attention), socijalno povlačenje (autizam). Svi navedeni simptomi su rezultat slabijeg premorbidnog funkcioniranja i rezultiraju smanjenjem normalnog fukncioniranja. Primarni negativni simptomi su zaravnjeni afekt, emocionalno povlačenje, osiromašen raport, pasivnost, apatija, socijalno povlačenje, poteškoće apstraktnog mišljenja, gubitak spontanosti, stereotipno razmišljanje, alogija, avolicija, nedostatak zadovoljstva i poremećaj pažnje (Folnegović-Grošić, 2016). Kognitivni simptomi su vrlo slični negativnim, s tim da se u prvom redu nalazi poremećaj kontrole impulsa. Oboljela osoba sa sistematizovanim poremećajem psihomotorike ispoljava simptome na način da vrši impulsivne akte bez razmišljanja o posljedicama. Manjak voljne kontrole može da dovede do pojave agresivnosti prema drugima i samom sebi (Larousse, 1990). Osobe oboljele od hronične shizofrenije ponekad ponavljaju čudne i nezgrapne pokrete. Ponavljeni pokreti koji se ne izvode pod kontrolom volje nazivaju se stereotipija, dok se ponavljeni pokreti koji se izvode pod kontrolom nazivaju manirizam (Gelder, Mayou, Geddes, 2009). Depresivni simptomi mogu biti sastavni dio same kliničke slike ili kao rezultat terapije, a vrlo često su i prvi simptomi shizofrenije. Međutim, spomenuti simptomi se uočavaju i prepoznaju, tek nakon pojave pozitivnih simptoma koji onda navode na zaključak i saznanje o prisutnosti depresivnih simptoma (Folnegović-Grošić, 2016). Najvažnije obilježje shizofrenije je nedostatak kritičnosti. Sama spoznaja o postojanju oboljenja i potrebe za primjenom

terapije s ciljem poboljšanja mentalnog zdravlja, može da dovede do potpunog odbijanja oboljele osobe da surađuje u tom procesu. Kao rezultat tog negiranja, bolesnici odbijaju da se liječe, poriču da problem uopšte postoji, a u krajnjem slučaju odbijaju hospitalizaciju (Kučukalić i sur., 2006). Pacijentov uvid u zdravstveno stanje je većinom umanjen, ne razumije ozbiljnost nastalih simptoma i smatra da mu pomoći i liječenje nisu potrebni (Gelder, Mayou, Geddes, 2009). S ovakvim tipom simptoma vrlo je teško primijeniti odgovarajuće korake sa ciljem liječenja simptoma bolesti i olakšavanja mentalnih poteškoća kod oboljele osobe (Kučukalić i sur., 2006).

Bleuler je simptome shizofrenije podijelio na primarne i sekundarne. U osnovne (primarne) simptome shizofrenije spadaju poremećaji asocijacija u misoanom toku, poremećaji afekta, ambivalencija i autizam - sindrom 4A. Poremećaji asocijacija se ispoljavaju u blokiranju misoanog toka, govora u stranu, bujici misli ili "salate od riječi", te kao što je već pomenuto postoji neskald između mišljenja i afekta. U poremećajima afekta se uočava neprimjereno afektivno reagovanje koje nije u skladu sa situacijom niti mišljenjem, afektivna ambivalencija, odnosno istovremeno postojanje suprotnih osjećanja prema nekoj osobi, afektivna krutost i nesposobnost moduliranja afektivnog reagovanja na razne događaje, te odsustvo afektivnog reagovanja u poodmaklim stadijima bolesti. Pod autizmom se podrazumijeva prekid kontakta s realnim svijetom i povlačenje u sopstveni zamišljeni svijet u kojem se događaji odvijaju prema željama i strahovima pacijenta, pri čemu se razvija autistično ili dereističko mišljenje. Navedeni poremećaje često prati odsustvo osnovnih vitalnih dinamizama (anhormija), odnosno gubitak nagonskih i socijalnih stremljenja koja pokreću ličnost, poremećaji volje, istovremeno postojanje suprotnih težnji. U akcesorne (sekundarne) simptome shizofrenije se najčešće ubrajaju poremećaji opažanja (halucinacije i iluzije), poremećaji mišljenja prema sadržaju (sumanute ideje). Često dolazi do depersonalizacije i derealizacije, pri čemu inteligencija većinom nije oštećena nego se dobijaju "viosokoumni" odgovori. U početku bolesti, može se desiti da bolesnik ne daje ispravne odgovore na jednostavna pitanja zbog okupiranosti halucinacijama, afektivne tuposti i nezainteresovanosti (Kaličanin, 2002).

Razvoj shizofrenije prolazi kroz premorbidnu, prodromalnu, psihotičnu, postpsihotičnu odnosno rezidualnu fazu. U premorbidnoj fazi oboljela osoba se osamljuje, neprilagodljiva je i loše se nosi sa socijalnim vještinama. Prodromalnu fazu čine poteškoće s koncentracijom, napetost, depresivno raspoloženje, smetnje spavanja, disfunkcionalnost i zapuštenost. Klinička slika shizofrenije u toku

psihotične faze je karakterizirana simptomima sumanute distorzije realiteta, sumanutog doživljaja sebe i okoline, povlačenjem u vlastiti bizarni svijet, mentalnom dezorganizacijom i dezintegracijom psihičkih funkcija, poremećenim ponašanjem i socijalnom disfunkcionalnošću, te agresivnim, depresivnim i sličnim simptomima. Rezidualna fazu karakterišu simptomi oslabljenog mentalnog funkcioniranja i osiromašenja ličnosti. Negativni simptomi dominiraju kao posljedica neurodegenerativnih promjena (Folnegović-Grošić, 2016).

2. Uzroci nastanka hroničnih duševnih smetnji

Shizofrenija se smatra jedinstvenom bolešću već više od jednog stoljeća, ali njene definicije i granice su se mijenjale, a njena etiologija i patofiziologija ostaju još uvijek nedostižne istraživačima (Tandon i sur., 2013).

Folnegović-Grošić (2016) smatra da je shizofrenija najvjerovalnije skupina poremećaja, pa je njena etiopatogeneza vrlo složena i uključuje osjetljivost, ali i komponentu stresa. Na osnovu istraživanja i analize konkretnih podataka došlo se do zaključka da je ovaj poremećaj posljedica međusobnog djelovanja multiplih gena u interakciji s okolinom (Ostojić, 2012). Etiologija shizofrenije definitivno podrazumijeva genetske faktore i gene u cjelini koji se smatraju uzrokom vulnerabilnosti i sklonosti ka pojavi shizofrenije kod određenih osoba. Fenotip shizofrenije je karakteriziran kognitivnim deficitom i negativnim simptomima koji podrazumijevaju epizode halucinacija i psihotičnih deluzija, koje se tipično pojavljuju u mlađoj životnoj dobi (Keshavan, Nasrallah, Tandon, 2010).

Psihijatrija još nema definitivan odgovor na pitanje šta uzrokuje hronične duševne smetnje. Postoje brojne suprotstavljene teorije, od kojih neke naglasak stavljuju na genetske faktore, neke na sredinske uticaje i stres, a neke govore o hemijskoj neravnoteži u mozgu psihotičnih. Naslijede svakako igra bitnu ulogu, ali nije isključivo odgovorno za pojavu bolesti. Mnogi ljudi koji obole od hroničnih duševnih bolesti nisu u porodičnoj historiji imali psihotične srodnike. Genetska predispozicija se uglavnom ispoljava kao pojačana osjetljivost, ranjivost ličnosti u susretu sa stresnim životnim događajima. Rizik obolijevanja od psihote u cijelokupnom stanovništvu je 1%, a ako psihota postoji kod bliskih srodnika je oko 10%. Rizik pojave psihote, osim naslijednih faktora, značajno povećavaju iskustva dugotrajnog fizičkog, emocionalnog ili seksualnog nasilja,

traumatsko iskustvo, zloupotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci, stresni životni događaji. Neki stručnjaci misle da mozak psihotičnih osoba pogrešno obrađuje informacije zbog neravnoteže hemijskih materija u mozgu (neurotransmiteri). Dva osnovna neurotransmitera su dopamin i serotonin koji omogućavaju komunikaciju između nervnih ćelija. Smatra se da oboljeli od shizofrene psihoze proizvode dopamin u povećanim količinama, što dovodi do preteranog nadražaja nervnih ćelija. Najveći broj stručnjaka danas primjenjuje tzv. interaktivni model "ranjivosti i stresa" koji pridaje značaj interakciji naslijednih faktora i stresnih uticaja okruženja. Uticaj nepovoljnog okruženja, loših modela porodične komunikacije i stresa/psihotraume ne smije se previdjeti kad se govori o etiologiji hroničnih duševnih smetnji. Mladi ljudi koji se danas nalaze po rizikom psihoze su odrastali u hronično stresnom, neisgurnom i često krajnje nepovoljnem ratnom i poslijeratnom okruženju. Mnogi su bili lišeni osnovne sigurnosti. Danas su izloženi alkoholu, psihoaktivnim supstancama i rastu uz roditelje koji pate od depresije, PTSP-a, paničnih ataka, koji su nezaposleni ili previše zaposleni, ispunjeni različitim nezadovoljstvima. Važno je povesti računa o emocionalnim krizama mladih ljudi i pojavi neobičnog ponašanja, te na vrijeme potražiti pomoć stručnjaka koji će najbolje ocijeniti o kakvoj se vrsti problema radi (Savjak, 2012). Marić (2005) smatra da etiologiju shizofrenije čine biološki faktori, socijalni faktori i faktori individualnog životnog iskustva.

2.1. Biološki faktori

Značajni biološki faktori su: genetska predispozicija, konstitucionalni faktori i metabolički poremećaji. Shodno genetskoj predispoziciji naslijedjem se prenose osobine, struktura ličnosti sklona shizofrenom ponašanju, a u zavisnosti od konstelacije zahvaćenog gena i uticaja sredinskih faktora (Marić, 2005). Istraživanja su pokazala da je shizofrenija češća kod rođaka shizofrenih bolesnika nego u opštoj populaciji. Rizik kod braće i sestara osoba oboljelih od shizofrenije je 10-15%, kod djece čiji je jedan roditelj obolio od shizofrenije iznosi 10-15%, a kod djece čija su oba roditelja shizofrena iznosi približno 40%. Pojava shizofrenije je češća kod brata ili sestre monozigotnog blizanca (40%) (Gelder, Mayou, Geddes, 2009). Hipoteza o uticaju naslijedja govori o dominantnom genu sa različitom penetrantnošću, uz djelovanje gena modifikatora i o poligenskom naslijedu, pri čemu se smatra da shizofrenija nastaje uslijed genetske predispozicije, te da se oboljenje javlja 7-15 puta češće kod srodnika prve linije oboljelog u odnosu na opću populaciju. Takođe, mogućnost pojave shizofrenije je veća kod jednojajčanih blizanaca (čak i ako

su odrastali odvojeno) nego kod dvojajčanih. Neka istraživanja su pokušala pronaći odgovorni gen za razvoj shizofrenije i isti je lociran na hromosomu 5, ali ova hipoteza nije potvrđena jer je vjerovatnije da se radi o uticaju više gena, odnosno poligenskom naslijeđu (Kaličanin, 2002). Prema nekim prepostavkama, bolest se prenosi: monogenski (određeni gen je odgovoran za nastanak bolesti), poligenski (bolest je uzrokovana uticajem više gena) i heterogenetski (bolest nije jedinstvena nego je heterogena, i uzrokovana uticajem više različitih gena) (Loga, 1999).

Konstitucionalni pristup podrazumijeva određene fizičke strukture i odgovarajuće crte ličnosti (Marić, 2005). Konstitucija je sveukupna fizička organizacija ličnosti koja nastaje na bazi određenog genotipa i predstavlja reaktivni potencijal ličnosti, te se zbog toga uzima u obzir prilikom razmatranja faktora značajnih za pojavu određenog psihičkog poremećaja. Galen je razlikovao 4 tipa konstitucije, temperamenta i načina reagovanja (sangvinik, melanolik, flegmatik i kolerik) (Kecmanović, 1980). Fizičke osobine kod osoba sa shizofrenijom su: uzak grudni koš, mršavost, veći nos, duže ruke i ptičiji oblik lica. Prema neuroanatomski studijama, medicinske pretrage su pokazale da se u 40% bolesnika javljaju abnormalnosti poput priširenja lateralnih komora i žlijebova koji ukazuju na difuznu kortikalnu atorfiju, zatim uvećanje moždanih komora, atrofiju cerebeluma, te abnormalnosti u temporalnom režnju koje koreliraju sa halucinacijama. Takođe, dolazi do oštećenja neurona i njihovog gubitka što dovodi do promjena sopstvenog ponašanja. Psihološke premorbidne crte ličnosti kod shizofrenije odgovaraju introvertnom tipu ličnosti: sklonost ka introspekciji, slabost socijalnih kontakata, izražena senzibilnost, sklonost sanjarenjima i hladnoća u kontaktu s ljudima. Većina shizofrenih bolesnika prije početka bolesti pokazuje krajnju zavisnost, stidljivost, socijalnu izolaciju, asocijalno ponašanje (Marić, 2005). Njemački psihijatar Kretschmer je 1921. godine u svojoj biotipologiji opisao tri osnovna konstitucionalna tipa: piknički (osobe nižeg rasta, uskih ramena, širokog vrata, okrugle glave, trbušasti), lepto-astenični (osobe višeg rasta, dugog i mršavog vrata, oštrog rebarnog luka, slabo razvijenog kostura i mišićnog sistema, uskog lica, izdužene glave) i atletski (osobe snažne mišićne i koštane građe, razvijenih ramena, uske karlice, četvrtastog oblika glave). Lepto-astenična građa se sreće kod shizotimnog psihičkog profila i karakteriše ga zatvorenost, nesocijalnost, preosjetljivost, razdražljivost, bezosjećajnost (sreće se kod shizofrenih bolesnika). Kretschmerova biotipologija je najpoznatija i najčešće upotrebljavana u kliničkoj praksi (Kecmanović, 1980). Hipoteza o konstitucionalnoj uslovljenoći, prema Kretschmeru, navodi da među shizofrenim bolesnicima dominira leptosomni sa introvertnim premorbidnim tipom ličnosti

(Kaličanin, 2002). Na osnovu navedenog, može se zaključiti da konstitucionalni faktori određeni naslijedjem u interakciji sa sredinskim uticajima precipitiraju pojavu kliničke simptomatologije (Marić, 2005).

Prema savremenom shvatanju, uzrok shizofrenije je poremećaj metabolizma neurotransmitera, posebno kateholamina. Biohemijske teorije su veoma važne jer je činjenica da pozitivan efekat antipsihotika ide preko dopaminergičkog sistema (Marić, 2005). Od metaboličkih hipoteza bitno je spomenuti neadekvatnu potrošnju i asimilaciju kisika, manju osjetljivost na tireoidne i oksidativne stimulanse, adrenalin i insulin, hladnoću i jake emocije kao uzroke shizofrenih simptoma. Neka ispitivanja su postavila hipotezu o shizofreniji kao posljedici nenormalnog metabolizma centralnih neurotransmitera pri čemu se stvaraju supstance koje imaju strukturu sličnu halucinogenima. Neke od tih hipoteza su: transmetilacijska hipoteza, indolaminska hipoteza, hipoteza o intoksikaciji organizma tarakseinom, hipoteza o djelovanju sporog virusa. Najznačajnija je dopaminska hipoteza koja ističe da shizofrenija nastaje zbog povećane aktivnosti moždanih neuronskih sistema u kojima je dopamin osnovni transmiter (Kaličanin, 2002). Dopaminska hipoteza shizofrenije je dominantna i prilično utemeljena. Prema njoj, shizofrenija je posljedica hiperaktivnosti dopaminergičkog sistema, gdje je moguće da neuroni proizvode više dopamine, višak dopamina u sinapsama je moguće uslijed slabe metaboličke razgradnje ili ponovnog preuzimanja, prijemni neuroni bi mogli biti hiperaktivni (Marić, 2005). Ovu hipotezu potvrđuje činjenica da medikamenti koji povećavaju dopaminergičku aktivnost pogoršavaju kliničku sliku shizofrenije ili je izazivaju. Takođe, utvrđena je povezanost antipsihotika sa njihovom sposobnošću da djeluju kao antagonisti dopaminskih receptora. Ova hipoteza je i u savremenom periodu jedna od vodećih kad se govori o etiologiji shizofrenije. Međutim, dopaminergička aktivnost nije specifična samo za hizofreniju, a dopaminski antagonisti su efikasni i u liječenju skoro svih psihotičnih i agitiranih bolesnika (Kaličanin, 2002). Hipoteza o noradrenalinskem ekscesu ukazuje da hiperaktivnost noradrenalinskog sistema u okviru shizofrenije povećava budnost i aktivira pažnju, ali nedovoljno diskriminiše informacije koje ne mogu biti adekvatno obrađene, te preplavljuju centralni nervni sistem i izazivaju poremećaja kognicije i patološku ideaciju (Marić, 2005). Refleksološka škola ističe značaj kortikalne inhibicije i retikularne dezinhibicije, što dovodi do pojave bezuslovnih refleksa koje inhibira kortikalna aktivnost, dok patohistološke hipoteze insistiraju na poremećajima retikularnog sistema, poremećajima percepcije zvuka, poremećaju tjelesne sheme. Smatra se da neki tjelesni faktori

mogu ubrzati razvoj shizofrenije, npr. za vrijeme neke infektivne bolesti, nakon porođaja (Kaličanin, 2002). Generativne faze (menstruacija, graviditet, puerperijum i klimakterijum) mogu biti predisponirajući faktori nastanka hroničnih duševnih smetnji (Kecmanović, 1980). Shizofrenija koja počne tokom nekog tjelesnog oboljenja može imati atipičan oblik i shizofreni simptomi mogu da se javе kod organskog moždanog psihosindroma. Shodno navedenom, postavljena je hipoteza da su shizofreni simptomi tip egzogene reakcije za koju postoji dispozicija. Interesantna je i uticaj akutne febrilne reakcije na hroničnu shizofreniju jer je zapaženo da se halucinacije i sumanute ideje mogu povući u ovim stanjima, a sa oporavkom se vraćaju. Većina shizofrenih bolesnika ne pokazuje nikakve promjene u psihotičnom ponašanju tokom infektivnih oboljenja. Metabolička i bihemiska istraživanja su pokazala da shizofreni bolesnici rijetko imaju dobro zdravlje, imaju slab apetit, nezdrav izgled, ali ako bolničko liječenje traje, u kombinaciji sa drugim nepovoljnim faktorima, ovo može biti posljedica a ne uzrok bolesti (Kaličanin, 2002).

2.2. Socijalni i kulturni faktori

Socijalni i kulturni faktori imaju važnu ulogu u nastanku shizofrenije. Oboljenje se znatno češće javlja u nižim socioekonomskim klasama (Marić, 2005). Sredinski bitni faktori za nastanak shizofrenije mogu biti abnormalnosti u trudnoći, na porođaju ili u razvoju fetusa. Loši socijalni uslovi doprinose većom riziku za nastanak shizofrenije, kao i zloupotreba psihoaktivnih supstanci (Gelder, Mayou, Geddes, 2009). Jakovljević razlikuje oblike sociopatogenih društvenih stanja: anahronična sociokulturna sredina (primitvne grupacije u okviru društva u razvoju), dezorganizovana ili dezorientisana sociokulturna sredina (ekonomske krize, unutargrupni sukobi), brz sociokulturni razvoj jedne sredine (urbanizacija, industrijalizacija), transplantacija drukčijih grupa ili pojedinaca u heterogene sociokulturne sredine (migracije, deportiranja) (Kecmanović, 1980). Navedene patogene društvene sredine i promjene unutar njih mogu uticati na nastanak hroničnih duševnih smetnji. Razne elementarne nepogode, poput požara, poplava, zemljotresa, većih eksplozija, predstavljaju tipične stresne situacije i mogu biti faktori u određivanju karaktera i intenziteta psihološke reakcije pojedinca na stresnu situaciju. Važno je spomenuti i kulturne etiološke faktore u nastanku hroničnih duševnih smetnji. Kultura može da određuje obrazac izvjesnog broja duševnih poremećaja koji su specifični po tome što se javljaju u određenim, specifičnim kulturama. Kroz process odgajanja i obrazovanja, kultura utiče na pojavu

duševnih poremećaja i na formiranje bazične ličnosti. Takođe, kultura može legalizovati psihijatrijski poremećaj u nekim socijalnim ulogama (uloga glumaca, umjetnika ili boema podrazumijeva određen stepen socijalne devijantnosti i pružaju zaklon duševno poremećenim osobama, a poznato je i da se priličan broj šamana vrbuje među shizofrenim bolesnicima. Ukoliko je stepen unutrašnje socijalne integrisanosti nizak može doći do pojave duševnih smetnji, ili ako su sociokulturalni uslovi takvi da je sociopsihološka pojava neizbjegljiva (uslijed sukoba) (Kecmanović, 1980).

2.3. Faktori individualnog životnog iskustva

Smatra se da shizofrenija predstavlja konačni ishod pogrešnog progresivnog prilagođavanja jedinke, tokom djetinjstva i adolescencije, sredini u kojoj živi. Među ovim faktorima, moguće etiološko značenje može imati deprivacija od strane majke ili neadekvatno materinstvo - ako je majka nesigurna i nestalna u svom stavu prema djetetu i odgovorima koje mu daje. Ako ima pri sebi emocionalnu uzdržanost ili odbijanje može da se formira ozbiljan nesklad u razvoju djetetove ličnosti koji vodi dijete u emocionalne konflikte, nepovjerenje i ljutnju prema drugima. Bitan faktor je i obrnuta roditeljska uloga - u genezi shizofrenije je značajno ponašanje majke i oca, gdje su majke opisane kao dominantne, prezaštićujuće, opsesivne, prema djetetu ima neprijateljski stav, dok su očevi shizofrenih bolesnika slabi, odsutni, nezreli, pasivni. Takođe, patogena porodica kao cjelina - porodica shizofrenih bolesnika može biti haotična (jedan roditelj je psihotičan, porodična atmosfera rastrzana) ili rigidna (kruti i nefleksibilni stavovi unutar porodice, iščekivanja koja se nameću djetetu, roditelji sputavaju dijete i posesivni su). Faktor može biti ponavljanja ekspozicija "duplicih poruka" koja podrazumijeva ponavljaju situaciju u komunikaciji dvije osobe, duple kontraverzne poruke, kad se nešto istovremeno i zahtijeva da se izvrši ali i ne dozvoljava, a dijete se navikava da na takve poruke reaguje bijesom, panikom ili apatijom što vodi u neprilagođavanje sredini i psihopatološke obrasce. Jedan od faktora su i teškoće tokom falusnog stadijuma sa reaktivacijom seksualnog straha u periodu adolescencije - seksualni konflikt može imati ulogu u nastanku shizofrenije. Psihodinamske teorije shizofrenije naglašavaju sukob ega i vanjske sredine, a teorije učenja ističu važnost uticaja roditelja koji imaju emocionalne problem, od kojih djeca uče i imitiraju iracionalne reakcije (Marić, 2005). Psihološki konflikti mogu ubrzati pojavu shizofrenije. U osnovi ovog oboljenja se često nalazi poremećen odnos s roditeljima u

ranom djetinjstvu, gdje se naglašava tip hladne, agresivne i dominantne, hiperprotektivne majke ili one koja igra ulogu žrtve u životu, dok se otac opisuje kao nesiguran i sklon povlačenju. Prema Frojdu, shizofrenija se razvija zbog fiksacije na ranijem razvojnom stepenu, i intrapsihički konflikti imaju porijeklo u ranim fiksacijama i ego defektima zbog siromašnih ranih interpersonalnih odnosa. Zbog psihološkog defekta, ego ne može da uspostavi kontrolu nad unutrašnjim porivima koji su seksualne i agresivne prirode. U adolescentnom periodu, osoba mora da raspolaže jakim egom da bi se osamostalila i odvojila od roditelja, kontrolisala vlastite pojačane unutrašnje porive i uspješno se konfrontirala sa brojnim stresogenim faktorima. Slab ego, zbog ranog defekta (defekt u ranim ego funkcijama dozvoljava ispoljavanje jake hostilnosti i agresivnosti, remeti odnos s majkom i dovodi do organizacije ličnosti preosjetljive na stres), ne može uspješno da rješava ove zadatke, a posljedica je čest razvoj shizofrenije u ovom životnom periodu. Prema psihanalitičkom učenju, kod shizofrenije se radi o potpunoj regresiji libido s vanjskih objekata gdje ne postoji diferencijacija između "ja" i vanjskog svijeta. Frojd razlikuje simptome regresije (depersonalizacija, deralizacija), simptome restitucije (pokušaj kontakta s realnošću kroz halucinacije i projekcija potisnutih afektivno nabijenih ideja te njihov doživljaj kao nečeg realnog), sumanute ideje, itd (Kaličanin, 2002).

Iako uzroci shizofrenije nisu u potpunosti razjašnjeni, sve navedeno ukazuje na to da su neke osobe osjetljivije na vanjske podražaje i zbog te vulnerabilnosti snažnije doživljavaju mnoge stvari, manje su otporni na opterećenja, stres i unutrašnje konflikte. Uslijed toga i složene interakcije genetske predispozicije, nepovoljnih bioloških, socijalnih, psiholoških i kulturnih faktora može doći do pojave simptoma hroničnih duševnih smetnji.

3. Posljedice hroničnih duševnih smetnji

Shizofrenija predstavlja hroničnu duševnu bolest s vrlo značajnim kratkotrajnim i dugotrajnim posljedicama za pojedince, njihove porodice, sistem zdravstvenih usluga i društvo u cjelini. Riječ je o teškom psihijatrijskom poremećaju koji utječe na percepciju, mišljenje, afekt i ponašanje. Spomenuti poremećaj izaziva značajnu individualnu patnju, kao i čestu dugotrajnu nesposobnost, što negativno utječe na zaposlenost, a time i socijalni status, životno zadovoljstvo i odnose sa drugim individuama (Kučukalić, Džubur-Kulenović, Bravo-Mehmedbašić, 2006). Shizofrenija

mijenja način kako bolesnici sami sebe doživljavaju i kako se ponašaju prema drugima i okolini. To je hronična duševna bolest koja oboljeloj osobi onemogućava razlikovanje stvarnih (realnih) od nestvarnih (nerealnih) doživljaja ili iskustava, ometa logičko razmišljanje, normalne osećajne doživljaje prema drugim osobama, te narušava njeno društveno funkcionisanje.¹² Osobe oboljele od shizofrenije gube interes za stvari i zanimanja kojima su se ranije bavili i teško im je ispunjavati profesionalne obaveze. Nisu u mogućnosti da izražavaju svoje emocije, povlače se od svoje porodice i okoline, ili osjećaju strah od njih. Često budu depresivne i suicidalne. Hronične duševne smetnje narušavaju život osoba s hroničnim duševnim smetnjama, njihovih porodica i ostavljaju posljedice na društvo u cjelini. Većinom imaju poteškoće u obrazovnom i profesionalnom funkcionisanju, jer bolest izaziva dugotrajnu nesposobnost što utiče na socijalni status, odnose s drugima i životno zadovoljstvo uopće.

Sociološki, posljedice shizofrenije kod velikog broja oboljelih dovode do disfunkcionalnosti koja se manifestira kroz nesposobnost za rad, roditeljstvo ili samostalnu brigu o sebi. Nesposobnost osoba oboljelih od shizofrenije je rezultat bolesti, socijalne izolacije, lošeg socioekonomskog statusa i nedostatka smještaja. Mnogi psihijatri i drugi zdravstveni radnici su imali pesimističan stav na prognozu shizofrenije. Smatrali su je teškom, progresivnom deteriorirajućom doživotnom bolesti. Međutim, ovi stavovi nisu potvrđeni u istraživanjima. Jedna trećina osoba oboljelih od shizofrenije se potpuno oporavi, a kod 10% bolesnika dolazi do progresivne deterioracije tokom života. Potrebno je istaći da bolesnici koji nikad ne dožive potpuni oporavak mogu imati prihvatljivu kvalitetu života ako dobiju adekvatnu pomoć i podršku.¹³

Osobe s hroničnim duševnim smetnjama nakon hospitalizacije pretrpe najveći mogući pad socijalnog ugleda u širem obimu socijalnih uloga. Društvo ih vidi kao osobe koje nemaju samokontrolu niti odgovornost. Smatraju ih izvorom nelagode i tjeskobe u svojoj blizini. Boravak u psihijatrijskoj bolnici smanjuje mogućnost za kvalitetan i produktivan život korisnika. Ranija istraživanja, kojima se ispitivala zaposlenost hospitaliziranih korisnika, pokazala su da je prije hospitalizacije 36% ispitanika imalo zaposlenje, a nakon hospitalizacije 20%, a skoro svi zaposleni ispitanici su pristajali na manje zahtijevan i slabije plaćen posao (Lamovec, 2005).

¹² www.stetoskop.info

¹³ www.zdravobudi.hr

Tretman osoba s hroničnim duševnim smetnjama je otežan zbog negativnog stava koji postoji u društvu. Zbog predrasuda da se shizofrenija ne može liječiti i da su oboljeli osobe opasne, dolazi do stigmatizacije i diskriminacije. Uslijed neznanja i straha, društvo zazire od osoba oboljelih od shizofrenije, pa se često izoliraju i nemaju adekvatnu podršku lokalne zajednice. Negativno obilježavanje smanjuje uspješnost liječenja, mogućnost rehabilitacije i normalnog društvenog funkcionisanja.¹⁴ Društveni stav prema osobama s hroničnim duševnim smetnjama podrazumijeva izjednačavanje njihovog ponašanja sa devijantnim ponašanjem i uvjerenja da te osobe krše društvene norme i vrijednosti. Zbog toga ih društvo izolira, odbacuje i osjeća strah od njih. Takođe, društvo ih izbjegava zbog mogućeg nepredvidljivog i ugrožavajućeg ponašanja, gubitka samokontrole i smanjene odgovornosti za postupke (mogućnost činjenja krivičnog djela bez odgovornosti). Još jedan društveni stav predstavlja osobu s hroničnom duševnom smetnjom kao "žrtvenog jarca" kojeg koriste za optužbe jer su socijalno bespomoćni, neomiljeni i uočljivi. Takođe, porodica duševno oboljeli osobe je koristi kao najslabijeg člana porodice koji nosi cjelokupnu porodičnu patologiju (Miković, 2007). Stigma je usko povezana s pojmom etiketiranja koji označava dodavanje etiketa određenoj skupini ljudi od strane okoline. Erving Goffman navodi da su stigmatizirane osobe manje vrijedne i manje ljudske, a da se stigmatizacija psihijatrijskih bolesnika temelji na teoriji moralne slabosti, opasnosti, zaraznosti te krivnje za vlastitu bolest. Prema konceptu Patricka Corrigana temelj svake stigmatizacije su razni stereotipi. Postoje tri vrste stereotipa vezana za psihijatrijske bolesnike:

- da su psihijatrijski bolesnici manjaci i potencijalne ubice kojih se treba bojati
- da su buntovnici koji se nikako ne uklapaju u društvena pravila
- da su djetinjasti i da posjeduju nerealna mišljenja o svijetu.

Vrlo često se uz stigmatizaciju veže i diskriminacija koja proizilazi navedenih stereotipa. Oboljeli osobe teže pronalaze zaposlenje, lakše se optužuju za kaznena djela i uskraćuje im se pomoć. Oboljela osoba može razviti određene emocionalne reakcije kao što su sram, nisko samopoštovanje, uvjerenje da je nesposobna, opasna ili slaba (Bernadac, 1981). Strah od diskriminacije i stigmatizacije smanjuje motivaciju osobe za liječenjem, i često se javljaju stručnjacima u već uznapredovaloj fazi bolesti sa pogoršanjem simptoma.¹⁵ Prema istraživanju

¹⁴ www.bolnicarab.hr

¹⁵ <http://nursingplanet.com>

provedenom 2017. godine u Centru za mentano zdravlje Zenica i na Odjelu psihijatrije Kantonalne bolnice Zenica, 98% ispitanika sa dijagnozom shizofrenije navodi da ima poteškoće pri zapošljavanju, a 89% njih je imalo iskustvo javnog odbacivanja zbog svog narušenog mentalnog zdravlja. Njih 76% smatra da ih okolina izbjegava, a 91% misli da su teret društvenoj zajednici.¹⁶

Mnogi ljudi sa shizofrenijom skloni su veći dio svog životnog vijeka provesti usamljeni, izolirani i marginalizirani. Budući da stigma može biti dodatni uzrok niskog nivoa samopoštovanja, depresije, prekida interpersonalnih i emocionalnih relacija te smanjenja mogućnosti zaposlenja, Svjetska psihijatrijska asocijacija 1996. godine je započela izradu globalnog programa borbe protiv stigme i diskriminacije (Arboleda-Florez, Sartorius, 2008). Gubitak produktivnosti oboljelih od shizofrenije dovodi do egzistencijalne nesigurnosti, sumnje u vlastite kompetencije, razvoja negativne slike o sebi, i posljedično, do gubitka samopoštovanja, socijalne izolacije i nefunkcionalnosti, kao i nezadovoljstva kvalitetom života. Sa svim teškoćama koje uzrokuje, shizofrenija predstavlja veliko opterećenje za društvo, porodicu i samog pojedinca (Radić i Škrbina, 2011; Ivezic, 2006; Kučukalić, Džubur-Kulenović i Bravo-Mehmedbašić, 2006). Tretman hroničnih duševnih smetnji zahtijeva integraciju bioloških, socioterapijskih i psihoterapijskih postupaka.

4. Specifičnosti rada socijalnog radnika s osobama s hroničnim duševnim smetnjama

Socijalni rad s osobama s hroničnim duševnim smetnjama posebnim čini socijalni pristup, koji od socijalnog radnika zahtijeva da što bolje upozna socijalno okruženje korisnika koristeći pri tome teorije ljudskog ponašanja i socijalnih sistema, kako bi djelotvorno intervenisao na onim mjestima gdje dolazi do interakcije među ljudima i njihovog okruženja. Socijalni radnik pomaže i osnažuje osobe s hroničnim duševnim smetnjama, s ciljem otklanjanja ili ublažavanja problema koji negativno utiču na mentalno zdravlje korisnika (Miković, 2007). Međutim, u svome radu, socijalni radnici se svakodnevno susreću sa nizom izazova i situacija koje otežavaju njihov rad i efikasnost. Jedna od poteškoća je ta što je nedovoljan broj socijalnih radnika zaposlenih u oblasti mentalnog zdravlja. Najčešće sve aktivnosti i zadaci pripadnu jednoj osobi, a praktično je nemoguće da jedan

¹⁶ Istraživanje je provedeno u svrhu izrade diplomskog rada na temu "Iskustvo socijalne stigmatizacije kod oboljelih od shizofrenije".

stručnjak uspijeva odgovoriti zahtjevima korisnika, odnosno osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Djelovanje socijalnih radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama zahtjeva često visoko specijalizirane intervencije u najintimnija i najsloženija područja života pojedinaca i obitelji, što se može negativno odraziti u osobnom i profesionalnom funkcioniranju socijalnih radnika (Družić Ljubotina, Friščić, 2014.). Prema Pražetina (2007), socijalni radnici koji rade u području zaštite mentalnog zdravlja u zdravstvu uz svoju ulogu vežu stručne zadatke, profesionalne vrijednosti, interakciju s drugim strukama i rad u timu.

Specifičnost uloge socijalnog radnika se ogleda u raznolikosti intervencija koje može pružiti u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Socijalni radnik ima odgovornost i sposobnost da osobama s duševnim smetnjama pomaže u oporavku na posredan i neposredan način. Kroz rad s pojedincem, porodicom, radnom sredinom, nevladinim organizacijama, različitim ustanovama, udruženjima za samopomoć, i aktivnostima u lokalnoj zajednici, socijalni radnik pokušava pronaći najbolji mogući način da pomogne osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Socijalni radnik preuzima ulogu pomagača i medijatora osoba s hroničnim duševnim smetnjama.

Uloga socijalnog radnika je značajna s aspekta prevencije, a podrazumijeva metode unapređivanja osnaživanja i suočavanja sa stresom što utiče na sprečavanje nastanka hroničnih duševnih smetnji ili sprečavanje njihovog pogoršanja.

Socijalni radnik koji radi s duševno oboljelim osobama se razlikuje od drugih socijalnih radnika, jer pored teorije socijalnog rada treba da bude educiran i na području mentalnog zdravlja, kako bi bio adekvatno spremjan i sposoban da pruži blagovremenu pomoć. Socijalni radnici trebaju naći odgovarajući pristup osobama s hroničnim duševnim smetnjama s ciljem pružanja kvalitetne usluge i poboljšanja kvalitete života tih osoba. Korištenje socijalnih metoda od strane socijalnog radnika može pomoći u dijagnosticiranju hroničnih duševnih smetnji. U socijalne pomoćne dijagnostičke metode se ubraja izvještaj psihijatrijskog socijalnog radnika i podaci o pacijentu dobijeni od njegove rodbine, znanaca, susjeda i dr.

Zadatak psihijatrijskog socijalnog radnika sastoji se, između ostalog, u tome da od članova pacijentove porodice, ljudi iz njegovog susjedstva, kao i njegovih kolega sa radnog mjesta dobije što više podataka o socijalnom ponašanju pacijenta u vrijeme prije početka poremećaja, kao i iz onog perioda kad su postali manifestni znaci njegovog poremećaja. Zadatak socijalnog radnika je da iz razgovora sa članovima pacijentove porodice, njegovim susjedima, kolegama sa radnog

mjesta, ljudima iz društvenih organizacija kojima je pacijent pripadao, te na temelju izvještaja centra za socijalni rad, komisija za davanje bolovanja, ocjenu radne sposobnosti, pruži što potpunije podatke kako se pacijent ponašao u određenom vremenskom periodu, kako se odnosio prema radnim, bračnim, roditeljskim i drugim obavezama; kako su se ljudi iz pacijentove okoline odnosili prema pacijentu (iskreno, neprijateljski, povlačili se...); koliko je često pacijent bio na bolovanju; da li se redovno javljaо zdravstvenim i socijalnim organima koji su nadležni za regulisanje odsustva sa posla zbog bolesti.

Psihijatrijski socijalni radnik treba takođe da ljekara i ostale članove dijagnostičko - terapijskog tima obavijesti o materijalnom stanju pacijenta, o njegovim stambenim i drugim značajnim socijalnim uslovima njegove egzistencije. Svi ovi podaci, kao i analize i zaključci do kojih dolazi psihijatrijski socijalni radnik mogu da pomognu u donošenju dijagnostičkog suda, u procesu procjene intenziteta pacijentovog poremećaja i stepena do kojeg je poremećaj onesposobio pacijenta u sferi njegovih socijalnih odnosa (Gelder, Mayou, Geddes, 2009).

Socijalni radnici u zdravstveno psihijatrijskom sistemu su osposobljeni za rad u partnerstvu, odnosno timski rad s medicinskim i nemedicinskim osobljem koje je od značaja za rješavanje nastale situacije kod pacijenata s duševnim smetnjama, njihovim porodicama i osobama koje vode brigu o pacijentima nakon hospitalnog tretmana, kako bi se optimiziralo sudjelovanje u poboljšanju socioekonomskih uslova pacijenata s duševnim smetnjama. Nakon završenog hospitalnog tretmana pacijenti s duševnim smetnjama imaju mogućnost, uz podršku porodice, nastaviti obavljati funkcije koje su imali prije dijagnostikovanja bolesti. Uslijed toga neophodna je intervencija socijalnog radnika koja u velikom broju slučajeva ima presudnu ulogu u rješavanju socijalne problematike pacijenata i ponovnog uspostavljanja svakodnevnih aktivnosti (Huremović, Muharemović, 2018).

Hronične duševne smetnje dovode do mnogih promjena u porodičnim odnosima i odnosima s drugim ljudima što za posljedicu ima osiromašenu socijalnu mrežu osoba s hroničnim duševnim smetnjama, a socijalni radnik pokušava da ublaži tu posljedicu koja ima negativan uticaj na pacijentovo zdravstveno stanje.

Specifičnost rada socijalnog radnika s osobama s hroničnim duševnim smetnjama proizilazi iz prirode i simptomatologije njihovih poteškoća. Na primjer, ako je korisnik paranoidan i odbija pomoći, on neće vjerovati ni socijalnom radniku. Ili ako porodica korisnika odbija saradnju i ne

želi ga prihvati nakon završenog bolničkog liječenja, socijalni radnik ima prepreku u svom radu. Zbog takvih situacija, psihijatrijski socijalni radnik treba da raspolaže dodatnim znanjima, kompetencijama i vještinama da bi adekvatno reagovao i pružio pomoć. Takođe, aktivnosti socijalnog radnika mogu usporavati i određene institucije zbog dugotrajnosti procedura, procesa ili čak nemogućnosti saradnje, a s druge strane imamo korisnika s hroničnom duševnom smetnjom kojem je ta intervencija neophodna i potrebna što prije.

5. Načini podrške osobama s hroničnim duševnim smetnjama i članovima porodice

Uspješno liječenje hroničnih duševnih smetnji zahtijeva veći nivo kliničkog znanja, podrazumijeva kombinaciju znanja iz psihofarmakologije i psihosocijalnih intervencija. Optimalno vrijeme za uključivanje psihosocijalne intervencije u tretman oboljelog od shizofrenije je razdoblje nakon stabilizacije produktivne psihotične simptomatologije. Proces oporavka kod shizofrenije je individualan kod svakog pojedinca, a može uključivati uspostavljanje kontrole nad simptomima oboljenja, sposobnost neovisnog življenja, zaposlenje, njegovanje prijateljstva, socijalnu podrušku, kvaliteta i produktivan život. Potrebno je naglasiti da oporavak nije isto što i izlječenje jer osoba može i dalje imati simptome koji zahtijevaju kontinuirano liječenje (Delić, Hrustić, Perić, Šabović, 2012). Psihosocijalna pomoć koju pružaju socijalni radnici koji rade s osobama s hroničnim duševnim smetnjama podrazumijeva proces psihofizičkog osnaživanja korisnika usluga, njegove porodice i socijalnog okruženja kako bi u sebi i svojoj okolini pronašao ili stekao snage i načine za uspješno suočavanje sa stresom i uklučio se u aktivnosti svakodnevnog života. Psihosocijalne intervencije podrazumijevaju sistematsku i kontinuiranu provjeru stanja pacijenta uključujući medičinske znakove bolesti, socijalne potrebe i organizaciju života za duži vremenski period. U tom smislu važno je napraviti individualni plan rehabilitacije za svakog pacijenta pojedinačno (Marić, 2005). Psihosocijalne intervencije pomažu osobama s hroničnim duševnim smetnjama da poboljšaju kvalitetu života. Ove intervencije su naročito značajne za bolesnike koji ne odgovaraju na farmakoterapiju ili je ne podnose, ili odbijaju uzimanje lijekova (Kučukalić, Džubur-Kulenović, Bravo-Mehmedbašić, 2006). Od ključne važnosti je značaj jačanja ličnosti u psihosocijalnom radu. Pojedinac, koji uz pomoć stručnjaka, preuzme i realizuje određene obaveze, ponovo stiće vjeru u sebe i svijest da može vlastitim djelovanjem promijeniti nešto

(Lamovec, 2005). Naglasak je nužno staviti na korisnike usluga, promicanje neovisnosti korisnika, njihovo učestvovanje u normalnom životu i prirodnom društvenom okruženju te posebno poštivanje njihovih građanskih i socijalnih prava. Glavni očekivani ishodi psihosocijalnog tretmana su postizanje remisije, povećanje suradljivosti i povećanje učinkovitosti farmakoterapije, smanjenje učestalosti relapsa, kontinuitet u liječenju te promjena stila života i poboljšanje kvalitete života. Očekivani socijalni ishodi su prekid autodestruktivnog ponašanja, promjena na osobnoj razini, jačanje psiholoških, emotivnih, moralnih, socijalnih, duhovnih i tehničkih kompetencija; promjene na osobnoj, društvenoj i obiteljskoj razini; nalaženje strategija za prevenciju recidiva i resocijalizaciju, povratak u obitelj i društvo te razvijanje i jačanje socijalne mreže (Stjepanović, Jendričko, Ostojić, 2015). Važno je da socijalni radnik radi sa osobom s hroničnom smetnjom, a ne za “nju” ili “na njoj”. Svaki kvalitetno osmišljen način podrške treba obuhvatiti tri nivoa: mikro (pojedinac/osoba s hroničnom duševnom smetnjom), mezzo (porodica) i makro (društvene institucije, lokalna zajednica) (Janković, 2004).

5.1. Psihoedukacija

Psihoedukacija je terapijska metoda informisanja o bolesti koju ima osoba s duševnom smetnjom. Osobe s hroničnim duševnim smetnjama i članovi njihovih porodica se moraju educirati o bolesti, njenim uzrocima, posljedicama, liječenju, nuspojavama i načinima kako da postupaju s oboljelim članom porodice, odnosno na koji način da se sam pojedinac nosi sa teškoćom koju ima. Cilj psihoedukacije je da osoba s hroničnom duševnom smetnjom prihvati bolest, da ne okrivljuje sebe i da preuzme odgovornost u cijelokupnom tretmanu kojeg ima. Važno je osnažiti osobu i vratiti joj osjećaj kontrole nad vlastitim životom. Članovi porodice i bliski prijatelji trebaju biti uključeni u psihoedukaciju jer je njihova podrška bitna za što funkcionalniji život osobe s hroničnom duševnom smetnjom (Delić, Hrustić, Perić, Šabović, 2012). Edukacija o bolesti pomaže osobama s hroničnim duševnim smetnjama i članovima njihove porodice da imaju realna očekivanja od tretmana i oporavka, da spoznaju svoja ograničenja zbog bolesti i traže podršku kad god je to potrebno. Psihoedukacijom se smanjuje rizik od pogoršanja bolesti (Babić i sur., 2018). Veoma je bitno ukazati na značaj redovno uzimanja propisane psihofarmakoterapije. Socijalni radnici koji rade s osobama s hroničnim duševnim smetnjama i koji su dodatno educirani u oblasti mentalnog zdravlja mogu organizovati različite radionice kojima je cilj povećanje nivoa znanja o bolesti.

5.2. Porodična terapija

Porodična terapija se definiše kao tretman koji se postiže uvođenjem promjena i interaktivnih obrazaca ponašanja u porodici s ciljem otklanjanja ili ispravljanja prisutnih porodičnih problema i poremećaja (Miković, 2007). Problemi koje imaju osobe s hroničnim duševnim smetnjama često su uzrokovani nepovoljnom porodičnom situacijom, ili zbog iste dolazi do pogoršanja bolesti. Osnovni cilj porodične terapije je učenje asertivne komunikacije, uspostavljanje i razvijanje kvalitetnih porodičnih odnosa. Porodične intervencije se odnose na poboljšanje porodičnih odnosa, bolje razumijevanje i prihvaćanje pacijenta od strane porodice i jačanje podrške (Corrigan, Slopen, Gracia, 2005).

Porodica, u kojoj član ima hroničnu duševnu smetnju, suočava se s tri izvora stresa: sa stajališta društva koje uključuje brojne predrasude o tim osobama i njihovim porodicama, sa neodgovarajućim odnosima institucija za duševno zdravlje i sa situacijskim stresom koji se odnosi na dešavanja svakodnevnog života (Lamovec, 2005). Sazananje o nastaloj duševnoj smetnji kod člana porodice dovodi do nefunkcionalnosti u porodičnim odnosima kada se može javiti i izostanak odgovarajuće podrške. Osnovne vrijednosti porodice, poput komunikacije, otpornosti, fleksibilnosti i samopoštovanja, mogu biti narušene kad se ustanovi da je članu porodice ustanovljen teži oblik duševne smetnje. Socijalni radnik provodeći rad s porodicom pomaže da se korisnik i njegova porodica uspješnije nose s nastalim poteškoćama. Potrebno je da se u svojim aktivnostima osloni na porodične potencijale, odnosno da porodica pomogne članu koji je bolestan ili nefunkcionalan. Ukoliko u porodici ima mnogo sukobljavanja, socijalni radnik ustanovljava odnose korisnika i njegove porodice, traži uzroke loših odnosa vraćanjem u prošlost, podržava i ohrabruje cijelu porodicu, jača preostale korisnikove snage. Zatim se pristupa radu na njihovoj komunikaciji, daju im se upute da budu pažljivi jedni prema drugima, da pažljivo slušaju i zajedno traže moguća rješenja.

5.3. Psihosocijalna i profesionalna rehabilitacija

Psihosocijalna rehabilitacija pomaže osobama s hroničnim duševnim smetnjama da se lakše nose s posljedicama svoje bolesti i da održe zadovoljavajući nivo ličnog i društvenog funkcionisanja. Osnovni cilj psihosocijalne rehabilitacije je osnaživanje, odnosno razvijanje uvjerenja kod osobe s hroničnom duševnom smetnjom da može savladati prisutne poteškoće i da može imati kontrolu nad svojim životom. Osnaživanje podrazumijeva socijalnu sigurnost, stabilno zaposlenje i stambeno zbrinjavanje osoba s hroničnim duševnim smetnjama. Da bi program psihosocijalne rehabilitacije bio učinkovit, neophodno je da se prilikom provođenja istih pomogne osobama s hroničnim duševnim smetnjama da razumiju i private svoje oboljenje, da im se pomogne u sticanju osnovnih vještina za funkcioniranje u zajednici i da mu pri tome socijalni radnik, kao dio stručnog tima, bude na raspolaganju za pomoć i podršku u prevazilaženju prepreka i poteškoća koje se pojave, te da tretman bude primjenljiv od strane drugih stručnjaka (u drugim ustanovama čije usluge osoba s duševnom smetnjom koristi), članova porodice i samog korisnika (Miković, 2007).

Obzirom da se duševne smetnje često javljaju na početku radnog vijeka, profesionalna rehabilitacija je neophodna radi očuvanja radne funkcionalnosti i pružanja mogućnosti za što duži radni vijek osobe s hroničnom duševnom smetnjom. Osnovni zadatak profesionalne rehabilitacije osoba s hroničnim duševnim smetnjama je njihovo osposobljavanje za radni proces (Dervišbegović, 2003). Stope nezaposlenosti osoba s hroničnim smetnjama su vrlo visoke jer takvi pojedinci budu odbačeni od strane socijalnog okruženja, smatraju se "ludima i nesposobnima", pa se i poslodavci teško odlučuju dati im priliku da dokažu suprotno. S druge strane, i same osobe s hroničnim duševnim smetnjama često smatraju da nisu sposobne za rad radi svojih ograničenja koja su nastupila uslijed bolesti. Radno funkcioniranje je temeljni čimbenik psihijatrijske rehabilitacije jer potiče aktivnost i socijalne kontakte, kao i samopoštovanje i kvalitetu života, vodeći društvenoj integraciji i neovisnosti (Harding, Strauss, Hafez, 1987). Rezultati Evropske studije EQOLISE upućuju da je stopa nezaposlenosti kod osoba oboljelih od shizofrenije 77% (Ryan, Ramon, Greacen, 2012). Smatra se da su simptomi bolesti odgovorni za 60% slabijeg funkcioniranja, dok se 40% dovodi u vezu sa oštećenim izvršnim funkcijama (Baddeley i sur., 2008). Veoma mali broj osoba s hroničnim duševnim smetnjama uspije dobiti posao, i to većinom poslove koji su lošije plaćeni.

5.4. Socioterapija

Socioterapija je metod rehabilitacijskog postupka kojim se nastoji da se, uporedo s medicinskim liječenjem, postigne osposobljavanje osoba s hroničnim duševnim smetnjama da se ponovo uključe u sve životne mehanizme društvene zajednice, uz istovremeno pripremanje sredine da private svog oboljelog člana i da mu pomogne u njegovoј resocijalizaciji. Socioterapija u širem smislu može da podrazumijeva razne grupne postupke jer grupa imitira vanjsku socijalnu sredinu (Marić, 2005).

Prema Perišiću, "socioterapija je terapijski metod koji prvenstveno djeluje na ponašanje bolesnika i njegove odnose sa okolinom u kojoj živi i radi. Osnovni ciljevi socioterapije su:

- da psihijatrijski bolesnik ima status aktivnog sudionika u procesu vlastitog liječenja
- da okolinu uključi u process liječenja
- da uslove života i rada u psihijatrijskim ustanovama približi realnim uvjetima u koje se bolesnik vraća poslije bolničkog liječenja
- da se postigne što brža i uspješnija socijalizacija bolesnika" (Loga, 1999: 374).

Socioterapija omogućava osobama s hroničnim duševnim smetnjama da uspostave ili održe socijalne kontakte, da shvate svoje postupke i odnose prema drugima, i da ih koriguju ukoliko su neprihvatljivi. Socioterapija podrazumijeva i uključivanje osoba s hroničnim duševnim smetnjama u vlastito liječenje, razvijanje osjećaja odgovornosti njega i njegovog socijalnog okruženja s ciljem što lakšeg i bržeg uspostavljanja narušene psihosocijalne ravnoteže (Loga, 1999). Socioterapija je proces kroz koji socijalni radnici rade s interdisciplinarnim timom u rehabilitaciji, odnosno liječenju osoba kod kojih već postoji određena psihološka patologija. Socioterapija je skupina postupaka čiji je cilj u tijeku ili nakon psihijatrijskog liječenja pripremiti pacijenta za povratak u njegovu sredinu. Pacijenta se uči prihvati pritisak sredine u kojoj živi i djeluje, a da pri tome ne iskazuje ponašanja koja karakteriziraju njegovu bolest. Krajnji je cilj ovih postupaka poboljšati socijalno funkcioniranje pacijenta odnosno poboljšati njegove sposobnosti socijalne prilagodbe. Neki od socioterapijskih postupaka su: radna i okupacijska terapija, učenje socijalnih vještina, trening radnih vještina, rekreacija, terapija glazbom i plesom, klubovi psihosocijalne pomoći i programa samopomoći, odnosno sve one aktivnosti koje će unaprijediti pacijentovo funkcioniranje u svakodnevnom životu. Socioterapija se organizira u psihijatrijskim institucijama u kojima obično postoje zasebni odjeli na kojima se provodi socioterapija, ali se može organizirati i u različitim

psihijatrijskim jedinicama izvan institucija kao što su jedinice mentalnog zdravlja, poliklinička služba ili socijalno-medicinske ustanove (Ružić, Medved, Dadić-Hero, Tomljanović, 2009). Tako se osobama s psihičkim bolestima omogućava tretman stručne prirode i pomaže u postizanju zdravlja. Tim postupcima socijalni radnik, kao i ostali stručnjaci, ima važnu ulogu u uspostavljanju prilagodbe osoba i prevenciji iscrpljenja nastalog, između ostalog, i stresnim situacijama. Socioterapija djeluje na ponašanje psihijatrijskih bolesnika i na njihove odnose prema okolini. Istovremeno djeluje i na pacijentovu okolinu bez obzira o kakvoj se društvenoj sredini radi, što znači da djeluju i na bolničku i porodičnu okolinu u kojoj je pacijent boravio prije odnosno poslije hospitalnog liječenja. Socioterapijski postupci su prilagođeni pacijentu i simptomima koje ima (Stjepanović, Jendričko, Ostojić, 2015; prema Poredoš-Lavor, Tomaić, Mustapić, Znika, 2008; Gruden, 1997; Anthony WA, 1986). Socioterapijske metode treba da u osobama s hroničnim duševnim smetnjama podstaknu osjećaj grupne pripadnosti, probude u njima potrebu za komunikacijom i da im vrate izgubljenu svijest o vlastitom značaju i vrijednostima (Kecmanović, 1980).

Prema Ceriću (1990: 373) “*socioterapija je svaka ona forma tretmana psihijatrijskih bolesnika čiji je primarni cilj podizanje i unapređenje nivoa socijalnog funkcionisanja bolesnika, odnosno poboljšanje mogućnosti bolesnika da funkcioniše i da se ponaša na socijalno prihvatljiv način. U socioterapiji se naglasak stavlja kako na socijalne tako i na druge faktore sredine koji na bilo koji način mogu da utiču na bolesnikovo ponašanje, nasuprot onih metoda koje djeluju na njegovo intrapsihičko stanje.*” U provođenju socioterapije, unaprijed se planira način, organizacija i sadržaj rada, a u postupcima se primjenjuju kognitivne funkcije (Miković, 2007).

Uvođenjem pojma grupe i razvoj grupne terapije ima za posljedicu shvatanje da čovjek nije samo biološko i psihološko, nego i socijalno biće (Loga, 1999). U grupnoj socioterapiji se primjenjuje grupni rad, a grupe se formiraju prema dijagnostičkim kategorijama pacijenata. Socioterapijsku grupu čini skupina ljudi koje se sastaju u određenim vremenskim intervalima. Sastajanje može biti organizovano sedmično, mjesečno ili svakim danom. Broj članova grupe može biti od 2-50 pa čak više članova, u odnosu na psihoterapijske grupe u kojima može učestvovati maksimalno 8 članova. (Miković, 2007). Članovi se podstiču na međusobno razumijevanje, toleranciju, uzajamno poštovanje, prihvatanje različitosti. Kada osjete da su od strane drugih prihvaćeni, počnu prihvpati i sami sebe. Takođe, smanjenjem napetosti i uznemirenosti počinju obraćati pažnju i na ljude oko

sebe. Grupa omogućava osobama s hroničnim duševnim smetnjama da se izraze i da pričaju o svojim problemima pred drugima. Ciljevi grupne socioterapije su bolje iskazivanje potisnutih emocija, poticanje osjećaja pripadnosti, smanjenje anksioznosti i depresivnog raspoloženja, prihvatanje sebe i drugih (Babić i sur., 2018). Grupna socioterapija pruža osobama s hroničnim smetnjama pozitivne učinke kroz grupna iskustva i grupne aktivnosti. Takođe, u socioterapijskoj grupi se korisnici uče da na prihvatljiv način savladaju emocionalnu napetost. Socijalni radnik, kao terapeut, ohrabruje članove grupe na razgovor, razmjenu mišljenja i uključenje u aktivnosti.

5.5. Trening socijalnih vještina

Trening socijalnih vještina ima za cilj povećanje sposobnosti samostalnog funkcijonisanja osobe s hroničnom duševnom smetnjom u zajednici. U većini slučajeva, osobe s hroničnim duševnim smetnjama imaju ograničeno svakodnevno funkcijonisanje i nisu u stanju brinuti o sebi na adekvatan način, a uobičajene aktivnosti su im veoma teške i zahtijevne. Koristeći ovaj način podrške, socijalni radnici pružaju mogućnost osobama s hroničnim duševnim smetnjama da nauče provoditi svakodnevne životne aktivnosti, a koje se tiču održavanja lične higijene i higijene prostora u kojem žive, raspolažanja novcem i organizacije slobodnog vremena (Delić, Hrustić, Perić, Šabović, 2012).

Trening socijalnih vještina je od velike koristi za oboljele od shizofrenije. Prema Kopelowicz, Liberman i Zarate (2006), socijalne vještine predstavljaju topografiju socijalnih interakcija, a socijalna kompetencija postaje odraz vlastite efikasnosti i uspjeha u stvarnom svijetu zahvaljujući interaktivnom iskustvu i njegovim pozitivnim učincima. Sam pojam vještine implicira da su one uglavnom bazirane na iskustvu učenja. Zato se trening socijalnih vještina koristi principima i tehnikama bihevioralne terapije kako bi se pojedinac naučio komunicirati svoje emocije i zahtjeve, i na taj način postigao ciljeve i zadovoljio potrebe za udruživanjem i ulogama potrebnim za nezavisni život. Trening socijalnih vještina dovodi do poboljšanja nivoa socijalne aktivnosti te uspostavljanja novih socijalnih kontakata i širenja socijalne mreže.

5.6. Okupaciono - radna terapija

Pozitivan učinak okupaciono-radne terapije na osobe s hroničnim duševnim smetnjama je prepoznat još u drevnom Egiptu, kada je korisnicima omogućavano da slušaju muziku, sviraju instrument ili se bave cvjećarstvom. Godine 1933. je počelo organizovanje radne terapije u državnoj bolnici za duševno bolesne u Stenjevcu kod Zagreba (Marić, 2005). Aktivnosti u sklopu radne terapije imaju za cilj učenje novih radnih vještina ili očuvanje njihovih radnih navika i sposobnosti. Korisnik ima mogućnost odabira aktivnosti i tehnike u skladu sa svojim sklonostima. Učešće u okupaciono - radnoj terapiji osobama s hroničnim duševnim smetnjama omogućava veće samopouzdanje, aktivno učešće u timskoj aktivnosti, što pozitivno utiče na kvalitetu života. Mogu se organizovati i različite radionice kojima je svrha osposobljavanje za neki određen posao ili prekvalifikacija zbog ograničene funkcionalnosti i smanjenja radne sposobnosti. Radna terapija označava aktivnosti u kojima je naglašen radno - korisni učinak jer se izrađeni proizvodi prodaju, dok okupaciona terapija ima za cilj okupiranje osoba s hroničnim duševnim smetnjama i podsticanje da se bave kreativnim radovima.

Nakon uspješno obavljenje radno - okupacione terapije, osobe s hroničnim duševnim smetnjama se osjećaju zadovoljno, korisno i potrebnim društvenoj zajednici. Međunarodno udruženje radnih terapeuta definiše radnu terapiju kao “*dio terapeutsko - rehabilitacionog programa i obuhvata manuelne, kreativne, rekreativne, socijalne, edukativne i ostale aktivnosti s ciljem da se kod pacijenta postigne određena fizička funkcija ili određeni željeni mentalni stav i ponašanje*” (Marić, 2005: 442). Okupaciono - radna terapija u tretmanu i rehabilitaciji osoba s hroničnim duševnim smetnjama predstavlja skup aktivnosti čiji je cilj postizanje maksimuma u obnavljanju i uspostavljanju psihičkih, socijalnih, profesionalnih i tjelesnih funkcija osoba s hroničnim duševnim smetnjama. Aktivnosti unutar okupaciono - radne terapije djeluju na psihomotorne aktivnosti, postizanje osjećaja zadovoljstva, oslobađanje od negativnih emocija (razočarenje, strah, krivica), smanjenje stresa i prevazilaženje socijalne izolacije jer se najčešće aktivnosti sporovode u grupi. Najčešće korištene tehnike u okupaciono - radnoj terapiji su: sedativne, mehaničke, dirigovane, stimulativne i slobodne tehnike (Marić, 2005).

5.7. Muzikoterapija i rekreativna terapija

Muzikoterapija ima pozitivan učinak na osobe s hroničnim duševnim smetnjama. U užem smislu, to je terapijska metoda upotrebe muzike u liječenju, rehabilitaciji i edukaciji osoba s hroničnim duševnim smetnjama. Cilj muzikoterapije je da se korisnik relaksira, stimuliše i aktivira, oslobodi svojih unutrašnjih emocionalnih napetosti, da mu se pruži podrška u izražavanju emocija i da se one pravilno usmjeravaju, i u konačnici, da se te osobe socijalizuju i rehabilituju. Ova metoda se može provoditi individualno ili grupno. Najčešće se korisniku puštaju tri muzička djela na slušanje u trajanju od 5-10 minuta. U pravilu, prvo djelo treba biti u skladu s njegovim trenutnim stanjem ili raspoloženjem, drugo djelo ga relaksira i neutralize raniji efekat, a treće muzičko jelo treba da donese terapeutske promjene, da relaksira ili stimuliše korisnika (Marić, 2005). Wigram (2000) je definisao muzikoterapiju kao korištenje glazbe u kliničkim, obrazovnim i socijalnim situacijama za liječenje klijenata ili pacijenata s medicinskim, obrazovnim, socijalnim i psihološkim potrebama. U novije vrijeme, muzikoterapija se, osim slušanjem, provodi i svirajući neki instrument od strane osoba s hroničnim duševnim smetnjama, komponovanja pjesama ili se kombinuje sa plesnim pokretima.

Rekreativna terapija podrazumijeva aktivnosti koje imaju za cilj stimulaciju, povećanje samopouzdanja, smanjenje napetosti i anksioznosti, razvijanje smisla za lijepim, učenje pravilnog disanja, poboljšavanje koordinacije pokreta kod osoba s hroničnim duševnim smetnjama. U rekreativne aktivnosti se ubrajaju: izleti, ples, gluma, igranje društvenih igara (domine, šah, karte), organizovanje kvizova ili debata (Marić, 2005).

5.8. Savjetovanje

Savjetovanje, kao način stručne podrške osobama s hroničnim duševnim smetnjama i članovima njihovih porodica, je često zastupljeno u radu s korisnicima i na taj način im se pomaže da riješe problem koje trenutno nisu sposobni sami riješiti. Prema Glasseru (2000), uloga savjetovatelja je poučavati korisnika djelotvornijem zadovoljavanju njegovih osnovnih potreba. Prema njegovojo teoriji izbora potrebno je naučiti osobu kako da uspostavi i održi blizak odnos s drugim osobama i dobre odnose s ljudima iz svog socijalnog okruženja. Važno je da socijalni radnik bude jasan u komunikaciji sa korisnikom, pokaže empatiju, razumijevanje i da pažljivo sluša korisnika. Bitan

uslov svakog kvalitetnog međuljudskog odnosa je poštovanje druge osobe, a posebno je važno poštovanje subjekta savjetovanja (Janković, 2004). Kod hroničnih duševnih bolesnika je najbolje provoditi savjetovanje kad su u stanju stabilne remisije s ciljem motivacije, pružanja informacija i usmjeravanja, da bi se takvo stanje što duže zadržalo ili riješile neke poteškoće i nedoumice koje osoba s hroničnom duševnom smetnjom ima.

6. Koordinirana briga - case management

Koordinirana briga predstavlja jedan od načina podrške osobama s hroničnim duševnim smetnjama, odnosno pristup liječenju osoba s hroničnim duševnim smetnjama čiji je cilj unaprijediti opće funkcionisanje oboljelog i smanjiti mogućnost relapsa. Koordinirana briga je oblik liječenje, odnosno oblik medicinske prakse, koji u odnosu na tradicionalni pristup liječenju psihičkih bolesti, obuhvata biološko, psihološko i socijalno funkcionisanje osobe. Onyett je 1992. godine definisao koordiniranu brigu kao način "krojenja" pomoći prema individualnim potrebama osobe, a putem isticanja odgovornosti za tretman i pružanje usluga od jedne osobe iz tima ili cijelog tima. Ovom definicijom se ističe značaj individualiziranosti usluga u mentalnom zdravlju. Briga i tretman su usklađeni s individualnim potrebama korisnika i predstavljaju jedinstven paket usluga za svakog korisnika pojedinačno. Koordinirana briga se definiše i kao aktivan pristup tretmanu i brizi za osobe kojima prijeti rizik od ponovne hospitalizacije. Ova definicija naglašava proaktivni pristup koordiniranoj brzi sugerijući realizaciju zadatka u korisnikovoj sredini u kojoj živi. Prema priručniku Case management - mental health project for South-eastern Europe, koordinirana briga je suradnički pristup radu sa osobama koje su nadležne službe procijenile da su pod povećanim rizikom od relapse, da su sa multiplim potrebama, te da ih je teško pridobiti ili su već doživjele odbijanje službi u zajednici. Ovim se naglašava fleksibilan i kreativan pristup načinu reagovanja na multiple i dugoročne potrebe klijenta, kombinuje se brzi i pravovremeni odgovor korisnikovim potrebama sa dugoročnom spremnošću za pružanje pomoći i podrške.

Koordinirana briga u mentalnom zdravlju podrazumijeva: brigu i predanost potrebama osoba s hroničnim duševnim smetnjama koje imaju multiple potrebe i koje su pod povećanim rizikom od relapse simptoma bolesti, proaktivni pristup tim osobama u njihovom prirodnom okruženju. jačanje kapaciteta za oporavak kod korisnika usluga, procjenjivanje potreba na sveobuhvatan

način, individualni plan tretmana i koordiniranje tim uslugama putem različitih službi u zajednici. Namijenjena je osobama koje boluju od težih i hroničnih duševnih smetnji, koje se teško snalaze u sistemu liječenja, imaju multiple potrebe i kojima prijeti opasnost od relapse simptoma. Cilj liječenja modelom koordinirane brige je smanjenje, ublažavanje i povlačenje simptoma, povećanje sposobnosti i jačanje samostalnosti kako bi se ojačali kapaciteti klijenta za donošenje odluka i preuzimanje odgovornosti, te samostalno rješavanje različitih situacija u njegovom životu (Lakić, Popović, Jovanović, Hrelja-Hasečić, 2013).

Socijalni radnik ima veliki značaj u provođenju koordinirane brige i u ulozi koordinatora brige, obzirom da osobe s hroničnim duševnim smetnjama u većini slučajeva imaju problem socijalne prirode gdje je neophodna intervencija socijalnog radnika. Kroz intervencije se razvija odnos sigurnosti i povjerenja između socijalnog radnika i klijenta, a koji je važan za kvalitetan terapeutski odnos.

Osobe s hroničnim duševnim smetnjama koje su uključene u koordiniranu brigu izražavaju zadovoljstvo aktivnostima koje se provode. Smatraju da se puno bolje osjećaju, da imaju veću samokontrolu, podršku i pomoć profesionalaca, smanjen je broj hospitalizacija, usvojili su mnoge socijalne vještine neophodne za svakodnevni život. Ono što posebno naglašavaju je činjenica da neko brine za njih kao osobu, uvažava ih - njihove želje i potrebe, nisu izloženi analiziranju i kritikovanju i osjećaju se prihvaćenima.

6.1. Oblici koordinirane brige

1. *Asertivni tretman u zajednici* je osmišljen krajem 60-tih godina prošlog stoljeća u državnoj bolnici Mendota u Viskonsinu i nazvan je "bolnica bez zidova". Ovaj pristup uključuje multidisciplinarni tim kojeg čine: psihijatar, psiholog, socijalni radnik, medicinski tehničari i okupacioni terapeut. Cilj je provesti neophodne postupke liječenja izvan institucije, u prirodnom okruženju klijenta. Članovi tima su dostupni svojim korisnicima 24 sata dnevno svih 365 dana u godini. Ovaj model se pokazao najučinkovitijim jer znatno smanjuje broj hospitalizacija, odnosno broj dana provedenih u bolnici u slučaju hospitalizacije, smanjuje broj beskućstva, unapređuje životne vještine korisnika, osamostaljuje ih za život u sredini u kojoj žive, pojačava kontrolu

simptoma bolesti, unapređuje kvalitetu života, jača socijalne vještine korisnika, pomaže u kriznim situacijama, nudi podršku i psihoedukaciju porodice.

2. *Intenzivna koordinirana briga* je slična prethodnom obliku, s tim da je više individualizirana i veći je rizik od profesionalnog sagorijevanja profesionalaca. Primjenjuje se od 80-tih godina prošlog stoljeća u SAD, a prvi naziv je bio Intenzivni program psihijatrijski brige u zajednici. Tim čine psihijatar (koordinator brige) i pomoćno osoblje. Koordinator brige je dostupan 24 sata dnevno korisnicima, a jednom sedmično su korisnici dužni posjetiti psihijatra. Telefonskim putem se kontaktira s korisnicima, provjerava njihovo zdravstveno stanje i eventualne poteškoće koje ima u tom trenutku. Ovaj oblik koordinirane brige je namijenjen osobama koje, pored psihičke bolesti, imaju problem ovisnosti i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, beskućnici su ili zakonski sankcionisani.

3. *Klinički model koordinirane brige* podrazumijeva aktivnu uključenost koordinatora brige u sve aspekte liječenja i oporavka. Zahtijeva se od koordinatora da je svestrano educiran i da ima razvijene profesionalne vještine kako bi adekvatno provodio svoju ulogu.

4. *Model personalnog osnaživanja* je usmjeren na snage i preostale kapacitete klijenta, a manje na postojeće deficite. Prate se klijentovi interesi, ciljevi se dogovaraju s klijentom i smanjuje se tendencija ka negativnom reagovanju prilikom upućivanja u službe na koje klijent ne pristaje. Odnos sa koordinatorom je ključan za rezultat liječenja.

5. *Rehabilitacijski model* takođe naglašava intereses i želje klijenata, ali je u fokusu zapažena nesposobnost s ciljem pozitivnog rezultata. Navažnije je poticanje klijentove samostalnosti. Odgovornost za rezultat liječenja ima jedan član tima, te postoji opasnost od stvaranja ovisničkog odnosa i profesionalnog sagorijevanja.

6. *Timska koordinirana briga* podrazumijeva skupinu jednakopravnih profesionalaca koji procjenjuju i sagledavaju klijenta, shodno svojim profesijama i daju preporuke za oporavak. Svi profesionalci su a raspolaganju klijentu, a svi imaju mogućnost učiti jedni od drugih. Nedostatak ovog modela je što odgovornost za liječenje imaju svi profesionalci i što je otežana izgradnja odnosa između korisnika i koordinatora brige.

7. *Klaster model koordinirane brige* primjenjuje koordiniranu brigu u skupini klijenata. Prednost ovog modela je što se smanjuje socijalna izolacija i razvijaju komunikacijske i socijalne vještine.

Nedostatkom se smatra nepodobnost svih klijenata za grupni rad, tako da je potrebno paziti ko će se uključiti u grupu, a kome će se osigurati drugi model koordinirane brige.

U praksi se najčešće koriste asertivni, intenzivni i timski oblik koordinirane brige, a veliki značaj u njihovom provođenju se daje personalnom osnaživanju. Svi modeli koordinirane brige se prvenstveno vode korisnicima, odnosno njihovim željama, interesima, potrebama i kapacitetima (Lakić, Popović, Jovanović, Hrelja-Hasečić, 2013).

6.2. Vrijednosti i načela koordinirane brige

1. Stavljanje fokusa na klijentove snage, sposobnosti i vještine - važno je u odnosu sa osobama s hroničnim duševnim smetnjama voditi se njenim snagama i kapacitetima, a ne onim što je kod njih disfukcionalno.
2. Kapaciteti za učenje, rast i promjenu - potrebno je podržavati klijente, vjerovati u njihove sposobnosti i podsticati ih na promjenu jer svako ima potrebu mijenjati se, razvijati i rasti bez obzira na bolest.
3. Izgradnja međusobnog odnosa kao jakog partnerstva - terapijski odnos treba biti zasnovan na povjerenju, sigurnosti, nadi, optimizmu i kontinuiranoj brizi, jer je isti često način da se nepredvidljiva ili iznenadna situacija s klijentom stabilizuje ili umanje negativne posljedice.
4. Vođenje procesa pomaganja / usmjeravanje procesa pomaganja - podrazumijeva provođenje dogovorenog plana i aktivnosti između klijenta i osobe koja je koordinator brige, pri čemu je veoma važno poštovati klijentove želje i po potrebi mijenjati dogovoreno. Klijent sam određuje ciljeve i uz pomoć stručne osobe bira ono što je realno moguće ostvariti, a koordinator ne čini stvari umjesto njega. Ovo načelo je nužno da bi se s klijentom imao kvalitetan odnos.
5. Kontinuitet brige i prihvaćenost klijenta kao temelji oporavka - obzirom da se radi o osobama s hroničnim duševnim smetnjama koje zahtijevaju dugo vremena za oporavak, ovo načelo podrazumijeva dostupnost usluga 24 sata dnevno, a naročito kad su klijenti u krizi i kada im je pomoć prijeko potrebna. Prihvatanje klijenta bez negativnih stavova, klijentu pruža osjećaj vlastite vrijednosti i samopouzdanja, što je temelje uspješnog oporavka i rehabilitacije. Najbolje je da

koordiniranu brigu provodi tim jer je na taj način prevenira profesionalno sagorijevanje osoba i pruža mogućnost dostupnosti stručnjaka u bilo koje vrijeme.

6. Dostupnost usluga i razvoj budućih perspektiva - osobe s hroničnim duševnim smetnjama su većinom doživjeli iznenadne prisilne hospitalizacije, dug boravak u bolnici s manjkom motivacije i smanjenim socijalnim funkcionalanjem, što često rezultira prekidom tretmana ako se moraju redovno javljati u neku od korisničkih službi. Svaki ponovni susret izaziva odbojnost i jača potrebu za prekidom liječenja. Zbog toga je nužno raditi u okruženju u kojem klijent živi, što ovo načelo i zagovara. Tako se bolje razumiju uzroci stresa pojedinca i posljedice koje su vidljive u njegovom ponašanju, a vježbanje određenih vještina se pokazalo učinkovitijim u prirodnom okruženju nego u ustanovi.

7. Socijalno okruženje kao izvor kontinuirane podrške - vrlo često socijalno okruženje i porodica nisu spremni prihvatići osobu s hroničnim duševnim smetnjama nakon završetka hospitalnog liječenja. Zbog toga je važno provoditi koordiniranu brigu u porodici i zajednici radi sprečavanja stigmatizacije, prilagođavanja svih aktera procesa rehabilitacije i oporavka na promjene. Važno je osnaživati porodicu klijenta i pružati im odgovarajuću podršku. Takođe, saradnja sa nevladinim i vladinim organizacijama zauzimaju bitno mjesto u oporavku klijenta. Klijent se podstiče na uključivanje u različite aktivnosti slobodnog vremena i rješavanje pravnih i statusnih pitanja (Lakić, Popović, Jovanović, Hrelja-Hasečić, 2013).

6.3. Procjene, skale i upitnici u korodiniranoj brizi

Morgan (1996) naglašava da je aktivno uključivanje osnov svih aspekata pomažućeeg procesa i samo po sebi terapeutska aktivnost. Aktivno uključivanje je dio procesa shvatanja problema, planiranja i realizacije intervencija, odnosno odvija se u kontinuitetu kontakta s korisnikom. Aktivno uključivanje započinje kada postoji zajednička svjesnost o uzajamnom povjerenju i poštovanju u relaciji profesionalac - klijent. Niti jedna aktivnost ne treba biti poduzeta prije nego što se uspostavi terapijska relacija i međusobno razumijevanje. Prilikom uključivanje osobe s hroničnim duševnim smetnjama u koordiniranu brigu, važno je pripremiti odgovarajući i udoban prostor, imati vidu da se klijenti plaše odbacivanja, biti empatičan, staviti se u njegovu poziciju i pokazati poštovanje prema njemu. Dešava se da klijent održava fizičku ili psihičku distancu koju

je profesionalac dužan poštovati i izbjegavati ponašanja zbog kojih bi se klijent osjećao neugodno. Za klijente je najvažnije da ih neko sasluša i razumije njihovo iskustvo, i zbog toga je potrebno aktivno slušati, a razlike u status i moći svesti na minimum. Za uspješno provođenje koordinirane brige, neophodno je da svaki klijent ima koordinatora brige koji pruža praktičnu i emocionalnu podršku i informacije, ima ulogu glavne kontakt osobe u službi za mentalno zdravlje, pomaže u situacijama zbumjenosti, neslaganja i ljutnje. Važno je da koordinator brige i klijent uspostave kvalitetan terapeutski odnos zasnovan na povjerenju.

Provođenje koordinirane brige uključuju nekoliko bitnih procjena, upitnika i skala kojima procjenjujemo potrebe i zdravstveno stanje klijenta, socijalno funkcionisanje, njegove ciljeve, želje i interes. Procjena vođena potrebama ima za cilj da se kreira individualizirani plan brige u skladu s korisnikovim potrebama (zdravstvenim, psihološkim, socijalnim). Obavlja se u saradnji s korisnikom i članovima njegove porodice, i obavezno je prepoznati i procijeniti korisnikove snage i potencijale bitne za oporavak. Procjena je sveobuhvatna i holistička, i uključuje: psihijatrijsko, psihološko i socijalno funkcionisanje, procjenu rizika, potrebe vezane za komorbiditet, potrebe porodice i njegovatelja, stanovanje, finansijski i radni status, kulturne i religijske potrebe, potrebe vezane za fizičko zdravlje, gledišta korisnika i njegovatelja (Lakić, Popović, Jovanović, Hrelja-Hasečić, 2013).

Upitnik procjene vođene potrebama je podijeljen na tri dijela koja se odnose na prošla događanja i teškoće, sadašnje stanje i budući ciljevi. Pitanja koja su obuhvaćena ovim upitnikom tiču se stanovanja, finansija, zdravlja, okupacionih aktivnosti i slobodnog vremena, zanimanja, svakodnevnih aktivnosti, socijalne podrške, kulture i religije. U ovoj procjeni se takođe određuju prioriteti koje klijent postavi.

Kratka psihijatrijska skala procjene (BPRS) se koristi za procjenjivanje sljedećih područja: somatski problem, anksioznost, depresija, suicidalnost, krivnja, hostilnost, povišeno raspoloženje, grandioznost, sumnjičavost, halucinacije, neobični misaoni sadržaji, bizarno ponašanje, samozanemarivanje, dezorientacija, konceptualna dezorganizacija, osiromašen afekt, emocionalno povlačenje, motrona retardacija, napetost, nekooperativnost, uzbudjenost, rasijanost, motorna hiperaktivnost, manirizam i poziranje.

Globalna procjena funkcionisanja - Skala socijalnog i radnog funkcionisanja (SOFAS) se koristi za procjenu opšteg nivoa funkcionisanja uzimajući u obzir socijalno, radno, ili školsko funkcionisanje i održavanje higijene.

Skala zdravlja nacije (HONOS) služi za mjerjenje zdravstvenog i socijalnog funkcionisanja osobe sa hroničnim duševnim smetnjama.

Mjera kvaliteta života putem samoizvještavanja za osobe sa shizofrenijom (SQLS) procjenjuje psihosocijalno funkcionisanje, motivaciju i energiju, simptome i nuspojave. Praktična je za primjenu jer ne zahtijeva mnogo vremena.

Avon mjerjenje mentalnog zdravlja - "Moj pogled" je strukturisani upitnik čiji je cilj da pomogne profesionalcima da bolje razumiju način na koji korisnik vidi svoje problem, koja vrsta brige i podrške je potrebna korisnicima za oporavak. Upitnik se koristi u okviru pripreme za izradu plana brige, tokom kućne posjete i kad je korisnik uključen u neki program. Obuhvata slijedeća područja: bazične potrebe (ishrana, stanovanje i briga o samom sebi), lični život (rekreacija, svakodnevne aktivnosti, kontakt i podrška od porodice i prijatelja, stigma i diskriminacija, ranjivost i značajni životni događaji), ponašanja (navike spavanja, ishrane, nošenje sa različitim situacijama, zloupotreba psihootaktivnih supstanci, samopovređivanje, pokušaji suicida), čime klijent raspolaže (prijevoz, savjeti, prihodi, komuniciranje, upravljanje novcem), moje mentalno zdravlje (promjena ponašanja, depresija, anksioznost i strah, opsativno razmišljanje i kompulzivno ponašanje, pamćenje, koncentracija, motivacija, terapija i podrška, efekti terapije, neuobičajeno razmišljanje i iskustva).

Procjena rizika - Kliničko upravljanje rizikom se definiše kao jedan od brojnih organizacionih sistema i procesa s ciljem poboljšanja kvaliteta zdravstvene njegе, ali čiji je primarni zadatak kreiranje i održavanje bezbjednog sistema zaštite. Procjena rizika se može definisati kao sistematsko prikupljanje informacija radi određivanja stepena povređivanja sebe ili drugih, koji se može desiti u određenom trenutku (Vincent, 2001). Svi članovi multidisciplinarnog tima imaju odgovornost da razmotre rizike i upravljanje njima, te da ove podatke dokumentuju kao sastavni dio njihove uključenosti u tretman korisnika. Važno je identifikovati rizik, procijeniti njegov mogući uticaj i vjerovatnoću, i preduzeti mjere koje će spriječiti događaj ili minimalizirati potencijal da se događaj desi, odnosno minimalizirati njegov uticaj ako se incident već dogodio.

Pri razmatranju rizika uzimaju se u obzir korisnikove socijalne, porodične i društvene okolnosti, kao i opasnost koju korisnik može predstavljati za sebe ili druge.

Prvo se radi screening na rizik koji pomaže da se identificuje da li postoje indikatori potrebni za detaljnijom procjenom rizika. Detaljnija procjena rizika se radi za: rizik od zloupotrebe psihoh-aktivnih supstanci, rizik od samopovređivanja/suicida, rizik od samozanemarivanja/ranjivosti, rizik od nasilja i seksualnog zlostavljanja, rizik za djecu, rizik od poremećaja ishrane. Nakon urađene procjene, potrebno je napraviti plan upravljanja rizikom (PUR) koji ima za cilj jačanje protektivnih faktora i smanjivanje korisnikovih okidača rizika ili njihov efekat.

Sve navedene procjene, upitnici i skale se revidiraju sa jasno naznačenim datumima naredne procjene.

Plan brige podrazumijeva individualno planiranje i provođenje zaštite mentalnog zdravlja bazirano na potrebama korisnika, izradi plana zaštite i pružanju usluga koordinirane brige. Osnovni principi planiranja brige su: uključivanje korisnika, povjerljivost, kontinuitet praćenja i zaštite, saradnja između službi, uključivanje vladinih i nevladinih organizacija, krizni plan, procjenu rizika i upravlje istim.

Plan brige obuhvata: identifikovane intervencije i očekivane rezultate, opis svih neophodnih aktivnosti da se dostignu kratkoročni i dugoročni ciljevi, procjena vremenskog okvira u kojem će ciljevi biti ostvareni ili revidirani, procjenu rizika i odgovarajući krizni plan. Plan brige stavlja fokus na korisnikove snage i uključuje sve aspekte života korisnika gdje je potrebna podrška. Potrebni su učestali kontakti sa osobama s hroničnim duševnim smetnjama prva tri mjeseca nakon otpusta iz bolnice. Plan brige se revidira minimalno jednom u 6 mjeseci.

Krizni plan je plan aktivnosti koje treba da budu poduzete u slučaju krize, odnosno izloženosti stresnim situacijama, pogoršanju bolesti ili ponovnoj pojavi simptoma bolesti. Krizni plan sadrži rane znakove upozorenja i indikatore relapse, kojoj osobi korisnik najviše vjeruje i kako kontaktirati tu osobu, prethodne strategije koje su se pokazale uspješnim u sličnim situacijama (Lakić, Popović, Jovanović, Hrelja-Hasečić, 2013).

Koordinirana briga integriše vertikalnu i horizontalnu strukturu neophodne podrške osobi za život u zajednici, u prirodnom okruženju, okruženju rodbine, prijatelja (Imširović F., Vantić-Tanjić, Nikolić, Imširović M., Peštalić, 2020). Da bi oporavak korisnika bio što uspješniji, neophodno je u okviru koordinirane brige primjenjivati intervencije u okruženju koje podrazumijevaju povezivanje sa resursima u zajednici, rad sa porodicama i njegovateljima, razvoj, održavanje i širenje korisnikove socijalne mreže, saradnju sa profesionalcima iz drugih službi i organizacija, zagovaranje od strane profesionalaca i korisnika, borbu protiv stigme i diskriminacije (Lakić, Popović, Jovanović, Hrelja-Hasečić, 2013).

6.4. Prikaz slučaja iz koordinirane brige

Članovi tima: neuropshijatar, psiholog, socijalni radnik, okupacioni terapeut, medicinska sestra.

Klijentica N.N. je na tretmanu u Centru za mentalnu rehabilitaciju Zenica od 2012. godine, pod dg. F22-stalna sumanuta stanja. Redovno dolazi na kontrolne preglede kod nadležnog psihijatra. Ranije je liječena ambulantno u Kantonalnoj bolnici Zenica, na odjelu psihijatrije. Tokom liječenja je zabilježena jedna prisilna hospitalizacija. Njeno mentalno zdravlje je narušeno od trenutka suprugove smrti, tokom ratnih dešavanja. Nedugo nakon suprugove smrti, navodi da je silovana od strane bliske osobe, a mentalno zdravlje se pogoršava tokom 2011. godine. Uključena je u proces koordinirane brige od decembra 2016. godine.

Kroz proces koordinirane brige, stiče se uvid u nepovoljnu socio-ekonomsku situaciju klijentice, što i sama klijentica ističe kao svoj problem i značajan uzrok svoje zabrinutosti. Izraženu problematiku predstavljaju i dugovanja visokih iznosa, te reducirano socijalnih aktivnosti. Uočena je motiviranost klijentice da se bori i iskoristi svoje resurse za poteškoće u kojima se nalazi. Klijentica je uključena u grupnu okupaciono-radnu terapiju, grupnu socioterapiju, te individualne tretmane kod psihologa. Trenutno je stabilnoj remisiji, na terapiji održavanja neuroleptika i sedativa.

Postavljeni ciljevi: održati motivaciju klijentice za dolazak na redovne kontrolne preglede, kontinuiran kontakt sa centrom za mentalno zdravlje, psihički osnažiti klijentiku, ostvariti prava iz oblasti socijalne zaštite za sina klijentice, riješiti nagomilane dugove mjesečnih doprinosa za stan u kojem živi klijentica.

Socio-anamnestički podaci

Klijentica N.N., rođena u Kakanju, 1964. godine, četvrto i ujedno najmlađe dijete po rođenju. Odrasla sa roditeljima, dvojicom braće i jednom sestrom. Majka je bila religiozna, a otac sklon konzumiranju alkohola, često van kuće ne vodeći brigu o djeci. Klijentica navodi da joj je nedostajalo ljubavi s majčine strane ali da nije osjećala ljubomoru u odnosu na sestruru, koja je imala majčinu pažnju. Rani psihohmotorni razvoja je protekao uredno. Navodi negativan psihijatrijski hereditet u porodici.

Završila je osnovnu školu, nikad nije zasnivala radni odnos, bavila se poljoprivredom i stočarstvom. Udalila se kad je imala 18 godina, i preselila u ruralno naselje na području Zenice. Suprug bio alkoholičar, često nasilnog ponašanja. U bračnoj zajednici, koja je trajala 11,5 godina, rodila je tri sina, imala jedan spontani pobačaj, te pet namjerno prekinutih trudnoća. Tokom ratnih dešavanja, suprug je bio dva puta ranjavan, a 1994. godine ostaje udovica. Tad se javljaju prve psihičke tegobe, kako navodi klijentica depresivne simptomatologije, ali nije tražila stručnu pomoć. Godine 2011. je prvi put hospitalizirana na odjelu psihijatrije, zbog izmijenjenog ponašanja i navoda da će se ubiti. Klijentica i koordinatorica brige su razvile odnos povjerenja, te je klijentica navela da je silovana od strane bliske osobe, ubrzo nakon suprugove smrti i da nikome to nije spominjala. Druge zdravstvene tegobe koje klijentica ima su hipotireoza i gonartroza koljena.

Od 1994. do 2006. godine, šest puta je promijenila mjesto stanovanja. Godine 2006. dobija stan na korištenje od suprugovog poslodavca.

Stariji brat klijentice je umro 2013. godine, i taj period opisuje veoma teškim, mnogo je žalila za njim. Drugi brat živi u Kakanju i u dobroim su odnosima. Sestra klijentice živi u Zenici i povremeno se posjećuju.

Najstariji sin klijentice (33) je na tretmanu u centru za mentalno zdravlje od 2013. godine pod dg. Nediferencirana shizofrenija, sa četiri zabilježene hospitalizacije. Tokom odrastanja je bio poslušan i povučen. Koristeći ordiniranu terapiju bio je u radnom odnosu, ali unazad godinu dana se povukao u sebe i postao prilično nefunkcionalan pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti, ne priča, samo šuti. Klijentica vodi brigu o njemu.

Mlađi sin (32) je bio delinkventnog ponašanja tokom odrastanja, oženio se prije 4 godine i od tad nema kontakt sa njim, jer to osporavaju njegova supruga i njena porodica.

Najmlađi sin (26) je pohađao srednju školu za stručno obrazovanje i radno osposobljavanje osoba sa poteškoćama, podrška je i oslonac klijentici i bratu.

Obzirom na sve navedene poteškoće, tim centra za mentalno zdravlje odlučuje uključiti klijenticu u koordiniranu brigu, a za koordinatora se postavlja socijalna radnica, s kojom je klijentica uspostavila i razvila odnos povjerenja.

Koristeći *Procjenu vođenu potrebama*, fokus je stavljen na finansije, stanovanje, slobodno vrijeme klijentice i socijalnu podršku, kao i na njeno fizičko i mentalno zdravlje.

HONOS - dobijen je skor 18. Najizraženiji problemi vezani za uslove življenja, za posao ili zanimanje, problemi vezani za svakodnevne životne aktivnosti (pad koncentracije, depresivno raspoloženje).

SOFAS - na skali za procjenu društvene funkcionalnosti skor je 65 - postojanje određenih poteškoća u društvenoj funkcionalnosti, ali posjedovanje određenih interperonalnih odnosa.

SQLS - dobijen je skor 100. Motivacija i energija 23 (izražen nedostatak energije, bezvoljnost), psihosocijalno funkcionisanje 54 (zabrinutost za budućnost, usamljenost, slabija koncentracija, depresija), simptomi i nuspojave 23 (poremećen san, grčevi u mišićima).

BPRS - na kratkoj psihijatrijskoj skali skor iznosi 21. Izraženi somatski problemi, depresija, povremena rasijanost.

AVON - uz aktivnu uključenost klijentice, identificirane su njene potrebe i resursi.

Revizije su planirane za jednu godinu.

Kratkoročni ciljevi: uključiti klijenticu u individualne i grupne tretmane, osnažiti klijenticu radi postojećih i nadolazećih poteškoća, zakazati potrebne preglede vezane za fizičko zdravlje klijentice, ostvariti prava iz domena socijalne zaštite za sina klijentice, početi sa otplaćivanjem dugova.

Dugoročni ciljevi: zadržavanje trenutnog mentalnog statusa klijentice, ostvariti prava iz domena socijalne zaštite za klijenticu, poboljšati funkcionalnost najstarijeg sina pri svakodnevnim aktivnostima, poboljšanje oralnog zdravlja, adaptacija stambenog prostora.

Identificirani su rizici od samopovređivanja i rizik od samozanemarivanja. Kod oba rizika indikator je nizak.

Plan za praćenje i upravljanje rizikom - klijentica ima djelomičan uvid u svoje stanje. Uglavnom je sposobna brinuti o samoj sebi.

Rizična pitanja, a koja mogu uticati na psihofizičko zdravlje klijentice su nepovoljna socioekonomска situacija, narušeno mentalno zdravlje najstarijeg sina, prekinut kontakt sa mlađim sinom, osiromašena mreža socijalnih kontakata.

Karakteristike rizičnog ponašanja su izražena nervosa i razdražljivost.

Datumi naredne Procjene rizika i praćenja indikatora su planirani za godinu dana.

Krizni plan je urađen u mjesecu martu 2017. godine. Prihvatljivi tretmani za klijenticu su u centru za mentalno zdravlje, a ako treba i u bolnicu. Želi da joj se pomogne kad ona ne bude u stanju donositi odluke, terapija joj odgovara. Kao najveću podršku i oslonac navodi najmlađeg sina, brata i profesionalce centra za mentalno zdravlje.

„*Kad više nisam sposobna donositi odluke o sebi, osjećam pojačanu nervozu i osjećaj oduzimanja tijela... Kad se osjećam dobro, ja sam raspoložena, nisam nervozna, osjećam se lijepo...*“ Klijentica je ovim željela objasniti kako se osjeća u stanjima uznenirenosti ili pogoršanja bolesti koji su upozoravajući zahtijevaju adekvatan pristup, i da ukaže na svoje raspoloženje i ponašanje kad se osjeća dobro i sigurno.

Nakon postavljenih kratkoročnih i dugoročnih ciljeva, izrađen je plan brige i tretmana u skladu s potrebama klijentice. Multidisciplinarnim pristupom su planirane intervencije u svrhu ostvarivanja kratkoročnih ciljeva, za narednih šest mjeseci. Sastanci tima su održavani jednom mjesечно, ili sedmično sa dijelom tima profesionalaca. Rezultati su postignuti u očekivanim vremenskim periodima.

Ostvarene su intervencije u slijedećim zdravstvenim službama/ustanova/firmama/humanitarnim organizacijama: JU Dom zdravlja Zenica (stomatološka i ginekološka služba), JU Kantonalna bolnica Zenica (odjel nuklearne medicine i odjel psihijatrije), Institut za medicinsko vještovanje zdravstvenog stanja u Zenici, PIO/MIO Zenica, JP “Grijanje“, frizerski salon, Crveni križ.

Kućnu posjetu su obavile koordinatorica brige i psiholog tima. Terenskom procjenom se dobio uvid u stambene prilike klijentice, organizaciju njenih svakodnevnih aktivnosti i u funkcionalnost njenog sina.

Revizijom Plana brige i tretmana, nakon šest mjeseci, ustanovljena su slijedeća postignuća:

- Klijentica je redovno dolazila na kontrolne preglede u centar za mentalno zdravlje.
- Obavljen je kontrolni pregled kod specijaliste nuklearne medicine.
- Urađen ultrazvuk dojke i mamografija.
- U pratnji socijalne radnice, obavljen ginekološki pregled.
- Obavljen stomatološki pregled, te ekstrakcija zuba takođe u pratnji socijalne radnice.
- Obezbijeden paket prehrambenih i higijenskih potrepština.
- Klijentica redovno dolazi na individualne socioterapijske i psihološke tretmane.
- Prisustvuje grupnim terapijama jednom sedmično. Dobro se snalazi u grupnim aktivnostima, ostvaruje kontakt sa članovima grupe, kako na grupnim terapijama, tako i u slobodnom vremenu, stiče povjerenje u ljude.
- Primijećena manja zabrinutost u vezi ekonomске situacije.
- Omogućene frizerske usluge u suradnji sa frizerskim salonom, što je doprinijelo osvještavanju ličnih potreba klijentice, te povećanom samopouzdanju.
- Ostvareno pravo na tuđu njegu i pomoć za sina.
- Predat zahtijev za ocjenu radne sposobnosti za sina.
- Dogovoren sastanak socijalne radnice sa Nadzornim odborom JP "Grijanje", te je omogućena isplata duga na rate, bez kamate.
- U suradnji sa udruženjem "Porodice šehida", omogućeno odrđivanje pripravničkog staža najmlađem sinu.
- Klijentica uspješno organizuje svoje slobodno vrijeme.
- Obavlja svakodnevne smislene aktivnosti i održava kontakt s porodicom.
- 2-3 puta sedmično prošeta sama, ili sa najstarijim sinom.
- Lakše uspostavlja kontakt sa drugim ljudima.

Klijentica se trenutno nalazi u fazi dobre remisije, čemu je značajno doprinijelo uključenje u koordiniranu brigu, pomoć koordinatora brige - socijalne radnice centra za mentalno zdravlje u iznalaženju načina rješavanja problema klijentice. Cjelokupna pomoć je pozitivno uticala na stabilizaciju psihofizičkog stanja klijentice. Urađen je Upitnik o zadovoljstvu klijenata, u kojem klijentica odgovorima izražava sreću i zadovoljstvo obostranim radom i zalaganjem, te postignutim uspjehom (Lakić, Stjepanović, Zrnić, Mehmedić-Džonlić, 2018).

IV. SOCIJALNI RAD U MENTALNOM ZDRAVLJU

1. Historijski razvoj socijalnog rada u mentalnom zdravlju

Osnivač socijalnog rada u zdravstvu je američki ljekar R. S. Cabot, koji je 1893. godine zaposlio prvog socijalnog radnika u bolnici. On je smatrao da je neophodno poznavati socijalno - ekonomske prilike bolesnika da bi ozdravljenje i oporavak bili što uspješniji. “*Bolesnici koji se nalaze na ambulantnom liječenju nisu u mnogim slučajevima poslije očekivanog ozdravljenja mogli sprovesti ljekarska uputstva u pogledu mirovanja, oporavka, ishrane, promjene radnog mjesta i slično, bez podstrekha, bez savjetovanja i bez ekonomske i pravne pomoći, a nisu znali gdje da tu vrstu pomoći dobiju*” (Martinović, 1987: 68).

Obzirom da ljekari nisu uspijevali niti stizali proširi djelokrug liječenja izvan stacionarne ustanove na porodicu ili radno mjesto, potreba za socijalnim radnikom je bila još izraženija. Od 1905. godine se organizuje specijalizacija za socijalni rad u zdravstvu, a od 1912. godine i subspecijalizacija za psihijatrijski socijalni rad. Na taj način se institucionalizovao socijalni rad u zdravstvu (Babić i sur., 2018). U Londonu je 1895. godine zaposlena socijalna radnica u bolničkoj ustanovi, a u Hrvatskoj 1955. godine. Prema podacima iz 2018. godine, u zdravstvenom sistemu Hrvatske zaposleno je 88 socijalnih radnika (Babić, Laklija, 2019). U Srbiji se socijalni rad u zdravstvu uveo krajem 1959. godine. Tri fenomena su vodila prema uvođenju socijalnog rada u sistem zdravstva: demografske promjene populacije, stavovi kako bi oboljele osobe trebale biti liječene i gdje bi tretman trebalo provoditi i stavovi prema ulozi društvenih i psiholoških faktora u zdravlju (Gehlert i Browne, 2006). Bolnički socijalni radnici su obavljali zadatke koji su uključivali procjenu životnog okruženja pacijenta, odnosno porodične situacije, obrazovanje pacijenta vezano uz boravak u bolnici i potencijalni uticaj dijagnoze na život osobe te prilagodba pacijenta uputama i preporukama liječnika (Beder, 2006).

Prema članu 34. Zakona o zdravstvenoj zaštiti FBiH, socijalni radnik učestvuje u provođenju pojedinačnih mjera zdravstvene zaštite na primarnom nivou, u zdravstvenoj zaštiti radnika, predškolske i školske djece i u zaštiti mentalnog zdravlja. Nažalost, u našem zdravstvenom sistemu je veoma malo zaposlenih socijalnih radnika.

Pogačnik (1984) navodi tri grupe opštih zadataka socijalnih radnika u zdravstvu:

1. Proučavanje problema povezanih sa bolešću, primjena socijalne terapije sa bolesnicima uz učešće ljekara, saradnja s bolesnikovom sredinom i uklanjanje faktora koji lose utiču na psihofizičko stanje pacijenta;
2. Saradnja s drugim zdravstvenim organizacijama, centrima za socijalni rad, radnim organizacijama;
3. Razvijanje raznih socijalnih programa u zdravstvenim ustanovama (Čekerevac, 2012).

Krgović (1998) je na drugačiji način odredio zadatke socijalnog radnika u zdravstvenim ustanovama:

1. Rad s bolesnikom na rješavanju njegovih problema, te otklanjanje smetnji i teškoća koje se mogu pojaviti kao prepreka uspješnom liječenju;
2. Rad s okolinom i mobilizacija okoline radi njenog uključivanja u process liječenja. U tom smislu veoma je važan zadatak saniranje prilika u porodici, rad na održavanju kontakata bolesnik-porodica, razvijanje gdje je to potrebno, dobrih interpersonalnih odnosa između bolesnika i porodice;
3. Održavanje kontakta s radnom i širom društvenom sredinom bolesnika.

Iz navedenog možemo zaključiti da je za uspješno ozdravljenje neophodna saradnja s porodičnom i radnom sredinom pacijenta, a upravo je socijalni radnik osoba koja sarađuje i uspostavlja komunikaciju i odnose sa istima. Ukoliko je šira sredina pacijenta nedostupna ili odbija saradnju, onda se socijalni radnik fokusira na rad isključivo sa pacijentom.

Socijalni pristup osobama s duševnim smetnjama je sporadično prisutan kroz historiju. Hipokrat je u terapijske postupke svrstavao grupno vježbanje, rad, muziku i brak. Platon se među prvima zalagao da porodica brine i liječi duševnog bolesnika. Pinel je u Parizu oslobođio duševne bolesnike okova. U SAD-u su formirani azili za aktivnosti duševnih bolesnika. Socijalni rad je imao značajnu ulogu u razvoju socijalne psihijatrije, koja je stvorila temeljne mogućnosti koje su dale mogućnost implementaciji socijalnog rada sa osobama s duševnim smetnjama (Jakovljević, Begić, 2013). Socijalnim pristupom u području mentalnog zdravlja se nudi podrška korisnicima i pružanje informacija. Potreba za uključivanjem socijalnog radnika u oblasti mentalnog zdravlja prvi put je javno izražena u Engleskoj, gdje se zvanje psihijatrijskog socijalnog radnika vezuje za

rad prve terapijske zajednice koju je osnovao Maxwel Jones (Miković, 2007). Implementacija socijalnog rada u zdrvastvenim psihijatrijskim ustanovama vrlo često je usko povezana sa socijalnom psihijatrijom, najčešće u dijelu odnosa sociokulturalnih procesa i mentalnog zdravlja (Huremović, Mahmutović, 2018).

2. Socijalni rad u bolničkim i vanbolničkim ustanovama

Nakon Francuske revolucije duševni bolesnici su bili liječeni u specijalizovanim psihijatrijskim institucijama, tzv. azilima. Smještajem u azile, psihijatrijski bolesnici su bili oslobođeni ranije primjenjivanog zatočeništva u kojem su vrijeme provodili u okovima. Vremenom su azili zamijenjeni psihijatrijskim bolnicama (Kecmanović, 1980). Danas se zaštita mentalnog zdravlja i tretman osoba s duševnim smetnjama sprovodi u bolničkim i vanbolničkim ustanovama. Usluge socijalnog rada su dostupne u obje varijante liječenja i predstavljaju neophodan korak ka uspješnom oporavku. Socijalni radnik je najčešće član multidisciplinarnog tima odjela ili službe.

Psihijatrijska bolnica i klinika predstavlja važnu kariku u lancu psihijatrijskih ustanova, s ciljem liječenja osoba s duševnim smetnjama, koja pruža medicinski tretman, rehabilitaciju i socijalno prilagođavanje osobama s duševnim smetnjama. Pojava psihijatrijskih bolnica je označila početak hospitalne faze tretmana osoba s duševnim smetnjama. Rad u bolnicama je organizovan tako što je podijeljen na dva odjела: zatvoreno (urgentno) odjeljenje i otvoreno odjeljenje. Zatvoreno odjeljenje je namijenjeno agresivnim, izrazito nemirnim osobama s duševnim smetnjama koje imaju procijenjen visok rizik od suicidalnosti, odnosno homocidalnosti, ili kojima je izrečena sudska mjera obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi. Na ovim odjelima se koriste mehanička fiksacijska sredstva radi sprečavanja bolesnika da našteti sebi ili drugima, te radi što uspješnije aplikacije lijekova koji su neophodni u liječenju. Zatvorena psihijatrijska odjeljenja su zaključana, a pacijenti su pod nadzorom medicinskog osoblja 24 sata dnevno. Posjete na ovim odjelima se ne praktikuju u prvih nekoliko dana hospitalizacije radi zdravstvenog stanja pacijenata i njihove smanjene funkcionalnosti. Kada ljekar procijeni da je posjeta moguća i da će pozitivno uticati na pacijenta, tada biva odobrena. U ovakvim situacijama, aktivnosti socijalnog radnika su nužne da bi se ostvario kontakt s članovima porodice ili bliskim prijateljima. Najčešće na zatvoreno psihijatrijsko odjeljenje pacijenti budu dovedeni od strane

policije i hitne pomoći, često bez bilo kakve medicinske ili identifikacijske dokumentacije, pa socijalni radnik mora provjeriti i utvrditi identitet osobe, provjeriti i regulisati zdravstveno osiguranje ukoliko ga nema, i ostvariti komunikaciju sa članovima porodice radi obavještavanja o zdravstvenom stanju pacijenta i donošenja neophodnih ličnih stvari. Pacijent boravi na zatvorenom odjeljenju onoliko koliko ljekar smatra potrebnim, a u zavisnosti od stanja pacijenta. Postoji mogućnost odlaska pacijenta kući na vikend, koji se koristi da se provjeri funkcionalnost izvan bolnice. Tada, najčešće, član porodice preuzima pacijenta, vodi brigu o njemu, vrši nadzor i o svemu tome obavijesti ljekara kad se vrati u bolnicu. U praksi se dešava da nakon probnog vikenda pacijent bude otpušten, ukoliko je njegovo zdravstveno stanje zadovoljavajuće i ako je srodnik spreman nastaviti voditi brigu o pacijentu. Socijalni radnik u ovim slučajevima provodi psihoedukaciju člana porodice radi što boljeg prihvatanja pacijenta nakon izlaska iz bolnice i što kvalitetnije saradnje s pacijentom, te njegove prilagodbe nakon hospitalnog tretmana. Obzirom da boravak na zatvorenom psihijatrijskom odjeljenju za većinu pacijenata predstavlja traumatsko iskustvo, socijalni radnik se posebno treba posvetiti tom dijelu prilikom provođenja socioterapijskih mjera.

Otvoreno psihijatrijsko odjeljenje je namijenjeno osobama s duševnim smetnjama koje imaju kritički uvid u svoje zdravstveno stanje, izražavaju želju i volju za oporavkom, i nisu ugrožavajući za sebe i svoju okolinu. Na ovo odjeljenje, pacijent može biti odmah primljen ili prebačen sa zatvorenog odjeljenja nakon stabilizacije prvobitnog stanja, odnosno kad ne dominira simptomatologija radi koje je primljen na zatvoreno odjeljenje. Pacijenti imaju mogućnost kretanja, ostvarivanja određenih prava i primanja posjeta, pa je boravak na otvorenom odjeljenju manje stresno i traumatično iskustvo. Socijalni radnik dolazi u kontakt s pacijentom po prijemu, obavlja razgovor dajući potrebne informacije, provodi individualnu i grupnu socioterapiju s ciljem postizanja što veće aktivnosti pacijenta. Kada pacijent ima posjetu od članova porodice ili bliskih prijatelja, socijalni radnik saznaje više podataka o samom pacijentu, njegovoj porodici i međusobnim odnosima, prikupljajući na taj način informacije o sredini u koju će se pacijent vratiti. Ono što je važno je da pacijenti jedni drugima mogu pomoći dijeleći svoja iskustva i na koje načine su prebrodili teške trenutke. Obzirom da nakon izlaska iz bolnice, pacijenti bivaju stigmatizirani i etiketirani, socijalni radnik treba raditi na osnaživanju pacijenta i pripremiti ga za povratak u njegovo socijalno okruženje.

Osim psihijatrijskih bolnica i klinika, na našem području funkcionišu i psihijatrijska odjeljenja unutar opštih bolničkih ustanova, u kojima je organizacija socijalnog rada takođe podijeljena na aktivnosti na zatvorenom i otvorenom psihijatrijskom odjeljenju.

Socijalni rad u vanbolničkim ustanovama podrazumijeva provođenje socijalnog rada u centrima za mentalno zdravlje, savjetovalištima, zaštitnim radionicama, udruženjima... Vanbolničkim oblicima zbrinjavanja osoba s duševnim smetnjama se smatra i kućno liječenje, te smještaj u drugu porodicu (Miković, 2007).

Centri za mentalno zdravlje mogu funkcionisati samostalno ili kao služba unutar domova zdravlja. Njihova uloga je zaštita mentalnog zdravlja i pružanje socio-medicinskih usluga osobama s duševnim smetnjama u zajednici, u skladu sa potrebama korisnika. U centrima za mentalno zdravlje funkcioniše jedan ili više multidisciplinarnih timova koje čine: psihijatar, psiholog, socijalni radnik, okupacioni terapeut i medicinska sestra. Socijalni radnik je nezaobilazan član multidisciplinarnih timova u centrima za mentalno zdravlje. Njegove aktivnosti podrazumijevaju rad sa korisnikom, njegovom porodicom i radnom/školskom sredinom, te saradnju sa drugim službama doma zdravlja, bolničkim ustanovama, centrima za socijalni rad, humanitarnim/nevladinim organizacijama, policijskim i sudskim organima u lokalnoj zajednici. U zavisnosti od problematike korisnika, socijalni radnik ostvaruje saradnju i s drugim privatnim ili javnim ustanovama. Usluge koje pruža centar za mentalno zdravlje treba da su lako dostupne svim građanima i da kontinuirano pružaju zaštitu mentalnog zdravlja, odnosno liječenje osoba s duševnim smetnjama. Centri za mentalno zdravlje provode primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju. Cilj primarne prevencije je uklanjanje mogućih uzroka nastanka duševnih smetnji, smanjenje sklonosti pojedinca ka određenom oboljenju i jačanje protektivnih faktora, dok je rano otkrivanje duševnih smetnji i rizičnih grupa za razvoj istih cilj sekundarne prevencije. Tercijarnom prevencijom se osposobljavaju osobe s narušenim mentalnim zdravljem kroz obnavljanje njihovih psihičkih, socijalnih i profesionalnih funkcija s ciljem ublažavanja negativnih posljedica. Nedostaci tretmana u centrima za mentalno zdravlje mogu biti iz razloga što neki korisnici zahtijevaju intenzivniji tretman od onog koji nudi centar za mentalno zdravlje, te je ambulantni tretman često neadekvatan, ili što su korisnici prepušteni samima sebi, najveći vremenski period provode u krugu porodice u kojoj se i pojavio poremećaj što negativno utiče na zdravstveno stanje.

Tretman u centrima za mentalno zdravlje je na dobrovoljnoj osnovi, pa je važan zadatak socijalnog radnika motivisati osobu s duševnim smetnjama na redovnost kontrolnih pregleda, i savjetodavnim radom upoznati sa značajem obavljanja istih.

Kućno liječenje je namijenjeno osobama s duševnim smetnjama koje su otpuštene iz bolnice a potreban je nastavak tretmana pod nadzorom stručne osobe, ili kad se želi spriječiti pogoršanje mentalnog zdravlja osobe s ciljem izbjegavanja bolničkog liječenja. Socijalni radnik stručnog tima organizuje rad s korisnikom i njegovom porodicom.

Smještaj osobe s duševnim smetnjama u drugu porodicu se realizuje onda kad ne mogu dobiti potrebnu brigu i pomoć u svojoj porodici. Postupak smještaja provodi nadležni centar za socijalni rad.

Bitno je spomenuti prelazne ustanove koje služe za parcijalnu hospitalizaciju osoba s duševnim smetnjama, a to su dnevne bolnice, noćne bolnice i vikend bolnice.

Prva dnevna bolnica je otvorena u Moskvi 1930. godine, kao rezultat nedostatka bolničkih kreveta zbog kojih su pacijenti morali biti otpušteni kućama prije završetka liječenja. Bilo je potrebno nastaviti tretman ovih pacijenata i to u nekoj sredini slično bolničkoj (Kecmanović, 1980). Dnevne bolnice u Montrealu i Londonu su otvorene 1946. godine. Prema Bierer, "dnevna bolnica je mjesto na kome se čini pokušaj da se, koliko je god više moguće, učini pristupačnim svaki oblik tretmana koji se može pružiti na zatvorenom psihijatrijskom odjeljenju zajedno sa svim prednostima koje uživaju pacijenti na tzv.ambulantnom tretmanu" (Kecmanović, 1980: 199). Godine 1963. je otvorena dnevna bolnica u Beogradu, a 1978. godine prva dnevna bolnica u BiH, na Psihijatrijskoj klinici u Sarajevu.

Ovaj oblik hospitalizacije funkcioniše na način da osoba s duševnim smetnjama tokom dana vrijeme provodi u bolnici, a noći provodi u krugu porodice. Boravkom u dnevnoj bolnici, korisnici su manje stigmatizirani i više su socijalno uključeni, a od strane socijalnog radnika se primjenjuju različite socioterapijske, okupacione, radne i rekreativne mjere. Socijalni radnik sarađuje s porodicom korisnika i aktivno je uključen u rješavanje problematike korisnika, odnosno njegove porodice.

Noćna bolnica je prelazni tip ustanove u kojoj osoba s duševnim smetnjama provodi noći, a tokom dana uobičajeno funkcioniše u svom prirodnom okruženju, u porodici, na radnom mjestu baveći se svakodnevnim aktivnostima.

Vikend bolnica je ustanova za parcijalnu hospitalizaciju gdje osoba s duševnim smetnjama provodi vikende, a druge dane u sedmici provodi sa članovima porodice, radno je aktivna i uobičajeno funkcioniše u svom socijalnom okruženju.

Kao u dnevnoj, tako i u noćnoj i vikend bolnici, socijalni radnik poduzima različite socioterapijske aktivnosti s ciljem rehabilitacije i ubrzanog oporavka osobe s duševnim smetnjama.

3. Reforma mentalnog zdravlja i principi djelovanja centra za mentalno zdravlje

Suština reforme mentalnog zdravlja je promjena koncepta prema kojem se tradicionalni bolnički tretman zamjenjuje “brigom u zajednici” i zasnovana je na holističkom pristupu. Nosioci zdravstvene zaštite u BiH su 1996. godine započeli reformu zaštite mentalnog zdravlja od tradicionalnog pristupa baziranog uglavnom na hospitalnom tretmanu osoba sa mentalnim poremećajima ka sprovođenju brige u zajednici. Izrađen je dokument Politike mentalnog zdravlja, a u Republici Srpskoj je urađena i Strategija. Formiranjem CMZ-a u BiH razdvojena je i edukacija/specijalizacija neurologa i psihijatara, razdvojena je njihova djelatnost, ordinacije kao i pečati (Imširović i sur., 2020). Savremena organizacija psihijatrijske službe je podrazumijevala organizovanje rada u službi zaštite mentalnog zdravlja na nivou primarne zdravstvene zaštite. Shodno tome, otvoreni su centri za mentalno zdravlje u zajednici. Poslijeratni period sam po sebi je izuzetno težak i rezultira povećanom potrebom stanovništva za uslugama iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja. Edukacija kadra i formiranje službi podrške otvaraju prostor a i potrebu za usvajanjem vještina svakodnevnih aktivnosti u mikro (domaćinstvo), mezo (zajednica i društvo) kao i makro sredini (globalno). Navedene promjene sa patocentričnog tradicionalnog modela na brigu u zajednici nužno mijenjaju i terminologiju od zaštite štićenika ka podršci osobe, pojedinca, individue, ličnosti u punom smislu riječi (Imširović i sur., 2020). Osnovni princip je kontinuitet zdravstvene brige – da pacijent ne prekida svoje liječenje, podršku i tretman, nego ga nastavlja u lokalnoj zajednici. Centri za mentalno zdravlje su veoma važni jer su ključni za pravljenje koordiniranog plana brige, plana oporavka pacijenta, gdje se približava porodici, gdje se sarađuje

s drugim sektorima, a posebno sa socijalnim sektorom, a na koncu i sa poslodavcima (Čerkez, 2019).

Zahvaljujući predstavnicima Međunarodne zajednice u BiH, odmah na početku svog poslije ratnog razvoja (1996) prihvaćeni su savremeni modeli. Distanciranje od tradicionalnog pristupa baziranog uglavnom na medikamentoznoj terapiji i hospitalnom tretmanu osoba s mentalnim poremećajima, započela je reformu zaštite mentalnog zdravlja fokusirajući se na brigu u zajednici (Čerkez, 2012; Walker, 1995).

Na temelju postojećeg stanja i potreba u sistemu zaštite mentalnog zdravlja u BiH, Švicarska agencija za razvoj i suradnju (SDC) zajedno sa resornim entitetskim ministarstvima pokreće proces pripreme projekta. Izrađen je projektni koncept koji definira okvirna područja projektnih aktivnosti. Uz finansijsku podršku SDC-a pokrenuta je pripremna faza projekta kojom je uspostavljena projektna organizacijska struktura i izrađen je „Projekat mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini“ s detaljnim programom implementacije projektnih aktivnosti. Unapređenje mentalnog zdravlja sveukupne populacije kao i sposobnosti kreatora politika odgovornih institucija kako bi postigli evropske standarde, nametnuo je poboljšanje administrativnog i zakonodavnog okvira, potrebnu podršku upravljačkih struktura domova zdravlja u čijim su prostorima nastajali centri za mentalno zdravlje, te možda i najteži zadatak i cilj jeste poboljšanje ljudskih resursa. Nakon provedene reforme sistema službi mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini, usluge iz oblasti mentalnog zdravlja se obezbjeđuju kroz mrežu koju čini 75 centara za mentalno zdravlje u zajednici¹⁷, i to 45 u FBiH, 29 u RS i 1 u BD.

Prvi centar za mentalno zdravlje u BiH je otvoren 20.05.1998. godine u Zenici, u okviru JU “Dom zdravlja” Zenica, u čijem prvoformljenom timu je bio zaposlen i socijalni radnik. U cilju jačanja personalnih kapaciteta pomenutih multidisciplinarnih timova, pod okriljem Federalnog ministarstva zdravstva, održavane su brojne konferencije na temu: „Značaj kontinuirane edukacije profesionalaca u mentalnom zdravlju“, „Javno zdravstveni kontekst mentalnog zdravlja“, „Dobre prakse korisničkih udruženja ali i izazovi i mogućnost njihove održivosti“, „Promišljanje o mentalnom zdravlju u kontekstu ekonomске krize“, „Multisektorska saradnja u mentalnom zdravlju“ i druge radionice na temu „Trening korisnika usluga mentalnog zdravlja za vođenje

¹⁷ Politika i strategija za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja u FBiH (2012-2020).

grupa samopomoći i samozastupanja“. Kampanje kao što su: „Alkoholizam nije tvoj priatelj“, „Zaštita mentalnog zdravlja“, „Možemo igrati zajedno, jer sport ne pravi razlike“, „Ukoliko ste primijetili ne okrećite glavu“, „Zaustavimo nasilje“, itd. Formiranje i funkcioniranje centara za mentalno zdravlje ima za cilj pomoći i osoblju, a i korisnicima. Podizanje svijesti o mentalnom zdravlju, mentalnoj higijeni, savjetovanju, edukaciji i drugim uslugama osoblje razvija kreativnost. Pored teških duševnih bolesnika sa uglavnom teškim ishodom, osoblje se u svom radu susreće sa cijelim spektrom poslova i osoba. Centar za mentalno zdravlje se otvara prema lokalnoj zajednici, komunicira, prepoznaje simptome i djeluje preventivno. Zadovoljstvo osoblja, kvalitet pružanja usluga i zadovoljstvo životom osoba s duševnim smetnjama su uzajamno povezani, jer ukoliko je osoblje zadovoljno pružit će kvalitetniju uslugu čime se povećava zadovoljstvo i kvalitet života korisnika (Imširović, 2014).

U mjestima u kojima funkcionišu centri za mentalno zdravlje vidljivi su pozitivni pomaci u rehabilitaciji i liječenju. Smanjuje se broj pacijenata i dužina hospitalizacije. Uspostavlja se interdisciplinarna suradnja unutar zdravstvenog sistema, horizontalno sa timovima opće i porodične medicine kao i vertikalna sa bolničkim i specijalizovanim službama. Nadalje, iznimno važna međusektorska suradnja na lokalnom nivou sa centrima za socijalnu skrb, školama, nevladinim udrugama i donosiocima odluka. Proces širenja vidika podrške osobama u duševnom funkcioniranju od usko medicinsko farmakološkog ka zdravstvenom bio-psihosociokulturološkom poimanju ne ide potrebnom dinamikom, niti kvantitativno niti kvalitativno. U cilju eventualnog poboljšanja sistema, novih preporuka i smjernica u provođenju urađen je opsežan istraživački projekat „Analiza situacije i procjena potreba centara za mentalno zdravlje u Bosni i Hercegovini“, koji je realizovan 2008. godine. Intervjuisano je 319 ispitanika, 110 korisnika i 209 profesionalaca. Nađeno je da centri za mentalno zdravlje svojim korisnicima jedino u 100% iznosu pružaju usluge dijagnostike i određivanja medikamentognog tretmana. Znatno manje, 62% individualne a 60% grupne psihoterapije. Najmanje su zastupljene terapijske intervencije s porodicom i okupaciona terapija (40%), te krizne intervencije (38%).

Centar za mentalno zdravlje treba da je u subjektivnom, objektivnom i graditeljskom smislu adekvatan za novu ulogu: pogodan prostor, zvučno izolovan, osvijetljene ordinacije, prostran i osvijetljen hodnik, čekaonica s informativnim materijalom i oglasnom pločom, te razdvojene toalete za osobe oba spola. Za razliku od klasičnih neuropsihijatrijskih službi koje su uglavnom

medikamentozno zbrinjavale samo bolesne, centri za mentalno zdravlje brinu i o zdravlju u najširem smislu riječi. Primjenjuje se prevencija, predavanja, savjetovanja, edukacija, psihoterapija, radno - okupaciona terapija, usvajanje vještina i navika svakodnevnog življenja, te njihov socioekonomski kontekst (Imširović i sur., 2020).

Reforma mentalnog zdravlja, kroz zakonski okvir, te različite podzakonske akte, ima za cilj obezbijediti esencijalnu bazu za siguran, kvalitetan i efikasan rad uposlenih u službama za zaštitu mentalnog zdravlja, i to rad usmjeren na korisnika usluga. Međutim, takav okvir sam po sebi ne donosi benefite za korisnike, ukoliko nije praćen odgovarajućim setom usluga. Usluge moraju biti dostupne, sigurne, efikasne i kvalitetne.¹⁸

Rad centara za mentalno zdravlje je zasnovan na slijedećim načelima:

1. *Načelo sektorizacije* koje centri za mentalno zdravlje ostvaruju u zajednici vodeći brigu o mentalnom zdravlju stanovništva na području od 25.000 - 50.000 stanovnika
2. *Načelo sveobuhvatnosti* centri za mentalno zdravlje ostvaruju formiranjem mreže službi u zajednici koja učestvuje u unapređenju i zaštiti mentalnog zdravlja na jednom području. Uspostavlja se saradnja sa centrima za socijalni rad, korisničkim udruženjima, službama socijalne zaštite, javnim ustanovama, humanitarnim i vjerskim organizacijama na području lokalne zajednice.
3. *Načelo decentralizacije* koje se provodi u centrima za mentalno zdravlje kroz usmjeravanje rada u zajednici s fokusom na prevenciju bolesti, rehabilitaciji i redukciji ograničenja koja duševna smetnja nosi, te promociji zdravlja (Miković, 2007).

Službe za mentalno zdravlje u zajednici osiguravaju promociju mentalnog zdravlja, prevenciju i tretman mentalnih problema i poremećaja, i psiho-socijalnu rehabilitaciju. Ključnu ulogu u osiguravanju zaštite imaju centri za mentalno zdravlje, koji treba da budu i spona između zdravstvenog sektora i drugih sektora na nivou lokalne zajednice i šire sa ciljem da uspostave veze i olakšaju pristup drugim službama radi zaštite mentalnog zdravlja.¹⁹ Unutar centra za mentalno zdravlje funkcionišu multidisciplinarni timovi koji pružaju usluge shodno potrebama korisnika. Osim medikamentozne terapije, korisnici imaju na raspolaganju mogućnost psihotretmana

¹⁸ Finalni izvještaj za projekat: "Rad s porodicama korisnika usluga centara za mentalno zdravlje u BiH, 2018.

¹⁹ Analiza situacije i procjena usluga mentalnog zdravlja u zajednici u Bosni i Hercegovini, 2009.

(individualnog ili grupnog), socioterapije, okupacionu terapiju (individualnu ili grupnu). Centri za mentalno zdravlje provode različite edukacije, kako korisnika i članova njihovih porodica, tako i zdravstvenih radnika zaposlenih u drugim službama doma zdravlja. Na ovaj način se promovišu vrijednosti mentalnog zdravlja, preveniraju mentalni poremećaji i smanjuje stigmatizacija osoba s duševnim smetnjama.

4. Uloga i zadaci socijalnog radnika u centru za mentalno zdravlje

Socijalni radnik, kao član multidisciplinarnog tima centra za mentalno zdravlje, prikuplja podatke o korisniku, njegovoj porodici, radnom mjestu, te o svemu obaviještava ostale članove tima. Učestvuje u liječenju, socijalnoj i profesionalnoj rehabilitaciji, i kvaliteti života osobe s duševnim smetnjama. Ostvaruje saradnju sa svim službama, javnim i privatnim ustanovama osiguravajući korisniku mogućnost rješavanja aktuelne problematike. Uloga socijalnog radnika u centru za mentalno zdravlje je veoma značajna, složena i stručna. Socijalni radnik u centru za mentalno zdravlje primjenjuje individualni i grupni socijalni rad.

Suština moderne metode rada s pojedincem je pomoć koju socijalni radnik pruža klijentu kako bi mogao razviti svoje vlastite mogućnosti i u punoj mjeri se angažovati u savlađivanju vlastitih teškoća. Ovu metodu rada su prvo razvili američki autori pod imenom casework (rad na slučaju) što označava rad na pojedinačnim slučajevima. Gordon Hamilton, američki pisac, kaže da je glavni temelj caseworka pomoć koju pružamo pojedincu zato da on sam kao ličnost sudjeluje u procesu svoje vlastite resocijalizacije (Dervišbegović, 2003).

Prilikom prvog dolaska osobe s duševnim smetnjama u centar za mentalno zdravlje, nakon otvaranja zdravstvenog kartona, socijalni radnik obavlja socio-anamnestički intervju u svrhu izrade socijalne anamneze. Potrebni podaci se dobijaju od korisnika ili njegove pratnje, odnosno članova porodice (heteroanamnestički podaci), dostupne medicinske dokumentacije ili od drugog člana multidisciplinarnog tima. Prikupljene informacije i socijalnu anamnezu je moguće nadograditi ili izmijeniti na osnovu novodobijenih podataka prilikom narednih dolazaka korisnika ili nakon obavljenе kućne posjete. Prilikom uspostavljanja prvog kontakta sa socijalnim radnikom, osoba s duševnim smetnjama zbog prirode svoje bolesti može pokazati nepovjerenje, nesigurnost, nesigurnost ili agresivnost i zbog toga je veoma bitan način prijema korisnika. Potrebno je da

socijalni radnik osigura ugodnu atmosferu, da bude ljubazan, da se s poštovanjem obraća korisniku, da ohrabri i podrži klijenta. U zavisnosti od problematike korisnika koju iznese, socijalni radnik planira poduzimanje socijalnih intervencija. To može biti individualno savjetovanje, saradnja s centrom za socijalnim rad, saradnja sa drugim zdravstvenim službama ili ustanovama i drugo. Često se posao psihijatara, zbog velikog obima posla i stalnog povećanja broja korisnika, svodi na propisivanje medikamentozne terapije, pa osobe s duševnim smetnjama najčešće sve dodatne informacije i savjete traže kod socijalnog radnika. Razgovarajući s korisnikom, socijalni radnik mu pomaže da shvati uzroke problema i da razumije svoje teškoće, i da se aktivno uključi u rješavanje vlastite problematike. Većina korisnika usluga centra za mentalno zdravlje i članovi njihovih porodica nemaju osnovne informacije o mogućnostima ostvarivanja svojih prava (pravo na jednokratnu ili stalnu novčanu pomoć, pravo na tuđu njegu i pomoć, pravo na ličnu invalidninu) pa je informacija od strane socijalnog radnika prijeko potrebna i od velikog značaja. Važna je saradnja i podrška članova porodice jer je to bitan faktor koji utiče na oporavak osobe s duševnim smetnjama. Socijalni radnik proučava odnose korisnika s porodicom i okolinu u kojoj korisnik živi, i kakav uticaj imaju na korisnikovo zdravstveno stanje. Nekada se osobe s duševnim smetnjama obrate samoinicijativno socijalnom radniku, a nekad ih upute drugi članovi multidisciplinarnog tima. Ukoliko se sami jave, to znači da je korisnik već spremjan na saradnju i prilično svjestan svog određenog problema. Socijalni radnik pomaže korisniku da savlada sve poteškoće koje ima u komunikaciji sa svojom okolinom. Ono što je takođe bitno je da, socijalni radnik prema svakom korisniku ima individualiziran pristup shodno njegovom nivou funkcionalisanja i njegovim potrebama, jer socijalna zaštita i treba da prilazi individualnoj intervenciji u svakom pojedinačnom slučaju.

“Socijalni grupni rad je metoda socijalnog rada koja pomaže pojedincima da pojačaju svoje društveno funkcionisanje kroz namjerna grupna iskustva i da se puno uspješnije nose sa svojim ličnim, grupnim i društvenim problemima” (Dervišbegović, 2003: 282). Shodno ovoj definiciji, socijalni radnik kroz organizovanje grupnog rada u centru za mentalno zdravlje, pruža korisnicima mogućnost podjele različitih iskustava, oni uviđaju da nisu sami i da nemaju samo oni problem, osjećaju se mnogo bolje kad imaju priliku ohrabriti i utješiti jedni druge. U grupnom socijalnom radu svi su jednaki, imaju odgovornost jedni za druge, razvijaju svoje socijalne i komunikacijske vještine, ili stiču nova znanja kroz edukativne radionice koje organizuje i vodi socijalni radnik u centru za mentalno zdravlje. “Osnovni cilj socijalnog rada s grupom je da pomogne zadovoljavanje

životnih potreba pojedinca, kao i cjelokupnog društva, a koje se ispoljava i u malim grupama (potrebe za međuzavisnošću). Kao osnovni oblici pomaganja koje socijalni radnik sa grupom koristi su: profesionalni odnos pun razumijevanja, prisan i susretljiv između socijalnog radnika i članova grupe, uspostavljanje odnosa između članova grupe, verbalna i neverbalna komunikacija, i namjernost u izboru i kreiranju okoline” (Dervišbegović, 2003: 284). Socijalni radnik ima za cilj da pomogne članovima grupe u njihovoј samostalnosti vodeći se principom pomoći do samopomoći.

Prema Miković (2007), intervencije socijalnog radnika u CMZ se mogu podijeliti na:

- rad s klijentom / osobom s duševnim smetnjama
- rad sa porodicom
- rad sa radnom sredinom
- rad u školi
- rad sa različitim ustanovama u zajednici (ustanove zdravstvene i socijalne zaštite)
- rad sa nevladinim organizacijama i udruženjima za samopomoć i samozaštitu u zajednici.

Za uspješnu i potpunu rehabilitaciju i resocijalizaciju osobe s duševnim smetnjama, neizostavna je saradnja socijalnog radnika sa porodicom, školom ili radnom sredinom korisnika, a s ciljem što bolje njegove integracije u socijalno okruženje.

Porodica je temelj za pravilan i zdrav razvoj svake osobe. Mnogi autori povezuju patologiju u porodici i kvalitet odnosa u njoj. Nekvalitetni odnosi u porodici utječu na pojavu određenih teškoća kod njenih članova. Brojna istraživanja otkrivaju korijene patologije u porodičnom okruženju i odnosima (Janković, 2004). Cilj rada socijalnog radnika s porodicom osobe s duševnim smetnjama je uočavanje njihovih međusobnih odnosa i prepoznavanje uticaja tih odnosa na mentalno zdravlje korisnika. Loši porodični odnosi koji uključuju nerazumijevanje, stalno kritikovanje i analiziranje, ograničavanje i ponižavanje, uzrok nastanka duševnih smetnji kod korisnika ili njihovog pogoršanja. Socijalni radnik proučava uzroke nepovoljnih porodičnih odnosa, ukoliko oni postoje, i uključuje porodicu u tretman i oporavak korisnika. Takođe, socijalni radnik se trudi da uspostavi i razvije zdrave, harmonične, pozitivne i podržavajuće porodične odnose između korisnika i njegove porodice. U radu s porodicom, socijalni radnik analizira njihov materijalni, stambeni i zdravstveni status, i uvjek postupa u interesu pojedinca (da ublaži njegove poteškoće koje su uzrokovane porodičnim odnosima) i porodice (da popravi porodične odnose) (Dervišbegović,

2003). Veoma je bitno ustanoviti postojanje pozitivnog porodičnog psihijatrijskog herediteta, tj. da li je neko od članova porodice imao istu ili sličnu duševnu smetnju kao korisnik. Ukoliko porodica osjeća strah, zabrinutost, brigu ili stid zbog oboljelog člana porodice, socijalni radnik provodi psihoedukaciju članova porodice, tj. upoznaje ih sa bolešću, njenim simptomima, terapijom i mogućnostima izlječenja, odnosno oporavka. Obaveza socijalnog radnika je da otkrije skrivenе resurse koje porodica ima i pomogne aktiviranje tih resursa kako bi se uspostavila i održala ravnoteža porodičnih odnosa (Janković, 2004).

Socijalni radnik u centru za mentalno zdravlje realizuje saradnju sa školom korisnika, u ovom slučaju maloljetne osobe koja koristi usluge tima za dječiju i adolescentnu psihijatriju. Znanje koje se stiče u školi i društvene vrijednosti koje se razvijaju tokom školovanja, utiču na formiranje i razvoj ličnosti (Gavrilović, Jugović, Lepir, 2013). U skladu s tim, socijalni radnik proučava školsku sredinu korisnika, potražuje potrebne informacije iz te sredine o ponašanju maloljetnika, prisustva i učešća na nastavi, uspješnosti savladavanja školskog gradiva, da li je uzrok duševnog poremećaja u školskoj sredini ili se u njoj ispoljava. Socijalni radnik ostvaruje saradnju sa pedagogom, socijalnim radnikom škole, te učiteljem ili razrednikom. Ukoliko nastavno osoblje primijeti promjenu kod učenika, često njegove roditelje upućuje na tretman u Centar za mentalno zdravlje a pismenim putem se i sami obrate zdravstvenoj ustanovi. Danas centri za mentalno zdravlje sarađuju i sa sudskim organima, a komunikacija između njihovih predstavnika i socijalnog radnika centra za mentalno zdravlje je nezaobilazna, jer se maloljetnim korisnicima izriču odgojne mjere i psihosocijalna podrška koja se provodi u centru za mentalno zdravlje, bez odsustva maloljetnika sa redovne nastave. Socijalni radnici kroz različite programe mogu ublažiti ili spriječiti poteškoće kod maloljetnih osoba.

Saradnja socijalnog radnika u centru za mentalno zdravlje s radnom sredinom osoba s hroničnim duševnim smetnjama često započne tek onda kad korisnik ima vidljive poteškoće u radnom funkcionisanju, u smislu neodrađivanja radnih zadataka, neprihvatljivog ponašanja i odnosa sa drugim zaposlenicima, neodgovornosti i nepouzdanosti u radu. Osobe s duševnim smetnjama koriste bolovanja zbog svog narušenog mentalnog zdravlja koja većinom traju duži period. Desi se i da se korisnik nakon kraćeg vremena vrati radnim obavezama i bez značajnih posljedica. Međutim, ukoliko se radna sposobnost smanji onda nastaje problem na radnom mjestu. Kad se pravosnažnim rješenjem izadatog od nadležnog organa, korisniku odredi promjena radnog mesta

zbog smanjenje sposobnosti, tad on ima poteškoće u prilagođavanju novim kolegama, nadređenima i drugoj vrsti posla koje treba da obavi. Nažalost, u praksi neki poslodavci, i pored rješenja ne rasporede korisnika na drugo radno mjesto, što u velikoj mjeri ima negativan uticaj na njegovo psihofizičko zdravlje i funkcionisanje. Saradnja socijalnog radnika s radnom sredinom je nephodna radi zaštite prava osobe s duševnim smetnjama. Ukoliko se procijeni da korisnik uopće ne može biti radno aktivna, onda se korisnik upućuje na ostvarivanje prava na invalidsku penziju. Tu je angažman socijalnog radnika neophodan radi informisanja, pružanja pomoći i podrške osobi s duševnim smetnjama, kao i njegova saradnja sa nadležnim zavodom penzijsko - invalidskog osiguranja.

Socijalni radnik u centru za mentalno zdravlje sarađuje s nevladinim, humanitarnim i vjerskim organizacijama u svrhu pružanja osobi s duševnim smetnjama što kvalitetnije podrške i integracije u socijalno okruženje. Aktivnosti socijalnog radnika, kao člana multidisciplinarnog tima, zavise od načina upućivanja osoba s duševnim smetnjama u centar za mentalno zdravlje jer je korisnik najčešće upućen direktno psihijatru bez prethodnog kontakta sa socijalnim radnikom, te najčešće ustanova koja je uputila korisnika ne dobije povratne informacije o njegovom tretmanu ili oporavku.

5. Uloga i zadaci socijalnog radnika na odjelu psihijatrije

Uloga socijalnog radnika na odjelu psihijatrije je vezana za aktivnosti prilikom prijema osobe s duševnom smetnjom na odjel, njenog boravka i liječenja, i prilikom otpusta iz bolnice. Prijem na odjel psihijatrije je često prisilan, u pratnji policije i službe hitne pomoći, što dodatno uznemirava pacijenta i potiče njegovo neprihvatljivo ponašanje. Pacijenti većinom nisu svjesni svog stanja u tom trenutku i ne smatraju potrebnim liječenje i ostanak u bolnici. Nakon provedene prijemne procedure, pacijent se smješta u zatvoreno ili otvoreno psihijatrijsko odjeljenje. Ukoliko se pacijent smjesti na zatvoreno odjeljenje, socijalni radnik stupa u kontakt sa porodicom ili drugim bliskim osobama, i obavještava ih da je pacijent hospitaliziran ukoliko oni to ne znaju. Često pacijenti nemaju regulisano zdravstveno osiguranje zbog prirode svoje bolesti i neadekvatnog staranja o njima dok žive u svom socijalnom okruženju, a socijalni radnik je taj koji mora sarađivati s nadležnim institucijama u svrhu regulisanja istog. Ako je porodica pacijenta saradljiva, to može

mnogo olakšati cijelu proceduru. U praksi se dešava da na odjel psihijatrije bude dovedena osoba o kojoj se nema aposolutno nikakav podatak, osim informacije o tome gdje je pronađena. Socijalni radnik uz saradnju s nadležnom policijskom upravom, centrom za socijalni rad i po potrebi drugim institucijama, dolazi do potrebnih podataka i shodno njima pronalazi kontakt osobu za pacijenta i ostvaruje komunikaciju. Nakon stabilizacije zdravstvenog stanja i poboljšanja funkcionalnosti pacijenta, socijalni radnik pomaže pacijentu da shvati da je liječenje neophodno i u njegovom interesu, i pomaže mu u prilagođavanju na bolničke uslove i komunikaciji sa drugim pacijentima. Ako je pacijent po prijemu smješten na otvoreno psihijatrijsko odjeljenje, to znači da već ima kritički uvid u svoje zdravstveno stanje, da je svjestan nužnosti tretmana i da ima motivaciju za oporavak. Pacijenti mogu biti preplašeni, nervozni, uznemireni ili se osjećati nesigurno zbog napuštanja porodične ili radne sredine. Socijalni radnik svojim pristupom i radom pokušava otkloniti takva osjećanja ili ih barem ublažiti. Socijalni radnik nakon prijema uzima podatke za socijalnu anamnezu od pacijenta ili njegove pratnje, i tom prilikom dobija uvid u prilike, teškoće, mogućnosti pacijenta i saznaće područja na kojima su potrebne socijalne intervencije.

Uloga socijalnog radnika na odjelu psihijatrije u toku liječenja i boravka u bolnici je zasnovana na podršci i pomoći koju pruža pacijentu i njegovoj porodici, s ciljem pokretanja pacijenta i njegovog uključenja u tretman, i pripremanja za povratak i integraciju u socijalno okruženje. Tokom pacijentovog boravka u bolnici, socijalni radnik osigurava socijalnu podršku kroz regulisanje porodičnih ili radnih problema, zdravstvenog osiguranja, ostvarivanja prava iz oblasti socijalne zaštite, bolovanja, pri tome zastupajući prava pacijenta. Kontinuirano komunicira sa članovima porodice ili bliskim prijateljima pacijenta, i njegovim poslodavcem. Socijalni radnik tokom cijelog boravka pacijenta na odjelu psihijatrije razmjenjuje bitne informacije sa ostalim članovima tima koji su uključeni u pacijentov tretman.

Aktivnosti socijalnog radnika u realizaciji otpusta iz bolnice su usmjerenе na osiguranje izvanbolničkog prihvata pacijenta i pružanja podrške dalnjem nastavku liječenja i praćenja. Povratak pacijenta u životnu sredinu je često povezan s osjećajem stigmatizacije što svakako zahtijeva posebnu pažnju osoba koje se brinu o osobi s duševnom smetnjom (Babić i sur., 2018). Potrebno je da socijalni radnik osnaži pacijenta za povratak u životno okruženje i da pripremi okruženje za prihvatanje pacijenta i što bolju integraciju, jer je podrška socijalnog okruženja jedan od najvažnijih preduslova oporavka osoba s duševnim smetnjama. Socijalni radnik je posrednik

između bolničke ustanove i socijalnog okruženja iz koje pacijent dolazi i u koju se vraća (Ostojić, 2012).

Ukoliko je nakon bolničkog tretmana planiran smještaj u ustanovu socijalne zaštite, socijalni radnik učestvuje i koordinira sa drugim članovima tima za prikupljanje potrebne medicinske dokumentacije pacijenta, i održava kontinuiranu saradnju s nadležnim centrum za socijalni rad. Prilikom otpusta iz bolnice, socijalni radnik odjela psihijatrije zajedno sa socijalnim radnikom iz centra za socijalni rad realizuje prebacivanje pacijenta u naprijed dogovorenu odgovarajuću ustanovu za njegovo dalje zbrinjavanje.

Ukoliko se pacijent otpušta u socijalno okruženje iz kojeg je došao, socijalni radnik obavještava nadležni centar za socijalni rad i centar za mentalno zdravlje o otpustu pacijenta s ciljem obezbjeđivanja dalnjeg adekvatnog liječenja i zbirnjavanja. Ako pacijent nije u mogućnosti sam napustiti odjel psihijatrije, nema nekog bliskog ko bi došao po njega ili porodica nema finansijskih mogućnosti, onda socijalni radnik radi na obezbjeđivanju prijevoza i bude pratnja pacijentu.

Iz svega navedenog se vidi da socijalni radnik na odjelu psihijatrije najčešće primjenjuje socijalni rad s pojedincem/pacijentom, njegovom porodicom i socijalni rad u lokalnoj zajednici. Nešto manje se primjenjuje grupni socijalni rad, što zavisi od zdravstvenog stanja pacijenata i mogućnosti organizovanja grupnog rada na odjelu. Socijalni radnici imaju veoma bitnu ulogu u pružanju i održavanju kvalitetne bolničke mentalno-zdravstvene usluge.

Prema rezultatima istraživanja, koje je provedeno u domovima zdravlja na području BiH, polje djelovanja većine socijalnih radnika u ustanovama zdravstvene zaštite nije jasno niti precizno definirano. Došlo se do saznanja da se 67% socijalnih radnika dodatno educira, najčešće iz koordinirane brige u mentalnom zdravlju, psihoterapijskih pravaca, medijacije, rada s ovisnicima itd. Većina socijalnih radnika (87.1%) smatra da nije moguće realizovati ciljeve postavljene od strane SZO bez učešća socijalnih radnika. Rezultati ukazuju na to da socijalni radnici u centrima za mentalno zdravlje najčešće koriste metodu rada s pojedincima i s porodicama, i ostvaruju saradnju s drugim institucijama. Rezultati istraživanja pokazuju da socijalni radnici rad s pacijentom najčešće usmjeravaju na upućivanje pacijenta na nadležne institucije, informisanje o pravima, motivaciju pacijenta na liječenje, uspostavljanje socijalnih kontakata, pomoć pacijentima za samostalan život, pronalazak grupe za samopomoć, upućivanje na izvore finansijskih sredstava i motivacija pacijenta na aktivno učestvovanje u društvenim događajima. Prema rezultatima

istraživanja, socijalni radnici u zdravstvu najčešće pomoć pružaju shizofrenim osobama, žrtvama nasilja u porodici, anksio-depresivnim osobama, starijim i iznemoglim osobama i osobama sa invaliditetom. Kroz istraživanje se došlo do podatka da je samo 19.4% socijalnih radnika zadovoljno percepcijom od strane drugih stručnjaka što ukazuje na nerazumijevanje karaktera same profesije (Šerić, Šadić, Dudić, 2018).

Rezultati istraživanja, koje je provedeno u 27 domova zdravlja na području BiH i u Zavodima za zaštitu mentalno invalidnih osoba "Drin" i "Bakovići", pokazuju da socijalni radnici iz centara za mentalno zdravlje najviše ostvaruju saradnju sa centrima za socijalni rad, ustanovama socijalne zaštite, policijom, obrazovnim i drugim zdravstvenim ustanovama. Prema rezultatima istraživanja socijalni radnici u centrima za mentalno zdravlje se suočavaju sa različitim problemima i teškoćama u radu, od kojih dominira nedostatak finansijskih sredstava. Većina socijalnih radnika (65%) je zadovoljna odnosom zdravstvenih radnika prema njima. Socijalni radnici bi u svojoj praksi rada u zdravstvu promijenili uslove rada na bolje, više socijalnih radnika u zdravstvu, više rada na terenu sa poboljšanim uslovima, dati socijalnim radnicima ovlaštenja, unaprijediti odnos menadžmenta i zdravstvenih radnika prema socijalnim radnicima u zdravstvu, omogućiti kontinuiranu edukaciju i za socijalne radnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti itd (Šerić, Buljubašić, Babić, 2018).

V. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Obzirom na epidemiološku situaciju uzrokovani virusom Covid-19 i mjerama poduzetim radi istog, istraživanje je provedeno na uzorku od 30 ispitanika koji su korisnici usluga Centra za mentalnu rehabilitaciju Zenica. Za potrebe ovog istraživanja kreiran je anketni upitnik kojim je obuhvaćena problematika iz naslova teme magistarskog rada.

U provođenju istraživanja primijenjena je i tehnika intervjeta. Intervju je proveden sa profesionalcima zaposlenim u JU "Dom zdravlja" Zenica - Centar za mentalnu rehabilitaciju (psiholog) i JU "Centar za socijalni rad" Zenica (socijalni radnik).

Analiza dobivenih podataka izvršena je pomoću statističkog programa IBM SPSS Statistics 23.0. Rezultati ankete će detaljnije biti prikazani u tabelama.

1. Rezultati anketnog upitnika provedenog među korisnicima usluga centra za mentalno zdravlje

Tabela 1. Broj ispitanika prema spolu

Spol ispitanika		
Spol	Frekvencija	Postotak
Muški	7	23.3%
Ženski	23	76.7%
Ukupno	30	100.0%

U prikazanoj tabeli možemo vidjeti da osobe ženskog spola čine 76.7% anketiranih ispitanika, dok 23.3% čine ispitanici muškog spola.

Tabela 2. Broj ispitanika u odnosu na dobne skupine i spol

Dobna skupina	Spol		Ukupno (%)
	Muški (%)	Ženski (%)	
20-30 godina	0 (0.0)	1 (3.3)	1 (3.3)
31-40 godina	3 (10.0)	2 (6.7)	5 (16.7)
41-50 godina	0 (0.0)	5 (16.7)	5 (16.7)
51-60 godina	3 (10.0)	10 (33.3)	13 (43.3)
60 godina i više	1 (3.3)	5 (16.7)	6 (20.0)
Ukupno	7 (23.3)	23 (76.7)	30 (100.0)

Na osnovu prikazane tabele možemo vidjeti da je najveći broj ispitanika starosne dobi između 51-60 godina (43.3%), a samo 1 ispitanik je bio starosne dobi od 20-30 godina.

Tabela 3. Broj ispitanika u odnosu na školsku spremu

Školska sprema	Spol		Ukupno (%)
	Muški (%)	Ženski (%)	
OŠ	1 (3.3)	6 (20.0)	7 (23.3)
SSS	6 (20.0)	17 (56.7)	23 (76.7)
Ukupno	7 (23.3)	23 (76.7)	30 (100.0)

U prikazanoj tabeli se može uočiti da većina ispitanika (76.7%) ima završenu srednju školu, dok 7 ispitanika ima završenu osnovnu školu (23.3%).

Tabela 4. Broj ispitanika u odnosu na mjesto stanovanja

Mjesto stanovanja	Spol		Ukupno (%)
	Muški (%)	Ženski (%)	
Grad	3 (10.0)	16 (53.3)	19 (63.3)
Prigradsko naselje	4 (13.3)	7 (23.3)	11 (36.7)
Ukupno	7 (23.3)	23 (76.7)	30 (100.0)

Kada je u pitanju mjesto stanovanja, 63.3% ispitanika živi u gradskom području koje raspolaže svim potrebnim socijalnim, zdravstvenim i kulturnim resursima. Prigradska naselja, u kojima živi 36.7% ispitanika, imaju dobru i organizovanu infrastrukturnu povezanost sa gradskom sredinom. Ovo je veoma bitno radi dobijanja odgovarajuće zdravstvene usluge što se tiče mentalnog zdravlja.

Tabela 5. Podrška članova porodice s obzirom na spol

Podrška članova porodice	Spol		Ukupno (%)	Pearsonov χ^2	P
	Muški (%)	Ženski (%)			
DA	5 (16.7)	16 (53.3)	21 (70.0)	.040	.980
NE	1 (3.3)	4 (13.3)	5 (16.7)		
Ponekad	1 (3.3)	3 (10.0)	4 (13.3)		
Ukupno	7 (23.3)	23 (76.7)	30 (100.0)		

U tabeli su prikazani deskriptivni podaci za ispitanike koji imaju podršku članova svoje porodice s obzirom na spol, pri čemu ukupno 21 (70.0%) ispitanika: 5 (71.4%) muških i 16 (69.5%) ženskih ispitanika ima podršku članova svoje porodice, dok 4 (13.3%) ima ponekad, a 5 (16.7%) ispitanika nemaju podršku članova svoje porodice. Pearsonov χ^2 - test pokazuje da nema statistički značajne razlike u dobivanju podrške od članova porodice s obzirom na spol ispitanika ($\chi^2 = 0.040$, $p > 0.05$).

Ovo predstavlja veoma značajan i ohrabrujući podatak obzirom da je podrška članova porodice izuzetno bitna za cijelokupno liječenje i oporavak osoba s hroničnim duševnim smetnjama. Saradnja porodice osoba s hroničnim duševnim smetnjama sa profesionalcima, a naročito sa socijalnim radnikom značajno utiče na njihovu rehabilitaciju i reintegraciju u društvenu zajednicu.

Tabela 6. Poteškoće u ostvarivanju kontakta s drugima s obzirom na spol

Poteškoće u ostvarivanju kontakta s drugima	Spol		Ukupno (%)	Pearsonov χ^2	P
	Muški (%)	Ženski (%)			
DA	5 (16.7)	3 (10.0)	8 (26.7)		
NE	2 (6.7)	11 (36.6)	13 (43.3)		
Ovisno od situacije	0 (0.0)	9 (30.0)	9 (30.0)	10.059	.007
Ukupno	7 (23.3)	23 (76.7)	30 (100.0)		

U tabeli su prikazani deskriptivni podaci za ispitanike koji imaju poteškoće u ostvarivanju kontakta s drugima s obzirom na spol, pri čemu ukupno 8 (26.7%) ispitanika: 5 (71.4%) muških i 3 (13.0%) ženskih ispitanika ima poteškoće u ostvarivanju kontakta sa drugima, dok 9 (39.1%) ženskih ispitanika ovisno od situacije te 13 (43.3%) ispitanika: 2 (28.5%) muških i 11 (47.8%) ženskih ispitanika nema poteškoća u ostvarivanju kontakta sa drugima. Pearsonov χ^2 - test pokazuje da muški ispitanici statistički značajno imaju više poteškoća u ostvarivanju kontakta sa drugima od ženskih ispitanika ($\chi^2 = 10.059$, $p < 0.01$).

Poteškoće u ostvarivanju kontakta s drugim ljudima, osobe s hroničnim duševnim smetnjama najčešće imaju zbog osjećaja stida, straha da ih drugi neće razumjeti ili podržati i straha da će biti odbačeni.

Tabela 7. Broj ispitanika koji imaju osjećaj odbačenosti s obzirom na spol

Osjećaj odbačenosti	Spol		Ukupno (%)	Pearsonov χ^2	P
	Muški (%)	Ženski (%)			
DA	2 (6.7)	9 (30.0)	11 (36.7)	.271	.873
NE	2 (6.7)	6 (20.0)	8 (26.7)		
Ovisno od situacije	3 (10.0)	8 (26.7)	11 (36.7)		
Ukupno	7 (23.3)	23 (76.7)	30 (100.0)		

Na osnovu prikazane tabele možemo vidjeti deskriptivne podatke za ispitanike koji se dovode u vezu s poteškoćama u ostvarivanju kontakta sa drugima s obzirom na spol, pri čemu ukupno 11 (36.7%) ispitanika: 2 (28.6%) muška i 9 (39.1%) ženskih ispitanika ima osjećaj odbačenosti, dok 11 (36.7%): 3 (42.8%) muška i 8 (34.8%) ženskih ispitanika ženskih ispitanika ovisno od situacije te 8 (26.7%) ispitanika: 2 (28.6%) muških i 6 (26.1%) ženskih ispitanika nema osjećaj odbačenosti. Pearsonov χ^2 - test pokazuje da nema statistički značajne razlike u osjećaju odbačenosti s obzirom na spol ispitanika ($\chi^2 = 0.271$, $p > 0.05$).

Možemo zaključiti da se većina ispitanika osjeća odbačenima i neprihvaćenima u svojoj životnoj sredini što im otežava oporavak, rehabilitaciju i integraciju u društvenu zajednicu. Osobe s hroničnim duševnim smetnjama imaju poteškoće pri povratku i uključivanju u životnu sredinu, koja bi im trebala biti podrška i ohrabrenje za nastavak liječenja i oporavka. Međutim, u sredini koja ih ne prihvata osjećaju se manje vrijednim i nevažnim članovima društvene zajednice.

Tabela 8. Broj ispitanika koji su doživjeli neugodnosti zbog narušenog mentalnog zdravlja s obzirom na spol

Doživljaj neugodnosti zbog narušenog mentalnog zdravlja	Spol		Ukupno (%)	Pearsonov χ^2	P
	Muški (%)	Ženski (%)			
DA	3 (10.0)	13 (43.3)	16 (53.3)	.403	.526
NE	4 (13.3)	10 (33.3)	14 (46.7)		
Ukupno	7 (23.3)	23 (76.7)	30 (100.0)		

Dovodeći u vezu osjećaj neugodnosti zbog narušenog mentalnog zdravlja sa spolom, podaci nam pokazuju da 16 (53.3%) ispitanika: 3 (42.8%) muška i 13 (56.5%) ženskih ispitanika ima doživljaj neugodnosti zbog narušenog mentalnog zdravlja, dok 14 (46.7%) ispitanika: 4 (57.2%) muških i 10 (43.5%) ženskih ispitanika nema doživljaj neugodnosti zbog narušenog mentalnog zdravlja. Pearsonov χ^2 - test pokazuje da nema statistički značajne razlike u doživljaju neugodnosti zbog narušenog mentalnog zdravlja s obzirom na spol ispitanika ($\chi^2 = 0.403$, $p > 0.05$).

Ispitanici su imali mogućnost da navedu situacije doživljenih neugodnosti zbog svojih mentalnih poteškoća te su naveli da su ih većinom doživjeli u zdravstvenim ustanovama i u svojim životnim sredinama, što takođe ima za posljedicu neuspješnu integraciju u životnu sredinu i lošiji oporavak.

Tabela 9. Trajanje poteškoća mentalnog zdravlja ispitanika s obzirom na spol

Koliko dugo imate poteškoće vezano za mentalno zdravlje?	Spol		Ukupno (%)
	Muški (%)	Ženski (%)	
1-5 godina	2 (6.7)	8 (26.7)	10 (33.3)
6-10 godina	1 (3.3)	4 (13.3)	5 (16.7)
11-15 godina	0 (0.0)	4 (13.3)	4 (13.3)
16-20 godina	1 (3.3)	4 (13.3)	5 (16.7)
Više od 20 godina	3 (10.0)	3 (10.0)	6 (20.0)
Ukupno	7 (23.3)	23 (76.7)	30 (100.0)

Analizirajući ovu tabelu, može se uočiti da ispitanici imaju dugotrajne, odnosno hronične poteškoće vezano za mentalno zdravlje. Polovina ispitanika (50%) ima narušeno mentalno zdravlje više od 10 godina. Ovo ukazuje na izraženu potrebu za angažovanjem socijalnog radnika u tretmanu osoba s hroničnim duševnim smetnjama jer socijalni radnik poduzimanjem odgovarajućih aktivnosti može smanjiti intenzitet hronične duševne smetnje ili značajno doprinijeti dužem stanju stabilne socio-medicinske remisije.

Tabela 10. Korištenje usluga centra za mentalno zdravlje ispitanika s obzirom na spol

Koliko dugo koristite usluge Centra za mentalno zdravlje?	Spol		Ukupno (%)
	Muški (%)	Ženski (%)	
1-5 godina	2 (6.7)	12 (40.0)	14 (46.7)
6-10 godina	1 (3.3)	3 (10.0)	4 (13.3)
11-15 godina	1 (3.3)	5 (16.7)	6 (20.0)
16-20 godina	3 (10.0)	2 (6.7)	5 (16.7)
Više od 20 godina	0 (0.0)	1 (3.3)	1 (3.3)
Ukupno	7 (23.3)	23 (76.7)	30 (100.0)

Dobijeni podaci ukazuju na to da 46.7% ispitanika koristi usluge centra za mentalno zdravlje od 1-5 godina, 13.3% ispitanika između 6-10 godina, 20% ispitanika od 11-15 godina, 16.7% od 16-20 godina, a samo 3.3% odnosno 1 ispitanik koristi usluge centra za mentalno zdravlje više od 20 godina. Ovo se može objasniti time što mnogi ispitanici nisu odmah nakon pojave prvih simptoma mentalne poteškoće potražili stručnu pomoć ili su psihijatrijsku pomoć tražili na drugim mjestima. Prvi centar za mentalno zdravlje u BiH je otvoren 1998. godine, a do tад su korisnici bili liječeni na psihijatrijskim odjelima ili klinikama. Takođe, stigmatizacija i diskriminacija su utjecali na njihovu odluku pravovremenog javljanja u centar za mentalno zdravlje.

Tabela 11. Potreba ispitanika za socijalnim radnikom s obzirom na spol

Potreba za socijalnim radnikom	Spol		Ukupno (%)	Pearsonov χ^2	P
	Muški (%)	Ženski (%)			
DA	7 (23.3)	21 (70.0)	28 (93.3)	.652	.419
NE	0 (0.0)	2 (6.7)	2 (6.7)		
Ukupno	7 (23.3)	23 (76.7)	30 (100.0)		

U tabeli su prikazani podaci o potrebi ispitanika za socijalnim radnikom s obzirom na spol, pri čemu ukupno 28 (93.3%) ispitanika: 7 (100.0%) muških i 21 (91.3%) ženskih ispitanika su imali potrebu za socijalnim radnikom, dok samo 2 (8.7%) ženska ispitanika nisu imale potrebu za socijalnim radnikom. Pearsonov χ^2 - test pokazuje da nema statistički značajne razlike u potrebi za socijalnim radnikom s obzirom na spol ispitanika ($\chi^2 = 0.652$, $p > 0.05$).

Osobama s hroničnim duševnim smetnjama je neophodna pomoć od strane socijalnog radnika, s kojim razvijaju odnos zasnovan na povjerenu i razumijevanju, što ima pozitivan utjecaj na njihovo mentalno zdravlje, trenutačnu problematiku i zdravstveni tretman općenito. Mnogo socijalne problematike kod osoba s hroničnim smetnjama je povezano sa njihovim zdravstvenim stanjem,

poput nedostatka novčanih sredstava za osnovne životne potrebe, neriješeno stambeno pitanje ili nepovoljni stambeni uvjeti, narušeni porodični odnosi, nemogućnost zaposlenja itd. Socijalni radnik je profesionalac koji im pruža odgovarajuću podršku i pomoć, što utiče na njihov uspješniji i lakši oporavak.

Tabela 12. Kome se ispitanici obraćaju za pomoć kada imaju neki problem

Kome se obraćate za pomoć kada imate neki problem?	Frekvencija	Postotak
Članu porodice	7	23.3%
Stručnjaku koji mi može pomoći u vezi s tim problemom	20	66.7%
Članu porodice i stručnjaku	1	3.3%
Prijatelju i stručnjaku koji mi može pomoći u vezi s tim problemom	2	6.7%
Ukupno	30	100.0%

Analizirajući ovu tabelu možemo vidjeti da se čak 66.7% ispitanika obraća stručnjaku koji im može pomoći kada imaju neki problem, dok se manji broj ispitanika (23.3%) obraća članu porodice.

Tabela 13. Potreba za uslugama profesionalaca u centru za mentalno zdravlje

Usluge profesionalaca u CZMZ	Frekvencija	Postotak
Psihijatar	4	13.3%
Psiholog	1	3.3%
Socijalni radnik	5	16.7%
Okupacioni terapeut	3	10.0%
Psihijatar i psiholog	2	6.7%
Psihijatar i socijalni radnik	9	30.0%
Psiholog i socijalni radnik	1	3.3%
Socijalni radnik i okupacioni terapeut	1	3.3%
Psihijatar, socijalni radnik i okupacioni terapeut	1	3.3%
Psiholog, socijalni radnik i okupacioni terapeut	2	6.7%
Svim profesionalcima	1	3.3%
Ukupno	30	100.0%

Kada je u pitanju potreba ispitanika za uslugama profesionalaca iz centra za mentalno zdravlje, više od polovine ispitanika (56.6%) je imalo potrebu za multidisciplinarnim pristupom, odnosno traženjem pomoći i podrške od više profesionalaca različitog usmjerenja.

Tabela 14. Potreba za uslugama profesionalaca u centru za mentalno zdravlje - zbirna

Usluge profesionalaca u CZMZ	Frekvencija	Postotak
Psihijatar	18	32.1%
Psiholog	8	14.3%
Socijalni radnik	21	37.5%
Okupacioni terapeut	9	16.1%
Ukupno	56	100.0%

Iz tabele vidimo da 37.5% ispitanika navode potrebu za uslugama socijalnog radnika među profesionalcima u centrima za mentalno zdravlje. Ovo je bio očekivani rezultat jer se korisnici često obraćaju socijalnom radniku za savjet bez pregleda kod psihijatra u istom trenutku. Ukoliko nema pogoršanja mentalnog zdravlja, korisnici dolaze na redovne psihijatrijske kontrolne preglede i terapiju svaka tri mjeseca, dok se socijalnom radniku obraćaju kad god imaju poteškoće koje su vezane za socijalni status. Obzirom da socijalna problematika osoba s hroničnim duševnim smetnjama utiče na pogoršanje njihovog zdravstvenog stanja, socijalni radnik je osoba koja im u tom trenutku može olakšati i pomoći da zadrže stanje stabilne medicinske remisije rješavanjem problema kojeg imaju iz oblasti socijalne zaštite. Ti problemi mogu biti vezani za nedostatak novčanih prihoda, nedostatak hrane, dugovanja za mjesecne stambene doprinose, uslove stanovanja, neodgovarajuća briga o njima od strane treće osobe i slično. Omogućavanjem ostvarivanja njihovih prava, socijalni radnik istovremeno stabilizuje i poboljšava njihov zdravstveni status.

Tabela 15. Vrste usluga socijalnog radnika

Usluge socijalnog radnika	Frekvencija	Postotak
Savjetovanje	11	36.7%
Novčana pomoć (jednokratna ili stalna)	3	10.0%
Saradnja sa drugim ustanovama	0	0.0%
Savjetovanje i novčana pomoć	5	16.7%
Savjetovanje i saradnja sa drugim ustanovama	7	23.3%
Novčana pomoć i saradnja sa drugim ustanovama	1	3.3%
Sve vrste usluga	3	10.0%
Ukupno	30	100.0%

U prikazanoj tabeli podaci pokazuju da je 36.7% ispitanika koristilo uslugu savjetovanja, a 10% ispitanika ostvarivanje prava na novčanu pomoć. Savjetovanje i novčana pomoć bila je potrebna 16.7% ispitanika, dok su usluge savjetovanja i saradnje s drugim ustanovama pružene 23.3% ispitanika.

Usluge koje pruža socijalni radnik osobama s hroničnim duševnim smetnjama su različite i realizuju se u skladu s potrebama korisnika. Rijetko se dešava da bude pružena samo jedna usluga od strane socijalnog radnika, većinom bude iskazana potreba korisnika za poduzimanje većeg broja aktivnosti. Poduzeta intervencija pozitivno utječe na osobe s hroničnim duševnim smetnjama i olakšava im svakodnevno psiho - fizičko funkcionisanje.

Tabela 16. Potreba za uslugama socijalnog radnika - zbirna

Usluge socijalnog radnika	Frekvencija	Postotak
Savjetovanje	26	53.1%
Novčana pomoć (jednokratna ili stalna)	12	24.5%
Saradnja sa drugim ustanovama	11	22.4%
Ukupno	49	100.0%

U tabeli su prikazani podaci za potrebe ispitanika za uslugama socijalnog radnika: 53.1% odnosi se na savjetovanje, 24.5% na ostvarivanje prava na novčanu pomoć (jednokratnu ili stalnu), dok 22.4% na saradnju sa drugim ustanovama.

Analizirajući ovu tabelu možemo vidjeti da je savjetovanje najčešća usluga koju socijalni radnik pruža osobama s hroničnim duševnim smetnjama, i za kojom oni najčešće imaju potrebu. Mnogi korisnici koji imaju hronične duševne smetnje nikad nisu porazgovarali s nekim o svojim teškoćama, individualnim ili porodičnim problemima. Nažalost, dosta njih nije upućeno u svoja prava i načine na koje ih mogu ostvariti. Osobama s hroničnim duševnim smetnjama je potrebno da ih neko istinski sasluša, razumije i pri tome ne kritikuje niti osuđuje. Socijalni radnik savjetovanjem mnogo pomaže i olakšava osobama s hroničnim duševnim smetnjama.

Tabela 17. Zadovoljstvo uslugama socijalnog radnika

Zadovoljstvo uslugama socijalnog radnika	Frekvencija	Postotak
DA	28	93.3%
NE	1	3.3%
Niti zadovoljan niti nezadovoljan	1	3.3%
Ukupno	30	100.0%

Kada je u pitanju zadovoljstvo ispitanika uslugama socijalnog radnika: 28 (93.3%) ispitanika je zadovoljno uslugama socijalnog radnika, dok je 1 (3.3%) niti zadovoljno niti nezadovoljno, a 1 (3.3%) je nezadovoljno uslugama socijalnog radnika.

Zadovoljstvo korisnika koji imaju hronične duševne smetnje radom i aktivnostima socijalnog radnika je važno jer je to pokazatelj kvalitete njihove međusobne saradnje i učinkovitosti socijalnog radnika, a krajnji cilj aktivnosti socijalnog radnika je rješavanje problematike i zadovoljstvo korisnika.

Tabela 18. Učešće u grupnim aktivnostima sa socijalnim radnikom s obzirom na spol

Učešće u grupnim aktivnostima sa socijalnim radnikom	Spol		Ukupno (%)	Pearsonov χ^2	P
	Muški (%)	Ženski (%)			
DA	5 (16.7)	17 (56.7)	22 (73.3)		
NE	2 (6.7)	6 (20.0)	8 (26.7)	.017	.896
Ukupno	7 (23.3)	23 (76.7)	30 (100.0)		

U tabeli je prikazano učešće ispitanika u grupnim aktivnostima sa socijalnim radnikom s obzirom na spol, pri čemu ukupno 22 (93.3%) ispitanika: 5 (71.4%) muških i 17 (73.9%) ženskih ispitanika su učestvovali u grupnim aktivnostima socijalnog radnika, dok 8 (26.7%) ispitanika: 2 (28.6%) muških i 6 (26.1%) ženskih ispitanika nisu učestvovali u grupnim aktivnostima socijalnog radnika. Pearsonov χ^2 - test pokazuje da nema statistički značajne razlike u učestvovanju u grupnim aktivnostima socijalnog radnika s obzirom na spol ispitanika ($\chi^2 = 0.017$, $p > 0.05$).

Tabela 19. Doprinos grupnih aktivnosti

Da li Vam je učešće u toj aktivnosti doprinijelo boljem zdravstvenom stanju?	Spol		Ukupno (%)	Pearsonov χ^2	P
	Muški (%)	Ženski (%)			
DA	5 (22.7)	15 (68.2)	20 (90.9)	.647	.421
NE	0 (0.0)	2 (9.1)	2 (9.1)		
Ukupno	5 (22.7)	17 (77.3)	22 (100.0)		

Tabela pokazuje deskriptivne podatke za one ispitanike koji su učestvovali u grupnim aktivnostima sa socijalnim radnikom: da li im je učešće u toj aktivnosti doprinijelo boljem zdravstvenom stanju s obzirom na spol, pri čemu ukupno 20 (90.9%) ispitanika: 5 (100.0%) muških i 20 (90.9%) ženskih ispitanika navode da im je učešće u toj aktivnosti doprinijelo boljem zdravstvenom stanju, dok samo 2 (11.7%) ženskih ispitanika navode da im učešće u toj aktivnosti nije doprinijelo boljem zdravstvenom stanju. Pearsonov χ^2 - test pokazuje da nema statistički značajne razlike u mišljenju ispitanika da li im je učešće u toj aktivnosti doprinijelo boljem zdravstvenom stanju s obzirom na spol ispitanika ($\chi^2 = 0.647$, $p > 0.05$).

Ispitanici su imali mogućnost da navedu u kojim grupnim aktivnostima, organizovanim od strane socijalnog radnika, su učestvovali pa su neki od njih naveli: grupnu socioterapiju, muzikoterapiju, edukativne radionice, folklor, izlete. Učešće u navedenim aktivnostima im je pomoglo i imalo pozitivan utjecaj na njihovo mentalno zdravlje, odnosno na njihov oporavak, rehabilitaciju i uključivanje u životnu sredinu. U grupnim aktivnostima se osobe s hroničnim smetnjama upoznavaju, zbližavaju, dijeli iskustva i mišljenja, uviđaju da nisu sami i da nemaju samo oni određeni problem a sve to utiče na njihovo osnaživanje i povećanje samopouzdanja.. Socijalni radnik kao voditelj grupe prati grupnu dinamiku, te podstiče i održava ugodnu atmosferu s ciljem da se svi članovi osjećaju dobro.

Tabela 20. Efikasnost oporavka ako je u tretman bio uključen socijalni radnik

Efikasnost oporavka ako je u tretman bio uključen socijalni radnik	Frekvencija	Postotak
DA	27	90.0%
NE	1	3.3%
Djelomično	2	6.7%
Ukupno	30	100.0%

Rezultati u pogledu efikasnosti oporavka ako je u tretman bio uključen socijalnog radnik su slijedeći: 27 (90.0%) ispitanika smatra da je efikasnost njihovog oporavka bila bolja uz uključenost socijalnog radnika, dok 2 (6.7%) ispitanika smatraju da je efikasnost bila djelomično bolja, a 1 (3.3%) ispitanik smatra da efikasnost njegovog oporavka nije bila bolja uključivanjem socijalnog radnika.

Uključenost socijalnog radnika u tretman osoba s hroničnim duševnim smetnjama je od velikog značaja. Bez aktivnosti socijalnog radnika liječenje i oporavak su nepotpuni, jer većina njih ima probleme i poteškoće koje su vezane za područje socijalnog rada a što ima negativan utjecaj na njihovo psihičko stanje. Ukoliko se ne riješi socijalna problematika koja prati osobu s hroničnim duševnim smetnjama svakodnevno, teško da se može poboljšati i njen zdravstveni status jer su upravo ti problemi ono što usporava i zaustavlja oporavak. Shodno navedenom, može se zaključiti da socijalni radnik doprinosi kvalitetnijem tretmanu i oporavku osoba s hroničnim duševnim smetnjama.

Tabela 21. Značaj socijalnog radnika osobama s hroničnim duševnim smetnjama

Zbog čega je Vama važan socijalni radnik?	Frekvencija	Postotak
Pruža mi veliku podršku	20	23.8%
Omogućava mi ostvarivanje mojih prava i njihovu zaštitu	16	19.0%
Provodi socioterapiju	10	11.9%
Imam se kome obratiti za pomoć kada mi je teško	17	20.2%
Zastupa mene i moje interese pred javnim ili privatnim ustanovama	13	15.5%
Sve usluge	8	9.5%
Ukupno	84	100.0%

Na osnovu podataka iz prikazane tabele možemo ustanoviti da je socijalni radnik važan osobama s hroničnim duševnim smetnjama, naročito jer im socijalni radnik pruža veliku podršku (23.8%), imaju se kome obratiti kad im je teško (20.2%), omogućava im ostvarivanje prava i njihovu zaštitu (19.0%), zastupa njihove interese (15.5%) i provodi socioterapiju (11.9%).

Tabela 22. Važnost uključenosti socijalnog radnika u tretman i oporavak osoba s hroničnim duševnim smetnjama

Važnost uključenosti socijalnog radnika u tretman i oporavak	Frekvencija	Postotak
Uopće se ne slažem	1	3.3%
Niti se slažem, niti se ne slažem	1	3.3%
Uglavnom se slažem	8	26.7%
U potpunosti se slažem	20	66.7%
Ukupno	30	100.0%

Tabela pokazuje da ukupno 28 (93.4%) ispitanika (potpuno ili djelomično) smatra da im je važna uključenost socijalnog radnika u tretman i oporavak. Osobe s hroničnim duševnim smetnjama ne mogu dobiti adekvatnu pomoć i podršku ako je zanemarena uloga socijalnog radnika i ukoliko socijalni radnik nije uključen u njihov tretman.

Tabela 23. Uključenost u koordiniranu brigu

Uključenost u koordiniranu brigu	Spol		Ukupno (%)	Pearsonov χ^2	P
	Muški (%)	Ženski (%)			
DA	2 (6.7)	8 (26.7)	10 (33.3)		
NE	5 (16.7)	15 (50.0)	20 (66.7)	.093	.760
Ukupno	7 (23.3)	23 (76.7)	30 (100.0)		

Rezultati u pogledu uključenosti ispitanika u koordiniranu brigu s obzirom na spol su slijedeći: 10 (33.3%) ispitanika: 2 (28.6%) muških i 8 (34.8%) ženskih ispitanika su uključeni u proces

koordinirane brige, dok 5 (71.4%) muških i 15 (63.2%) ženskih ispitanika nisu uključeni u proces koordinirane brige. Pearsonov χ^2 - test pokazuje da nema statistički značajne razlike u uključenosti u proces koordinirane brige s obzirom na spol ispitanika ($\chi^2 = 0.093$, $p > 0.05$).

Ispitanici koji su uključeni u koordiniranu brigu su naveli da su imali koristi od toga u smislu da se osjećaju bolje već duže vrijeme, da se osjećaju ugodno i prihvaćeno a rjeđe poniženo i odbačeno, da je ostvareno više njihovih prava, da je smanjen broj hospitalizacija te da imaju podršku svih profesionalaca u centru za mentalno zdravlje.

2. Rezultati intervjeta sa socijalnim radnikom

Intervju je obavljen sa socijalnim radnikom koji je 9 godina zaposlen u Centru za socijalni rad Zenica kao referent za socijalnu zaštitu djece i odraslih lica (zaštita i zbrinjavanje djece i odraslih lica). Socijalni radnik je dao odgovore na postavljena pitanja, a u skladu sa svojim kompetencijama, znanjem i iskustvom.

Prvo pitanje intervjeta se odnosilo na broj zaposlenih socijalnih radnika u JU „Centar za socijalni rad“ Zenica, a odgovor na ovo pitanje glasi: „*Nažalost, u ovoj ustanovi je zaposleno samo sedam socijalnih radnika/radnica.*“

Drugo pitanje se odnosilo na preopterećenost administrativnim poslovima. Odgovor glasi: „*Što se tiče preopterećenosti socijalnog radnika administrativnim poslovima, mogu reći da osjećam preopterećenost navedenim, ali ne u velikoj mjeri. Kada imamispomoći u radnim aktivnostima, onda je podnošljivije i imam više vremena baviti se konkretnom problematikom korisnika.*“

Treće pitanje se odnosilo na učestalost rada i saradnje socijalnog radnika s osobama s hroničnim duševnim smetnjama, a odgovor na ovo pitanje glasi: „*Jako često sarađujem s osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Korisnici koji imaju hronične duševne smetnje su kategorija s kojom uglavnom i radim, odnosno referat na kojem radim 70% je poslovima baziran na ovu kategoriju. Moje radne aktivnosti s osobama s hroničnim duševnim smetnjama se ogledaju u radu od samog saznanja da je istoj potrebna pomoći pa sve do donošenja konačne odluke, odnosno rješenja problema na obostrano zadovoljstvo.*“

Četvrto pitanje je bilo vezano za usluge koje se najčešće pružaju osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Odgovor glasi: „*Najčešće usluge koje se pružaju osobama s hroničnim duševnim smetnjama su savjetodavni rad, pružanje stručne pomoći, pomoći pri osiguranju zdravstvene zaštite i lične dokumentacije, zaštita i zbrinjavanje osoba s hroničnim duševnim smetnjama, smještaj u ustanovu socijalne zaštite, davanje prijedloga za specijalizovano hraniteljstvo, itd.*“

Peto pitanje se odnosilo na saradnju socijalnog radnika s članovima porodice osoba s hroničnim duševnim smetnjama, pri čemu je odgovor glasio: „*Veoma često se ostvaruje saradnja sa članovima porodice osoba s hroničnim duševnim smetnjama. Dobra saradnja s njihovim članovima porodice je ključ uspjeha adekvatne zaštite ove kategorije korisnika.*“

Šesto pitanje je bilo vezano za značaj saradnje socijalnog radnika s drugim institucijama za oporavak osoba s hroničnim duševnim smetnjama. Odgovor glasi: „*Saradnju socijalnog radnika s drugim institucijama/ustanovama smatram veoma bitnom i značajnom za kvalitetan i uspješan oporavak osoba s hroničnim duševnim smetnjama, i to u velikom procentu. Ta saradnja je općenito važna za pružanje adekvatnije stručne pomoći tim osobama. Bez dobre saradnje socijalnog radnika s drugim institucijama nema ni uspješnog oporavka niti donošenja odgovarajućih odluka po korisnika.*“

Pitanja pod rednim brojevima 7. i 8. su bila vezana za učestalost saradnje sa drugim institucijama i s kojim institucijama socijalni radnik najčešće sarađuje. Odgovori na ova pitanja glase: „*S drugim institucijama sarađujem svakodnevno i to po više puta dnevno. Saradnja je stalna i kontinuirana, a ostvaruje se sa drugim centrima za socijalni rad, centrima za mentalno zdravlje, gradskom upravom, policijom, porodičnim ambulantama, bolnicama (dakle, sa svim zdravstvenim ustanovama na prostoru ZDK pa i šire). Takođe, saradnja se ostvaruje i sa ustanovama socijalne zaštite u kojima su smješteni korisnici, tj. sa ustanovama s kojim nadležno Ministarstvo za rad, socijalnu politiku i izbjeglice ZDK ima potpisani ugovor za smještaj korisnika u njihovu ustanovu.*“

Odgovor na deveto pitanje, koje se odnosilo na poteškoće u radu s korisnicima koji imaju hronične duševne smetnje, glasi: „*Zakonska regulativa. Kada osobe s hroničnim duševnim smetnjama nisu u stanju shvatiti značenje socijalnog rada, ne želi da joj se pomogne i ne prihvata pomoći, a pri tome sud ne donosi odluke o zbrinjavanju u adekvatnu ustanovu socijalne zaštite. Zakonom je predviđeno donošenje odluke o prisilnom zbrinjavanju ali sud isto ne provodi. U ovakvim slučajevima se socijalni radnik nađe u bezizlaznoj situaciji po ovaku osobu.*“

Deseto pitanje se odnosilo na dodatna profesionalna usavršavanja za rad s osobama s hroničnim duševnim smetnjama, a odgovor glasi: „*Da, usavršavao sam se za rad s korisnicima koji imaju hronične duševne smetnje. Smatram to neophodnim za rad s ovom kategorijom korisnika.*“

Pitanja pod rednim brojevima 11. i 12. su bila vezana za stigmatizaciju i diskriminaciju osoba s hroničnim duševnim smetnjama i da li ih to spriječava da potraže profesionalnu pomoć. Odgovori na ova pitanja glase: „*Smatram da su osobe s hroničnim duševnim smetnjama stigmatizirane i diskriminirane u društvenim zajednicama i da ih upravo zbog toga, jednim dijelom, ne traže stručnu pomoć, da ne bi bile etiketirane i odbačene od članova društvene zajednice.*“

Trinaesto pitanje se odnosilo na ono što se smatra najznačajnijim u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama, a odgovor glasi: „*Najznačajnijim smatram kada osoba s hroničnom duševnom smetnjom spozna da je „prihvaćena“ i da ima pomoć društvene zajednice, kada spozna da se ima kome obratiti za pomoć i da nakon toga iskaže potrebu da joj se pomogne i dalje sarađuje u tom pravcu.*“

Na osnovu dobijenih odgovora iz prikazanog intervjuja sa socijalnim radnikom možemo zaključiti da je nedovoljan broj socijalnih radnika zaposlen u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama, pogotovo ako se uzmu u obzir njihova opravdana odsustvovanja s posla (godišnji odmori, bolovanja) za što nemaju odgovarajuću zamjenu, te su korisnici koji imaju hronične duševne smetnje uskraćeni za dobijanje pravovremene pomoći i podrške što utiče na njihovo zdravstveno stanje i kvalitet života. Socijalni radnici prilično opterećeni administrativnim poslovima što utiče na njihovu učinkovitost ukoliko nemaju osobu koja će im pomoći u tim poslovima da bi oni imali vremena posvetiti se primarnoj problematiki korisnika.

U dobijenim odgovorima se uočava da socijalni radnici u centru za socijalni rad često surađuju s osobama s hroničnim duševnim smetnjama, naročito referenti koji se bave zaštitom i zbrinjavanjem odraslih, a u radu primjenjuju različite socijalne usluge i socijalne intervencije koje pomažu i olakšavaju svakodnevno funkcionisanje osoba s hroničnim duševnim smetnjama, poput pružanja stručne pomoći, savjetovanja, obezbjeđivanja lične i zdravstvene dokumentacije, zaštita i zbrinjavanje osoba s hroničnim duševnim smetnjama i slično. Takođe, socijalni radnik smatra da je dobra saradnja s njihovim članovima porodice ključna za odgovarajuću zaštitu korisnika koji imaju hronične duševne smetnje.

Značaj saradnje socijalnog radnika s drugim institucijama u oporavku osoba s hroničnim duševnim smetnjama je naglašen u dobijenim odgovorima jer se u velikoj mjeri smatra veoma važnom i značajnom. Zahvaljujući toj saradnji korisnici koji imaju hronične duševne smetnje dobijaju odgovarajuću i blagovremenu pomoć što utječe na uspješnost njihovog opravka. Saradnja socijalnog radnika s drugim institucijama se realizuje svakodnevno i kontinuirano, a najčešće sa centrima za socijalni rad, zdravstvenim ustanovama (primarni, sekundarni i tercijarni nivo), nadležnim gradskim organima, ministarstvima i ustanovama socijalne zaštite.

Kao poteškoću u svom radu na koju nailazi sarađujući s korinsicima koji imaju hronične duševne smetnje, socijalni radnik navodi zakonsku regulativu koja se odnosi na dio zbrinjavanja u ustanovu socijalne zaštite. Često osobe s hroničnim duševnim smetnjama nisu sposobne prepoznati i shvatiti značaj smještaja u ustanovu socijalne zaštite, a potrebna im je svakodnevna njega i nadzor te nemaju srodnika koji bi preuzeли tu odgovornost i obavezu na sebe. Tada socijalni radnik postaje nemoćan pružiti adekvatnu privremenu uslugu, a sudski organi ne donose odluke o njihovom zbrinjavanju.

Stigmatizacija i diskriminacija se ističu u dobijenim odgovorima i razlog su zbog kojeg osobe s hroničnim duševnim smetnjama ne traže stručnu pomoć strahujući da bi bile odbačene od društva u koje bi se teško integrисали i prilagodili. Socijalni radnik smatra najznačajnijim kad se osoba s hroničnim duševnim smetnjama osjeća prihvaćenom od društvene zajednice koja joj nudi pomoć i podršku, a ona istu prihvata i želi da sarađuje.

3. Rezultati intervjeta sa psihologom

Intervju je obavljen sa psihologom koji je 17 godina zaposlen u JU „Dom zdravlja“ Zenica - Centar za mentalnu rehabilitaciju. Psiholog je dao odgovore na postavljena pitanja u skladu sa svojim znanjem, kompetencijama i iskustvom.

Prvo pitanje intervjua se odnosilo na broj zaposlenih radnika u Centru za mentalnu rehabilitaciju Zenica, a odgovor glasi: „*U centru za mentalnu rehabilitaciju je zasposlena samo jedna socijalna radnica.*“

Drugo pitanje je bilo vezano za razloge nedostatka socijalnih radnika u timovima Centra za mentalnu rehabilitaciju. Odgovor glasi: „*Najvećim problemom/razlogom nedovoljnog angažovanja socijalnih radnika u radu s osobama s duševnim smetnjama smatram nedovoljno razvijenu svijest menadžmenta o značaju uloge i angažiranju socijalnih radnika u timovima profesionalaca Centra za mentalnu rehabilitaciju.*“

Odgovori na treće i četvrto pitanje, koja su se odnosila na važnost uloge socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama i mišljenje sagovornika sa pozicije psihologa o značaju i doprinosu socijalnog radnika, glase: „*Uloga socijalnog radnika u timu Centra za mentalnu rehabilitaciju je veoma bitna, budući da socijalni radnik obavlja saradnju sa svim društvenim faktorima lokalne zajednice i šire, koji su od značaja za sanaciju, odnosno poboljšanje pacijentovog položaja iz oblasti socijalno - zdravstvene zaštite, sudstva, zapošljavanja, stanovanja, odgojno - obrazovnog rada, sigurnosti i drugo. Izuzetno bitnim smatram zadatke i poslove socijalnog radnika, kao što su pisanje socijalne anamneze, kontakt s pacijentovim najbitnijim izvorima psihosocijalne podrške u porodičnom okruženju, pokazivanje empatije te pružanje pomoći, podrške i asistencije pacijentima sa psiho - socijalnom problematikom u zaštiti i regulisanju njihovih prava, što pozitivno djeluje na njihovu ličnost, psihičku stabilnost, funkcionalnost i zadovoljstvo životom.*“

Peto pitanje se odnosilo na učestalost saradnje psihologa s osobama s hroničnim duševnim smetnjama i njihovu potrebu za uslugama socijalnog radnika, a odgovor glasi: „*Često sarađujem s korisnicima koji imaju hronične duševne smetnje. Mnogi od njih imaju neriješenu ili upitnu socijalnu problematiku koja je povezana sa njihovim mentalnim zdravljem.*“

Odgovor na šesto pitanje, koje se odnosilo na najznačajnije zadatke socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama, glasi: „*Najznačajnijim zadacima socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama smatram pružanje stručne pomoći, podrške i asistencije korisnicima sa psiho - socijalnom problematikom i regulisanju njihovih prava iz oblasti socijalne zaštite.*“

Pitanja pod rednim brojevima 7. i 8. su bila vezana za potrebu psihologa za saradnjom sa socijalnim radnikom i da li socijalni radnik olakšava radne zadatke drugih profesionalaca unutar tima, a odgovori glase: „*Povremeno sarađujem sa socijalnim radnikom, zavisno od primarne*

problematike s kojom se suočava pacijent. Socijalni radnik mnogo olakšava poduzimajući aktivnosti iz oblasti za koju može pružiti najbolju uslugu našim zajedničkim pacijentima.“

Deveto pitanje se odnosilo na broj uključenih korisnika u koordiniranu brigu, a odgovor glasi: „*Do sada je u Centru za mentalnu rehabilitaciju Zenica ukupno 33 pacijenata uključeno u projekat koordinirane brige.*“

Deseto pitanje se odnosilo na uticaj nedostatka socijalnih radnika u tretmanu osoba s hroničnim duševnim smetnjama. Odgovor glasi: „*Istiće se nedostatak socijalnih radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama i njihovom cjelokupnom tretmanu. Posebno se to odnosi na prižanje stručne pomoći, podrške i asistencije pacijentima sa psiko - socijalnom problematikom u zaštiti i regulisanju njihovih prava u oblasti socijalne zaštite, što pomaže ili domaže u uspostavljanju mentalnog zdravlja, slike o sebi, samopoštovanja i osjećaja vrijednosti, prihvaćenosti ili odbačenosti od sistema, kao i nivoa raspoloženja, voljno nagonskih dinamizama te osjećaja zadovoljstva i sigurnosti u životu kod korisnika koji imaju hronične duševne smetnje.*“

Jedanaesto pitanje je bilo vezano za stigmatizaciju i diskriminaciju osoba s hroničnim duševnim smetnjama, njihovu odbačenost i etiketiranje od strane društva. Odgovor glasi: „*Nažalost, stigmatizacija i diskriminacija osoba s hroničnim duševnim smetnjama je još uvijek prisutna u našem društvu, iako se provode mnogi korisni antistigma projekti u BiH koji su tu stigmatizaciju i diskriminaciju u dovoljnoj mjeri umanjili. Strah od etiketiranja i odbacivanja od strane članova društvene zajednice je još uvijek prisutan kod osoba s hroničnim duševnim smetnjama upravo zbog stigmatizacije, iako u odnosu na period prije 10 - tak godina pod pozitivnim utjecajem aktivnosti centara za mentalno zdravlje u BiH, sve više osoba koje su poznatije u društvu nemaju problem javiti se centru za mentalno zdravlje i potražiti profesionalnu pomoć kad osjetе potrebu za takvom vrstom pomoći.*“

Na osnovu dobijenih odgovora iz intervjeta obavljenog sa psihologom možemo ustanoviti da je nedovoljan broj zaposlenih socijalnih radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama. U Centru za mentalnu rehabilitaciju Zenica rade tri psihijatra a svaki psihijatar bi u timu trebao imati po jednog socijalnog radnika. Imajući u vidu podatak da ova služba ima preko 6.000 korisnika, jedan socijalni radnik nije u mogućnosti pružiti odgovarajuću pomoć osobama s hroničnim duševnim smetnjama i zadovoljiti njihove potrebe. Kao razlog nedostatka socijalnih radnika, psiholog navodi nedovoljno razvijenu svijest mendžmenta o značaju uloge socijalnog

radnika. U odgovorima se ističe da nedostatak socijalnog radnika i usluga koje on pruža utječe na kvalitet liječenja osoba s hroničnim duševnim smetnjama obzirom da ne dobijaju potpunu i adekvatnu pomoć i podršku.

U odgovorima se ističe podatak da profesionalac iz druge oblasti (psihologije) smatra veoma bitnom ulogu socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama jer sve usluge koje pruža i intervencije koje poduzima imaju pozitivan utjecaj na ličnost, psihičku stabilnost i funkcionalnost osoba s hroničnim duševnim smetnjama. Takođe smatra da je time veće zadovoljstvo tih osoba i poboljšana kvaliteta njihovog života. Psiholog često sarađuje s korisnicima koji imaju hronične duševne smetnje, a mnogi od njih imaju socijalnu problematiku koja je povezana s njihovim mentalnim zdravljem u čemu im može pomoći socijalni radnik. Kao najznačajnije aktivnosti socijalnog radnika navodi pružanje stručne pomoći, podrške i asistencije korisnicima sa psihosocijalnom problematikom, te regulisanje njihovih prava iz oblasti socijalne zaštite. Profesionalac iz oblasti psihologije ima potrebu za saradnjom sa socijalnim radnikom shodno problematici koju ima i iznese osoba s hroničnim duševnim smetnjama, te ističe da socijalni radnik mnogo olakšava timu poduzimajući potrebne intervencije iz svoje oblasti.

Psiholog naglašava da je i dalje prisutna stigmatizacija i diskriminacija osoba s hroničnim duševnim smetnjama i da je strah od odbacivanja i etiketiranja prisutan kod istih. Takođe ističe da su antistigma projekti i aktivnosti centara za mentalno zdravlje jednim dijelom umanjili stigmatizaciju i da se postepeno povećava broj osoba koje odluče potražiti profesionalnu pomoć ukoliko im je potrebna.

ZAKLJUČNA RAZMATRANJA I PREPORUKE

Rezultati istraživanja pokazuju da socijalni radnik ima veoma bitnu i značajnu ulogu u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Ukoliko je u njihov tretman uključen socijalni radnik, tada dolazi do bržeg i uspješnijeg oporavka. U teorijskom dijelu ovog istraživanja, detaljno smo obradili i interpretirali historijski razvoj socijalnog rada u zdravstvu i mentalnom zdravlju, uzroke i posljedice hroničnih duševnih smetnji. Pažnju smo posvetili i reformi mentalnog zdravlja koja zagovara holistički pristup liječenju i tretmanu osoba s hroničnim duševnim smetnjama, kao i značaj liječenja u vanbolničkim ustanovama. Posebnu pažnju smo posvetili ulozi socijalnog radnika u centrima za mentalno zdravlje i odjelima psihijatrije, na koje načine oni mogu pozitivno utjecati na zdravstveno stanje korisnika i poboljšanje socijalnog statusa. Kroz empirijsko istraživanje smo došli do značajnih rezultata. Evidentan je nedostatak socijalnih radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama, iako oni zauzimaju veoma važno mjesto u tretmanu korisnika. Razlog tome je nepoznavanje uloge i važnosti socijalnog radnika od strane menadžmenta zdravstvenih ustanova, kao i činjenica da poslove socijalnog radnika obavlja drugi raspoloživi kadar. Iako Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH nalaže da svaki multidisciplinarni tim u centru za mentalno zdravlje treba imati po jednog socijalnog radnika, u praksi na području BiH nalazimo da u centrima za mentalno zdravlje radi po jedan ili čak nijedan socijalni radnik.

Generalnom hipotezom je potvrđeno da je u praksi uloga socijalnog radnika zanemarena, iako je ista nužna za rad s osobama s hroničnim duševnim smetnjama, obzirom da hronične duševne smetnje imaju ozbiljne i teške posljedice za pojedinca, njegovu porodicu i društveno okruženje. Rezultati istraživanja pokazuju da je u Centru za mentalnu rehabilitaciju Zenica, koji ima preko 6.000 korisnika i više timova, zaposlen samo jedan socijalni radnik.

Ovim rezultatima, kao i rezultatima istraživanja koji pokazuju da je u Centru za socijalni rad Zenica zaposleno samo sedam socijalnih radnika potvrđujemo prvu posebnu hipotezu, kojom se tvrdilo da socijalni radnici nisu u dovoljnoj mjeri uključeni u rad s osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Potrebu za obraćanjem socijalnom radniku je iskazalo 93.3% ispitanika.

Drugom posebnom hipotezom se tvrdilo da osobe s hroničnim duševnim smetnjama često imaju teškoće pri integraciji u životnu sredinu praćenu odbacivanjem i omalovažavanjem. Teškoće u vidu odbacivanja i stigmatizacije od strane članova društvene zajednice je potvrdilo 36.7%

ispitanika i 36.7% ispitanika ovisno od situacije. Neugodnosti u svojim životnim sredinama zbog narušenog mentalnog zdravlja je doživjelo 53.3% ispitanika. Poteškoće u ostvarivanju kontakta s drugima je potvrdilo 26.7% ispitanika, a 30.0% ispitanika ima navedene poteškoće ovisno od situacije, navodeći da poteškoće imaju zbog osjećaja stida, straha od odbacivanja i nerazumijevanja od strane drugih. Rezultati istraživanja su pokazali da muški ispitanici imaju više poteškoća u ostvarivanju kontakta s drugima u odnosu na ženske ispitanike.

Kroz treću posebnu hipotezu se tvrdilo da socijalni radnik doprinosi kvalitetnijem tretmanu i oporavku osoba s hroničnim duševnim smetnjama, što je potvrdilo 90.0% ispitanika koji navode da je njihov tretman bio efikasniji i kvalitetniji uz uključenost socijalnog radnika.

Četvrtom posebnom hipotezom se tvrdilo da socijalni radnik poduzima socijalne intervencije koje olakšavaju funkcionisanje osoba s hroničnim duševnim smetnjama. Rezultati istraživanja su pokazali da socijalni radnik pruža različite socijalne usluge i poduzima socijalne intervencije u vidu ostvarivanja prava ispitanika na novčanu pomoć, savjetovanja i saradnje s drugim ustanovama, što su potvrdili svi ispitanici (100.0%). Zadovoljstvo uslugama socijalnog radnika je iskazalo 93.3% ispitanika. Socijalni radnik je važan osobama s hroničnim duševnim smetnjama što su potvrdili svi ispitanici: 23.8% jer im socijalni radnik pruža veliku podršku, 20.2% jer se imaju kome obratiti kad im je teško, 34.5% zbog posredovanja u ostvarivanju prava ispitanika i zastupanja njihovih interesa i 11.9% jer socijalni radnik provodi socioterapiju. Osam ispitanika (9.5%) smatra važnim socijalnog radnika zbog svega navedenog. Analizom provedenog intervjeta sa socijalnim radnikom je potvrđeno da se u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama najčešće poduzimaju intervencije u vidu savjetodavnog rada, pružanja stručne pomoći, osiguravanje zdravstvene zaštite i lične dokumentacije, zaštita i zbrinjavanje korisnika, smještaj u ustanovu socijalne zaštite, itd. Analizom provedenog intervjeta sa psihologom je potvrđeno da intervencije koje poduzima socijalni radnik pozitivno utječu na ličnost, psihičku stabilnost i funkcionalnost osoba s hroničnim duševnim smetnjama.

U petoj posebnoj hipotezi se tvrdilo da učešće osoba s hroničnim duševnim smetnjama u grupnim aktivnostima sa socijalnim radnikom utječe na poboljšanje njihovog mentalnog zdravlja. Ovu hipotezu je potvrdilo 90.0% ispitanika koji su naveli da im je grupna aktivnost sa socijalnim radnikom doprinijela boljem zdravstvenom stanju. Tokom grupnih terapija, članovi grupe se socijalizuju i šire svoje socijalne mreže, imaju slobodu da izražavaju svoje vlastito mišljenje i

emocije, međusobno se razumiju, poštuju i podržavaju i pri tome ih niko ne osuđuje. Naprotiv, većina njih se po prvi put osjeća prihvaćenima. Takođe, osobe s hroničnim duševnim smetnjama u grupnim aktivnostima stiču nova znanja i vještine koje im pomažu u osnovnim životnim aktivnostima, a sve to poboljšava njihovo mentalno zdravlje.

Šesta posebna hipoteza ističe da zanemarenost uloge socijalnog radnika dovodi do neadekvatnog pružanja pomoći i podrške osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Rezultati istraživanja su pokazali da 93.4% ispitanika smatraju važnom uključenost socijalnog radnika u njihov tretman i oporavak, a ako izostaje uključenost socijalnog radnika osobe s hroničnim duševnim smetnjama neće dobiti potpunu i odgovarajuću pomoć što će imati negativan utjecaj na njihovo mentalno zdravlje. Analizom provedenog intervjeta sa psihologom je potvrđeno da nedostatak socijalnih radnika u radu s korisnicima koji imaju hronične duševne smetnje utječe na njihov cjelokupni tretman, a posebno na pružanje stručne pomoći, podrške, regulisanja i zaštite prava iz oblasti socijalne zaštite. To se odražava nisko samopoštovanje osoba s hroničnim duševnim smetnjama, njihovim osjećajem manje vrijednosti, nivoa raspoloženja, kao i osjećaja zadovoljstva i sigurnosti.

Kroz sedmu posebnu hipotezu se tvrdilo da saradnja socijalnih radnika s drugim institucijama doprinosi uspješnjem oporavku osoba s hroničnim duševnim smetnjama. Analizom provedenog intervjeta sa socijalnim radnikom je potvrđeno da je navedena saradnja veoma bitna i značajna za kvalitetan i uspješan oporavak osoba s hroničnim duševnim smetnjama, jer bez dobre saradnje socijalnog radnika s drugim institucijama nema donošenja adekvatnih odluka po korisnika što znatno utječe na njihov zdravstveni status. Za potpuni tretman i zbrinjavanje osoba s hroničnim duševnim smetnjama značajna je dobra i kvalitetna saradnja socijalnog radnika s drugim institucijama, jer takvi korisnici imaju multiple potrebe i poteškoće čije zadovoljenje i rješenje se traže u drugim institucijama. Saradnja se ostvaruje radi ostvarivanja njihovih prava vezanih za zdravstveni, ekonomski, stambeni i porodični status.

Rezultatima istraživanja da je 53.1% ispitanika najčešće koristilo uslugu savjetovanja kod socijalnog radnika potvrđuje se osma posebna hipoteza kojom se tvrdilo da je savjetovanje najčešći oblik podrške osobama s hroničnim duševnim smetnjama.

Analizirajući podršku koju osobe s hroničnim duševnim smetnjama imaju od članova porodice, 70.0% ispitanika je navelo da ima podršku porodice što je značajno u njihovom tretmanu. Kada porodica podržava svog člana koji ima teške psihičke smetnje tada i socijalni radnik lakše ostvaruje

saradnju s porodicom korisnika, i u mogućnosti je sprovoditi psihoedukaciju. Osobe s hroničnim duševnim smetnjama svoje povjerenje ukazuju stručnjacima koji im mogu pomoći kad imaju neki problem, što je potvrdilo 66.7% ispitanika, a 23.3% ispitanika se obraća članu porodice.

Osobe s hroničnim duševnim smetnjama se svakodnevno susreću sa nizom poteškoća. Zbog svoje bolesti većinom su spriječene da rade i tako osiguraju zadovoljavajući ekonomski status, budu uključeni u lokalnu zajednicu i ostvaruju socijalne kontakte. Često nisu informisane o svojim pravim, mogućnostima njihovog ostvarivanja i njihovom zaštitom. Nakon postavljene dijagnoze i hospitalizacija, osobe s hroničnim duševnim smetnjama su najčešće stigmatizirane u svojoj životnoj sredini, osjećaju se odbačeno, što utječe na njihovu integraciju u kulturni i društveni život a samim tim i na cjelokupni oporavak.

Čovjek je društveno biće i teži tome da bude prihvaćen, naročito onakvim kakav jeste i unatoč poteškoćama s kojim se povremeno ili svakodnevno suočava. Prikazani rezultati istraživanja pokazuju da se većina osoba s hroničnim duševnim smetnjama osjeća odbačeno, poniženo i neprihvaćeno u svojim životnim sredinama zbog svoje bolesti, na osnovu čega možemo zaključiti da su stigmatizacija i diskriminacija i dalje prisutne u našem društvu. U takvoj sredini izostaje potrebna podrška za njihovo liječenje, rehabilitaciju i resocijalizaciju. Ovakav društveni stav dodatno pogoršava zdravstveno stanje osoba s hroničnim duševnim smetnjama.

Na osnovu provedenog istraživanja zaključujemo da je uključenost socijalnog radnika u rad s osobama s hroničnim duševnim smetnjama neophodna za pružanje odgovarajuće pomoći i podrške tim osobama. Rezultati istraživanja ukazuju na to da se osobe s hroničnim duševnim smetnjama, u čiji tretman je uključen socijalni radnik, brže i uspješnije oporavljaju, te da imaju kvalitetniji tretman. Potrebu za socijalnim radnikom u odnosu na druge profesije je izrazio najveći broj ispitanika (37.5%), dok je 32.1% ispitanika imalo potrebu za psihijatrom. Međutim, unatoč ovim saznanjima broj zaposlenih socijalnih radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama je nedovoljan. Uloga socijalnog radnika je značajna i u borbi protiv stigmatizacije i diskriminacije, naročito u procesu koordinirane brige, pri čemu se korisnici koji imaju hronične duševne smetnje uključuju u aktivnosti i dešavanja društvene zajednice. Na taj način, moguće je smanjiti otpor i strah društva, kao i njihov stigmatizirajući stav prema osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Ispitanici koji su uključeni u koordiniranu brigu su naveli da se osjećaju ugodno i prihvaćeno a rjeđe poniženo ili odbačeno u svom socijalnom okruženju.

Na osnovu navedenih razmatranja, preporučuje se angažovanje većeg broja socijalnih radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama jer se time može poboljšati kvalitet usluga koje pružaju ustanove socijalne i zdravstvene zaštite, a samim tim utjecati na uspješniji oporavak osoba s hroničnim duševnim smetnjama. Povećavanjem broja socijalnih radnika u centrima za mentalno zdravlje bi se zadovoljili standardi prema kojima svaki tim centra za mentalno zdravlje treba imati po jednog socijalnog radnika. Ukoliko želimo kvalitetno ostvarivanje profesije socijalnog rada u ustanovama zdravstvene i socijalne zaštite, poslove socijalnog radnika ne mogu izvršavati uposlenici drugih profesija (socijalni pedagog, psiholog, defektolog).

Kada govorimo o osobama s hroničnim duševnim smetnjama, preporučuje se češća i kontinuirana primjena koordinirane brige, budući da su korisnici koji imaju hronične duševne smetnje i višestruke potrebe naveli da im uključivanje u koordiniranu brigu mnogo pomaže i koristi, što bi i trebao biti cilj svih profesionalaca koji rade s osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Potrebno je nastaviti provoditi antistigma programe i aktivnosti s ciljem smanjenja stigmatizacije prema osobama koje imaju hronične duševne smetnje. Početkom tekuće godine, u okviru Projekta mentalnog zdravlja BiH, počelo je stručno usavršavanje socijalnih radnika iz oblasti sistemske porodične terapije s ciljem unapređivanja usluga zaštite mentalnog zdravlja. Pažnju bi i dalje trebalo posvetiti dodatnom educiranju i usavršavanju socijalnih radnika u oblasti mentalnog zdravlja. Takođe, preporučuje se kontinuirano održavanje intersektorijalne saradnje između zdravstvenih, socijalnih i drugih ustanova radi pružanja što kvalitetnije pomoći i podrške osobama s hroničnim duševnim smetnjama.

Svjetski dan mentalnog zdravlja se obilježava 10. oktobra svake godine, pa se preporučuje socijalnim radnicima da tom prilikom promovišu svoj rad i aktivnosti u području mentalnog zdravlja, da podižu svijest javnosti o važnosti mentalnog zdravlja, mentalnim poremećajima, njihovoj prevenciji i liječenju. Na taj način socijalni radnici mogu uticati na izmjenu stavova, smanjenje otpora i straha društva prema mentalnim poremećajima što će omogućiti bolji socijalni status osobama koje imaju narušeno mentalno zdravlje, a samim tim i njihov uspješniji oporavak.

LITERATURA

1. Alispahić S., (2017), *Šta je novo u DSM-5? Četvrti kongres psihologa BiH*, Zbornik radova: 113- 125. Brčko: Društvo psihologa Brčko distrikta BiH, Društvo psihologa RS, Društvo psihologa u FBiH.
2. Anthony WA., Liberman RP. (1986), *The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base*. Schizophr Bull 12: 542-9.
3. Babić D., Martinac M., Pavlović M., Babić R., Barać K., Beus I., (2018), *Psihijatrija - odabran poglavlja*. Mostar.
4. Babić M., Laklija M., (2019), *Socijalni rad u u zdravstvu - pogled iz kuta socijalnih radnika zaposlenih u bolnicama*. JAHR 10/1 No. 19: 9-32.
5. Baddeley A., Morris R., David A., MacCabe J., (2008), *An ABC introduction to cognition for schizophrenia clinicians*. U: Cognition and schizophrenia: improving real life function (Morgan K., David A., Murray R i Eberhard J., ur.) H. Lundbeck A/S: Copenhagen.
6. Beder J., (2006), *Hospital Socioal Work - The interface of Medicine and Caring*. New York: Routledge.
7. Bernadac C., (1981), *Liječnici nemogućeg-medicinski eksperimenti na ljudima u koncentracionim logorima*. Zagreb: Globus.
8. Bukelić J., (2004), *Socijalna psihijatrija*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.
9. Buljubašić S., Šerić N., Babić N., (2018), *Socijalni rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti - ključna karika u procesu deinstitucionalizacije*. Zbornik radova: Socijalni rad u zdravstvu: 33-53, Sarajevo.
10. Cerić I., (1999), *Socioterapija, u: Klinička psihijatrija*, ur. Loga, S., Medicinski fakulteti u Sarajevu i Tuzli, Sarajevo.
11. Cohen H., (1981), *The Evolution of the Concept of Disease*, u: A.L. Caplan, H.T.

12. Corrigan PW., Slopen N., Gracia G., (2005), *Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; II: qualitative analysis of participant interviews*. Commun Ment Health 41: 721-35.
13. Čekerevac A., (2012), *Socijalni rad u zdravstvu-praktikum*. Fakultet političkih nauka, Beograd.
14. Čerkez G., (2019), *Priče iz centra*, Novo A. (ur), AKAZ - Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu FBiH.
15. Čerkez, G., (2012), *Službe u zajednici – AKAZ*.
16. Dadić-Hero E., Pernar M., Medved P., Ružić K., Rončević D., (2009), *Psihijatrijske dileme: terapija shizofrenije - prikaz slučaja*. Medicina Vol. 45, 4, 397-401.
17. Delić, Hrustić, Perić, Šabović, (2012), *Priručnik psihosocijalne intervencije za oboljele osobe od shizofrenije*, Tuzla.
18. Dervišbegović M., (2003), *Socijalni rad-teorija i praksa*, četvrto dopunjeno izdanje, Sarajevo.
19. Dimitrijević A., (2005), *Savremena shvatanja mentalnog zdravlja i poremećaja*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.
20. Družić Ljubotina, O., Friščić Lj., (2014), *Profesionalni stres kod socijalnih radnika: Izvor stresa i sagorijevanje na poslu*. Ljetopis socijalnog rada, 21 (1), 5-32.
21. Folnegović-Grošić, P., (2016), *Objektivnost terapijskog odgovora u liječenju prve epizode shizofrenih bolesnika novim antipsihoticima - Doktorska disertacija*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
22. Frančišković T., (2014), *Dijagnoza i klasifikacija u psihijatriji*, u: Psihijatrija, ur: Moro Lj. i sur., Rijeka.
23. Gavrilović A., Jugović A., Lepir Lj., (2013), *Socijalni rad u školi*, Banja Luka.
24. Gehlert S., Browne T.A., (2006), *Handbook of health social work*. New Jersey: Wiley.
25. Gelder M., Mayou R., Geddes J., (2009), *Psihijatrija, treće izdanje*, Datastatus: Beograd.
26. Glasser W., (2000), *Teorija izbora*, Alinea, Zagreb.

27. Gruden V., (1997), *Psihoterapija i socioterapija*. Socijalna psihijatrija 27: 93-9.
28. Harding CM, Strauss JS, Hafez H., (1987), *Work and mental illness. I. Toward an integration of the rehabilitation process*. J Nerv Ment Dis 175: 317-26.
29. Huremović V., Mahmutović S., (2018), *Uloga socijalnog radnika u liječenju osoba sa duševnim smetnjama*. DHS 1 (4): 109-120.
30. Imširović, F., (2014), *Procjena kvalitete življenja osoba s intelektualnim teškoćama u zajednici - doktorska disertacija*. Tuzla: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Univerziteta u Tuzli.
31. Imširović F., Vantić-Tanjić M., Nikolić M., Imširović M., Peštalić E., (2020), *Razvoj centara za mentalno zdravlje u Bosni i Hercegovini*. U: Nikolić M., Vantić-Tanjić M. (ur.), Zbornik radova „Unapređenje kvalitete života djece i mladih“, 753-761. Tuzla: Udruženje za podršku i kreativni razvoj djece i mladih.
32. Ivezić S., (2006), *Stigma psihičke bolesti*. Medix (64): 108 - 110.
33. Jakovljević M., Begić D., (2013), *Socijalna psihijatrija danas: izazovi i mogućnosti*. Socijalna psihijatrija 41 Br. 1: 16–20.
34. Janković J., (2004), *Pristupanje obitelji-sustavni pristup*, drugo izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Zagreb.
35. Janković J., (2004), *Savjetovanje u psihosocijalnom radu*, Zagreb.
36. Jukić V., Arbanas G., Američka psihijatrijska asocijacija, (2014), *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*, peto izdanje. Jasterbarsko: Naklada Slap.
37. Kaličanin P., (2002 a), *Psihijatrija - opšti dio*, Beograd.
38. Kaličanin P., (2002 b), *Psihijatrija - specijalni dio*, Beograd.
39. Kaličanin P., (2002 c), *Psihijatrija - posebne teme*, Beograd.
40. Kecmanović D., Loga S., Cerić I., Marković, u redakciji Kecmanović D., (1980), *Psihijatrija*, Beograd-Zagreb.
41. Kendell, R.E., (1986), *What are Mental Disorders?* u: A.M. Freedman R., Brotman I.

42. Kopelowicz A., Liberman RP., Zarate R., (2006), *Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia*. Schizophr Bull 32: 12 - 23.
43. Krizmanić M., (2005), *Psihologiski rječnik*, drugo izmijenjeno i dopunjeno izdanje, u: Petz B. (ur). Jastrebarsko, Naklada Slap.
44. Kučukalić A., Džubur-Kulenović A., Bravo - Mehmedbašić A., (2006), *Vodič za liječenje shizofrenije*. Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo i Institut za naučnoistraživački rad i razvoj kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo.
45. Lakić B., Popović T., Jovanović S., Hrelja-Hasečić Dž., (2012), *Priručnik iz koordinirane brige u mentalnom zdravlju*, Projekat mentalnog zdravlja u BiH.
46. Lakić B., Stjepanović Z., Zrnić M., Mehmedić-Džonlić S., (ur.), (2018), *Dobre prakse u primjeni koordinisane brige u mentalnom zdravlju u Bosni i Hercegovini*, Centar za mentalno zdravlje Zenica: Prikaz slučaja iz koordinirane brige, 261-267. POINT, Laktaši.
47. Lamovec T., (2005), *Psihosocijalna pomoć u duševnoj krizi*, Udruženje za uzajamnu pomoć u duševnoj nevolji "Feniks" Tuzla.
48. Larousse, (1990), *Medicinska enciklopedija - Prvi tom*. Svjetlost, Sarajevo.
49. Loga S. (ur), (1999), *Klinička psihijatrija*. Medicinski fakulteti u Sarajevu i Tuzli, Sarajevo.
50. Marić J., (2005), *Klinička psihijatrija*, jedanaesto prerađeno i dopunjeno izdanje, Beograd.
51. Martinović M., (1987), *Znanstvene osnove socijalnog rada*, Zagreb.
52. Milosavljević M., (2009), *Osnove nauke socijalnog rada*, Filozofski fakultet, Banja Luka.
53. Miković M., (2007), *Socijalni rad i mentalno zdravlje*. Univerzitet u Sarajevu: Fakultet političkih nauka, Sarajevo.
54. Milovanović M., Krgović T., (1998), *Područja socijalnog rada*, Beograd.
55. Milanović M., (2017), *Iskustvo socijalne stigmatizacije kod oboljelih od shizofrenije - diplomska rad*, Zenica.
56. Međunarodna klasifikacija bolesti - MKB 10, (1999), *Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja*. Deseta revizija. Zagreb: Medicinska naklada.

57. Morgan S., (1997), *Assessing Personal Strengths*. Materia Prima (Argentinian Journal of Occupational Therapy), 5-6.
58. Ostojić D., (2012), *Prva epizoda shizofrenije: važnost ranog otkrivanja bolesti*. Ljetopis socijalnog rada, 19 (1), 53-72.
59. Poredoš Lavor D., Tomaić H., Mustapić J., Znika G., (2008), *Dnevna bolnica: društveno-medicinska sadašnjost i budućnost*. Ljetopis socijalnog rada 15: 323-32.
60. Pražetina I., (2007), *Uloga socijalnih radnika na području zaštite mentalnog zdravlja u zdravstvu*. U: Pražetina, I. (ur.), Kvaliteta i profesionalna odgovornost u socijalnom radu: Zbornik sažetaka. Zagreb: Hrvatska udruga socijalnih radnika.
61. Radić S., Škrbina D., (2011), *Uloga radnog terapeuta u psihosocijalnoj rehabilitaciji oboljelih od shizofrenije*. Med Jad 41 (1-2): 71 - 81.
62. Ružić K, Medved P, Dadić-Hero E, Tomljanović D., (2009), *Rehabilitacija u psihijatriji-socioterapiji*. Medicina 45: 338-43.
63. Ryan P., Ramon S., Greacen T., (2012), *Empowerment, Lifelong Learning and Recovery in Mental Health*. Palgrave Macmillan: Hampshire.
64. Sartorius N., (1983), *Mental health in the early 1980s: Some perspectives*, Bulletin of the WHO, 61-1.
65. Savjak N., (2012), *Razumijevanje psihoze i oporavak-priručnik za pacijente i članove porodice*.
66. Stjepanović M., Jendričko T., Ostojić D., (2015), *Uloga socijalnog radnika u socioterapijskim i psihoterapijskim postupcima kod osoba s rizikom razvoja depresije uzrokovane stresnim životnim događajima*. Socijalna psihijatrija, Vol. 43 Br. 1: 36-43.
67. Šadić S., (2014), *Ljudska prava i socijalni rad*. Univerzitet u Sarajevu: Fakultet političkih nauka, Sarajevo.
68. Šerić N., Dudić A., Šadić S., (2018), *Izazovi i perspektive socijalnog rada u zdravstvu*. Zbornik radova: Socijalni rad u zdravstvu: 10-32, Sarajevo.

69. Tandon R., Gaebel W., Barch D. M., Bustillo J., Gur R. E., Heckers S., Malaspina D., Owen M. J., Schultz S., Tsuang M., Van Os J., Carpenter W., (2013), *Definition and description of schizophrenia in the DSM-5*. Schizophrenia Research, 150, 3-10.
70. Tandon R., Nasrallah H.A., Keshavan M.S., (2010), *Schizophrenia, „Just the Facts 5”*. *Treatment and prevention Past, present and future*. Schizophrenia Research, 122: 1-23.
71. Termiz Dž., (2005), Teorija nauke o socijalnom radu, Lukavac.
72. Termiz Dž., (2001), *Osnovi metodologije nauke o socijalnom radu*, Lukavac.
73. Vakefield, J., (2005), *Koncept mentalnog poremećaja: na granici između bioloških činjenica i socijalnih vrijednosti*, u: Savremena shvatanja mentalnog zdravlja i poremećaja, ur: Dimitrijević, A., Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.
74. Vidanović I., (2003), *Terapijski modeli socijalnog rada - drugo izdanje*, Beograd.
75. Vincent C.A., (2001), *Clinical risk management: Enhancing patient safety*, London: BMJ. 8:9 - 30.
76. Vlajković J., (2003), *Prevencija mentalnih poremećaja*, u: Biro M. i Butollo W., (ur), Klinička psihologija, LMU, Minhen i Futura publikacije, Novi Sad.
77. Vlajković J., (1990), *Teorija i praksa mentalne higijene I - drugo izdanje*, Savez društava psihologa Srbije, Beograd.
78. Wenar C., (2003), *Razvojna psihopatologija i psihijatrija - od dojenacke dobi do adolescencije*. Jastbarsko: Naklada Slap.
79. Walker P., (1995), *Community Based Is Not Community: The Social Geography of Disability*. In Taylor S.J., Bogdan R., Lutfiyya Z.M., (Eds.), „The Variety of Community Experience. Qualitative Studies of Family and Community Life“ (pp. 175-192). London: Brookes.
80. Wigram T., Pedersen I.N., Bonde L.O., (2002), *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.

Zakoni:

- Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama Federacije Bosne i Hercegovine

Dokumenti:

- Politika i strategija za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja u FBiH (2012-2020)
- Finalni izvještaj za projekat: Rad sa porodicama korisnika usluga centara za mentalno zdravlje u BiH, 2018.
- Analiza situacije i procjena usluga mentalnog zdravlja u zajednici u BiH, 2009.

Internet:

- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-uor-response&prev=search&pto=aue>, datum pristupa 05.08.2020. godine
- <https://www.eassw.org/global/globalna-definicija-profesije-socijalnog-rada/>, datum pristupa 26.08.2020. godine
- <http://www.akaz.ba/cmz>, datum pristupa 17.08.2020. godine
- <http://husr.hr.web/>, datum pristupa 30.09.2020. godine
- <http://www.mentalnozdravlje.ba/mentalno-zdravlje>, datum pristupa 10.08.2020. godine
- <https://www.wol.jw.org/hr/wol/h/r19/lp-c>, datum pristupa 30.09.2020. godine
- <https://www.savetilekara.rs/chronic-bolesti/>, datum pristupa 15.08.2020. godine
- <http://www.vmspd.com/wp-content/uploads/2016/06/5.SHIZOFRENIJA1.pdf>, datum pristupa 15.08.2020. godine
- <https://www.stetoskop.info/dusevne-bolesti-i-stanja-bolesti-zavisnosti-psihij/sizofrenija>, datum pristupa 11.08.2020. godine
- <https://www.zdravobudi.hr/clanak/1030/shizofrenija>, datum pristupa 20.08.2020. godine
- <https://www.bolnicarab.hr/hr/shizofrenija/31/105>, datum pristupa 15.08.2020. godine
- <http://www.nursingplanet.com>, datum pristupa 05.10.2020. godine
- <https://www.researchgate.net/search/advanced>, datum pristupa 11.08.2020. godine

POPIS TABELA

Tabela 1. Broj ispitanika prema spolu

Tabela 2. Broj ispitanika u odnosu na dobne skupine i spol

Tabela 3. Broj ispitanika u odnosu na školsku spremu

Tabela 4. Broj ispitanika u odnosu na mjesto stanovanja

Tabela 5. Podrška članova porodice s obzirom na spol

Tabela 6. Poteškoće u ostvarivanju kontakta s drugima s obzirom na spol

Tabela 7. Broj ispitanika koji imaju osjećaj odbačenosti s obzirom na spol

Tabela 8. Broj ispitanika koji su doživjeli osjećaj neugodnosti zbog narušenog mentalnog zdravlja s obzirom na spol

Tabela 9. Trajanje poteškoća mentalnog zdravlja ispitanika s obzirom na spol

Tabela 10. Korištenje usluga centra za mentalno zdravlje ispitanika s obzirom na spol

Tabela 11. Potreba ispitanika za socijalnim radnikom s obzirom na spol

Tabela 12. Kome se ispitanici obraćaju za pomoć kad imaju neki problem

Tabela 13. Potreba za uslugama profesionalaca u centru za mentalno zdravlje

Tabela 14. Potreba za uslugama profesionalaca u centru za mentalno zdravlje - zbirna

Tabela 15. Vrste usluga socijalnog radnika

Tabela 16. Potreba za uslugama socijalnog radnika - zbirna

Tabela 17. Zadovoljstvo uslugama socijalnog radnika

Tabela 18. Učešće u grupnim aktivnostima sa socijalnim radnikom s obzirom na spol

Tabela 19. Doprinos grupnih aktivnosti

Tabela 20. Efikasnost oporavka ako je u tretman bio uključen socijalni radnik

Tabela 21. Značaj socijalnog radnika osobama s hroničnim duševnim smetnjama

Tabela 22. Važnost uključnosti socijalnog radnika u tretman i oporavak osoba s hroničnim duševnim smetnjama

Tabela 23. Uključenost u koordiniranu brigu

PRILOZI

Prilog 1. Anketni upitnik za korisnike usluga Centra za mentalnu rehabilitaciju Zenica

Anketni upitnik

Naziv istraživanja: "Uloga socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama"

Poštovani,

provodim istraživanje povodom izrade magistraskog rada na temu "Uloga socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama".

Uloga socijalnog radnika u tretmanu osoba s hroničnim duševnim smetnjama je u praksi prilično zanemarena. Vašim odgovorima ćete doprinijeti da uspješno realizujemo istraživanje, proširimo saznanja i ukažemo na značaj profesije i uloge socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama. Možete izabrati neki od ponuđenih odgovora koji najbolje izražava Vaše mišljenje ili više njih, a na neka pitanja opisno odgovoriti.

Anketa je anonimna i svi prikupljeni podaci će biti korišteni isključivo za izradu magistarskog rada.

Hvala Vam na izdvojenom vremenu.

1. Spol:

- a) Muški
- b) Ženski

2. Koliko imate godina:

- a) 20-30
- b) 31-40
- c) 41-50
- d) 51-60

e) 60 godina i više

3. Nivo Vašeg obrazovanja:

a) Osnovna škola

b) Srednja škola

c) Fakultet

4. Navedite Vaše zanimanje:

5. Mjesto stanovanja:

a) Grad

b) Selo

c) Prigradsko naselje

6. Imate li podršku članova porodice/domaćinstva?

a) Da

b) Ne

c) Ponekad

d) Djelimično

7. Imate li poteškoće u ostvarivanju kontakata s drugima?

a) Da

b) Ne

c) Ovisno od situacije

8. Navedite koje poteškoće imate u ostvarivanju kontakata (ukoliko je odgovor na prethodno pitanje DA)?

9. Osjećate li se odbačenima?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ponekad

10. Da li ste doživjeli neugodnu situaciju zbog svog narušenog mentalnog zdravlja?

- a) Da
- b) Ne

Ako želite navedite neugodnu situaciju:

11. Kome se obraćate kad imate neki problem?

- a) Članu porodice
- b) Prijatelju/prijateljici
- c) Stručnjaku koji mi može pomoći u vezi s tim problemom

12. Koliko dugo imate poteškoće vezane za mentalno zdravlje?

- a) 1-5 godina
- b) 6-10 godina
- c) 11-15 godina
- d) 16-20 godina
- e) Više od 20 godina

13. Koliko dugo koristite usluge Centra za mentalno zdravlje?

a) 1-5 godina

b) 6-10

c) 11-15

d) 16-20

e) Više od 20 godina

14. Kojem profesionalcu iz Centra za mentalno zdravlje se najčešće obraćate?

a) Psihijatru

b) Psihologu

c) Socijalnom radniku

d) Okupacionom terapeutu

e) Medicinskoj sestri

15. Da li ste imali potrebu obratiti se socijalnom radniku?

a) Da

b) Ne

16. Koja vrsta pomoći Vam je trebala od socijalnog radnika ?

a) Individualno savjetovanje

b) Porodično savjetovanje

c) Ostvarivanje prava na jednokratnu ili stalnu novčanu pomoć

d) Saradnja s drugim ustanovama

e) Nešto drugo _____

17. Zadovoljan/na sam uslugom i aktivnostima socijalnog radnika?

- a) U potpunosti sam zadovoljan/na
- b) Zadovoljan/na
- c) Niti zadovoljan/na niti nezadovoljan/na
- d) Nezadovoljan/na
- e) U potpunosti nezadovoljan/na

18. Da li ste učestvovali u nekoj aktivnosti koju je vodio socijalni radnik?

- a) Da
- b) Ne

19. Navedite koja je to aktivnost bila (ukoliko je odgovor na prethodno pitanje DA)?

20. Da li Vam je učešće u toj aktivnosti doprinijelo boljem zdravstvenom stanju?

- a) Da
- b) Ne
- c) Djelimično

21. Smatrate li svoj oporavak boljim ako je u tretman uključen socijalni radnik?

- a) Da, puno boljim
- b) Da
- c) Ne
- d) Djelimično
- e) Nema značajan utjecaj

22. Zbog čega je Vama važan socijalni radnik?

- a) Pruža mi veliku podršku
- b) Omogućava ostvarivanje mojih prava i njihovu zaštitu
- c) Provodi socioterapiju
- d) Imam se kome obratiti za pomoć i kad mi je teško
- e) Zastupa mene i moje interese pred javnim ili privatnim ustanovama

23. Važna mi je uključenost socijalnog radnika u moj tretman i opravak.

- a) Uopće se ne slažem
- b) Uglavnom se ne slažem
- c) Niti se slažem niti se ne slažem
- d) Uglavnom se slažem
- e) Slažem se u potpunosti

24. Da li ste uključeni u koordiniranu brigu?

- a) Da
- b) Ne

25. Koje koristi/prednosti ste dobili uključivanjem u koordiniranu brigu?

- a) Smanjen broj hospitalizacija
- b) Osjećam se bolje već duže vrijeme
- c) Imam podršku svih profesionalaca u CMZ-u
- d) Ostvareno je više mojih prava
- e) Osjećam se ugodno
- f) Ne osjećam se odbačeno niti poniženo

Prilog 2. Intervju sa socijalnim radnikom Centra za socijalni rad Zenica

1. Koliko ima zaposlenih socijalnih radnika u ustanovi čiji ste Vi zaposlenik?
2. Da li ste preopterećeni administrativnim poslovima?
3. Koliko često surađujete s korisnicima koji imaju hronične duševne smetnje?
4. Koje usluge najčešće pružate osobama s hroničnim duševnim smetnjama?
5. Ostvarujete li saradnju sa njihovim članovima porodice?
6. Smatrate li da saradnja socijalnog radnika s drugim institucijama doprinosi uspješnijem oporavku i zbrinjavanju osoba s hroničnim duševnim smetnjama?
7. Koliko često ostvarujete saradnju s drugim institucijama?
8. S kojim institucijama najčešće?
9. S kojim problemima se suočavate u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama?
10. Da li ste se dodatno usavršavali za rad s osobama s hroničnim duševnim smetnjama?
11. Da li su osobe s hroničnim duševnim smetnjama stigmatizirane i diskriminirane u društvenim zajednicama?
12. Smatrate li da osobe s hroničnim duševnim smetnjama ne traže profesionalnu pomoć zbog straha da ne budu etiketirane i odbačene od članova društvene zajednice?
13. Šta smatrate najznačajnijim zadatkom socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama?

Prilog 3. Intervju sa psihologom Centra za mentalnu rehabilitaciju Zenica

1. Koliko socijalnih radnika je zaposleno u Centru za mentalnu rehabilitaciju Zenica?
2. Šta smatrate najvećim problemom ili razlogom nedostatka socijalnih radnika u timovima centra za mentalno zdravlje?
3. Smatrate li važnom ulogu socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama? Zašto?
4. Zbog čega vi, kao psiholog, mislite da bi bio značajan doprinos socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama?
5. Koliko često surađujete s korisnicima koji imaju hronične duševne smetnje? Koliko često korisnici Vaših usluga imaju potrebu za socijalnim radnikom radi neke problematike, i koje probleme najčešće iznose?
6. Šta smatrate najznačajnijim zadatkom socijalnog radnika u radu s osobama s hroničnim duševnim smetnjama?
7. Koliko često imate potrebu za saradnjom sa socijalnim radnikom?
8. Da li vam socijalni radnik olakšava rad s osobama s hroničnim duševnim smetnjama?
9. Koliko korisnika je uključeno u koordiniranu brigu?
10. Nedostaje li angažman socijalnog radnika i koliko aktivnosti ili nedostatak istih utiče na tretman osobe s hroničnim duševnim smetnjama?
11. Da li su osobe s hroničnim duševnim smetnjama stigmatizirane i diskriminirane u društvenim zajednicama?