

MOGUĆE INTERVENCIJE U SUSTAVU SKRBI O MENTALNOM ZDRAVLJU S CILJEM INKLUZIJE OSOBA S PSIHIČKIM POREMEĆAJIMA U DRUŠTVO

SAŽETAK

Prema rezultatima dosadašnjih istraživanja i spoznajama iz relevantne literature, a s ciljem inkluzije osoba s psihičkim poremećajima u društvo te smanjenja stope njihove rehospitalizacije i institucionalizma, predlažu se sljedeće intervencije u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju: povećanje socijalnih kontakata osoba s psihičkim poremećajima (stjecanje i zadržavanje prijatelja i najboljeg prijatelja, razvijanje podržavajućih odnosa od strane bliskog člana obitelji), zapošljavanje ili održavanje zapošljavanja, postizanje boljeg razumijevanja i manje percepcije diskriminacije osobe od strane nje-gova/njezina bračnog druga/partnera, rano otkrivanje prvih znakova psihičkih poremećaja kako bi se osoba što ranije počela liječiti, rad na spremnosti osobe na suradnju u liječenju te edukaciju o bolesti kako bi osoba prihvatila svoju dijagnozu bez stigme. U prilogu se nalaze konstruirani dijagrami: početni dijagram koji prikazuje trenutno stanje skrbi o osobama s psihičkim poremećajima u Hrvatskoj, međusobnu

¹ Dr. sc. Ema N. Gruber, dr. med. specijalist psihijatar, e-mail: emagru-ber2000@yahoo.com

Pregledni članak
Primljeno: rujan, 2011.
Prihvaćeno: prosinac, 2011.
UDK 364.465:616.89

Ema Ničea
Gruber¹
Neuropsihijatrijska bolnica
»Dr. Ivan Barbot«
Popovača

Ključne riječi:

prijedlog intervencija u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju, inkluzija osoba s psihičkim poremećajima u društvo.

povezanost i utjecaj različitih podsustava kao i završni dijagram koji prikazuje mogućnosti djelovanja odnosno prijedlog intervencija u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju.

UVOD

Zbog relativno visoke prevalencije, čestog početka u mlađoj odrasloj dobi, mogućeg kroničnog tijeka, narušavanja kvalitete života kako bolesnika tako i njegove obitelji i društvene okoline te značajnog udjela u korištenju zdravstvene zaštite, duševne bolesti i poremećaji predstavljaju jedan od prioritetnih javnozdravstvenih problema kako u svijetu, tako i u nas.² Osoba s psihičkim poremećajem³ jest, kao i svaki drugi čovjek, bio-psiho-socijalno biće i ujedno kreator svoje sociokulturalne sredine, istodobno uvjetovane ekonomsko-povijesnim faktorima (Jakovljević, 1963.; Kecmanović, 1978.; Corrigan, 2003.). Također, psihički poremećaj može se gledati i kao uzrok i kao posljedica isključenja osobe iz društva u kojem živi (MHE, 2008⁴). Prevencija mnogih psihičkih poremećaja moguća je, a njihovo liječenje u većini slučajeva može biti uspješno. Unatoč tome, u mnogim zemljama liječenje nije dostupno onima koji ga trebaju – djelomično i zbog društvenih predrasuda i diskriminacije te samostigmatizacije osoba s psihičkim poremećajem (Schomerus Matschinger i Augermeyer, 2009.; Ivezic-Štrkalj, 2003.). Osobe s psihičkim poremećajem isključene su iz društva (Olhansky, 1966.; UNDP⁵, 2006.), pri čemu se duševnim bolesnicima na taj način krše temeljna ljudska prava, dok je kvaliteta života duševno oboljelih bitno smanjena (Wrigley i sur., 2005.). U Hrvatskoj se većina osoba s psihičkim poremećajima liječi u sustavu bolničke psihijatrije, slično kao i u ostalim siromašnijim europskim zemljama, što je najskuplji način liječenja, koji apsorpira preko 90% svih sredstava izdvojenih za mentalno zdravlje (Atlas, 2005.), a koji ne daje uvijek najbolje rezultate. Psihijatrijske ustanove u Hrvatskoj dijelom su se pretvorile u

² Dostupno na mrežnoj stranici: http://www.hzjz.hr/epidemiologija/kron_mas/mentalne.htm.

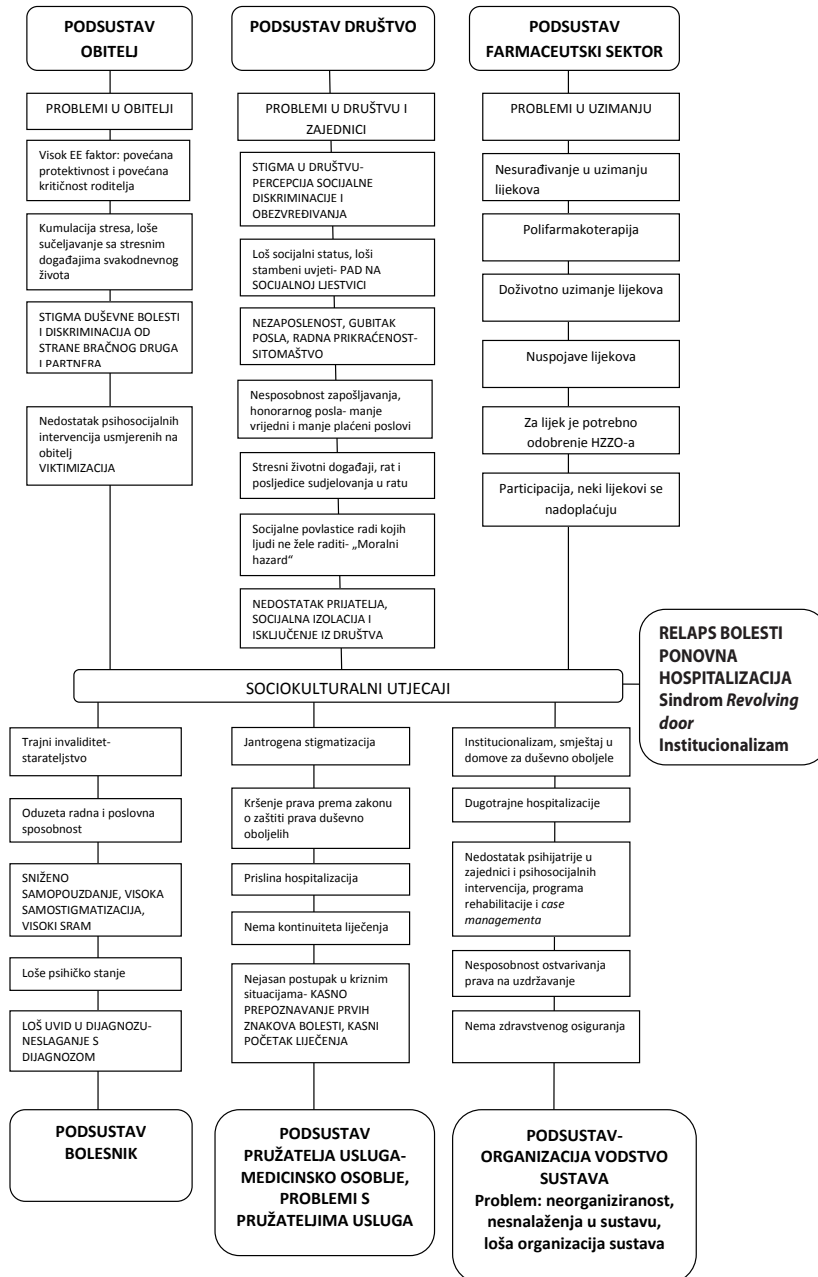
³ Osoba s psihičkim poremećajem je duševno bolesna osoba, osoba s duševnim poremećajem, nedovoljno duševno razvijena osoba, ovisnik o alkoholu ili drogama ili osoba s drugim duševnim smetnjama (Dika i sur., 2001.)

⁴ Organizacija za duševno zdravlje Europe (MHE) 2007. godine provela je radni program u području socijalne inkluzije osoba s psihičkim poremećajem pod nazivom »Od ekskluzije do inkluzije – kako socijalnu inkluziju napraviti realitetom za osobe s psihičkim problemima u EU«. Spomenuti je program proizašao iz Akcijskog programa Europske komisije za borbu protiv socijalne ekskluzije 2002.-2006. Ovaj program bazirao se na analiziranju situacije socijalne inkluzije osoba s psihičkim problemima u 27 zemalja članica EU-a i uključuje nacionalne izvještaje o stanju mentalnog zdravlja i socijalne inkluzije u svakoj pojedinoj zemlji (MHE, 2008).

⁵ Program Ujedinjenih naroda za razvoj (UNDP) svjetska je mreža UN-a za razvoj; organizacija koja zagovara promjene i povezivanje država znanjem, iskustvom te potencijalima kako bi se građanima omogućilo da izgrade bolji život. Djeluje u 166 država, pomažući im da nađu vlastita rješenja za izazove globalnog i nacionalnog razvoja. Razvojem lokalnih kapaciteta, te se države oslanjaju na ljude iz UNDP-a i širok raspon partnera.

Dijagram 1.

Trenutačno stanje skrbi o osobama s psihičkim poremećajima u Hrvatskoj i međusobna povezanost i utjecaj različitih podsustava koji dovode do učestalih hospitalizacija i posljedično do institucionalizma.



socijalne ustanove opskrbljujući dio nezbrinutog, socijalno napuštenog i zapuštenog dijela pučanstva koji nema pravih indikacija za boravak na psihijatrijskim odjelima, a opterećuje kapacitete i povećava trošak sredstava namijenjenih za zdravstveno zbrinjavanje, koja su ionako nedostupna (Babić i Molnar, 2002.).

U dijagramu 1. (prema Gruber, 2007.) prikazano je trenutačno stanje skrbi o osobama s psihičkim poremećajima u Hrvatskoj i međusobna povezanost i utjecaj različitih podsustava koji dovode do učestalih hospitalizacija i posljedično do institucionalizma.

Dijagram 1. pokazuje na koji način brojni sociokulturalni faktori različitih društvenih podsustava obitelji bolesnika, radnog mjesta, zdravstvenog i socijalnog sustava te karakteristike samog bolesnika – nisko samopouzdanje i visoka samostigmatizacija u osobe te nedostatak prijatelja i socijalna izolacija, kasno prepoznavanje prvih znakova bolesti i kasni početak liječenja, dovode do relapsa bolesti i ponovnih hospitalizacija te posljedično do kronificiranja bolesti i institucionalizma.

Deinstitucionalizacija skrbi za osobe s psihičkim poremećajima kompleksan je zadatak prestrukturiranja stavova u društvu, regulative zdravstvenog i socijalnog osiguranja kao i cjelovite reforme psihijatrijske službe. U Hrvatskoj se to odvija u uvjetima visoke stope nezaposlenosti i izraženog siromaštva. Sustavi zdravstvenog i mirovinskog osiguranja imaju velika dugovanja. U znatnim dijelovima svojih aktivnosti ti sustavi ne pružaju zadovoljavajuću razinu usluge, kao ni sustavi zapošljavanja i socijalne skrbi (Babić i Molnar, 2002.).

Isto tako, samim otpuštanjem bolesnika iz psihijatrijskih bolnica i njihovim smještajem u domove za duševno oboljele zapravo izaziva »efekt reinstitucionalizacije« (Pribe i sur., 2005.) jer su domovi institucije kao i bolnice, a smanjenje kreveta u bolnicama neće automatski značiti da će se razviti službe u zajednici, već samo činjenicu da će bolnice imati manje sredstava za rad (Muijen, 2008.). Potrebno je, stoga, težište staviti na psihosocijalnu rehabilitaciju⁶ bolesnika nakon otpusta iz bolnice (Ivezić Štrkalj, 2010.).

Za neke kronične duševne bolesnike oboljele od psihotičnih poremećaja koji se učestalo hospitaliziraju u psihijatrijskim ustanovama, potrebe liječenja i rehabilitacije razlikuju se od potreba ostalih duševnih bolesnika. Da bi se mogli snaći u zajednici, treba provesti planiranje skrbi usmjereno na osobu, zbog čega se i uvodi koncept individualnog plana skrbi (Ajduković i Urbanc, 2009.) koji pomaže u sprečavanju učestalih hospitalizacija ove skupine bolesnika (Gruber i sur., 2008.; Ivezić Štrkalj, Muzinić i Filipac 2010.). Važno je također procijeniti i potrebe članova obitelji bolesnika kako bi ih, prema potrebi, također uključio u tretman (Gruber

⁶ *Psihosocijalna rehabilitacija osoba s psihičkim poremećajima naglašava sveobuhvatno, kontinuirano i koordinirano liječenje, a uključuje održavanje kontrole simptoma bolesti, prevenciju relapsa i optimalno biopsihosocijalno funkcioniranje, s ciljem da se pomogne osobama da funkcioniraju u socijalnim, radnim, obrazovnim i obiteljskim ulogama.*

i sur., 2006.; Kezić i sur., 2010.), kao i procjenu rizika kojima je bolesnik izložen, uključujući i rizik od samoozljeđivanja.

Zapošljavanje bolesnika na način da zadrže svoju invalidninu i postojeća prava trenutačno nije zakonski omogućeno, a ne postoje ni zaštitne radionice. Zapošljavanje na nezakonit način otvara različite mogućnosti zlouporabe bolesnika, kao što i rad bolesnika koji su trajno smješteni u instituciji ili bolnici, a s ciljem povećanja sredstava za život i funkcioniranje takvih ustanova u vrijeme smanjenja fondova i recesije otvara mogućnosti zlouporabe (Muijen, 2008.).

ISKUSTVA IZ EUROPSKIH ZEMALJA

Kako u Hrvatskoj nacrt nacionalne i regionalne strategije razvoja, u skladu s europskim smjernicama, ide prema psihijatriji u zajednici, odnosno razvoju izvaninstitucionalne brige o mentalnom zdravlju i kako ulazimo u Europsku uniju, mnoge europske zemlje nude nam programe, projekte i partnerstvo za rad na poljima podizanja kvalitete života, borbe protiv socijalne isključenosti osoba s psihičkim poremećajima, smanjenja stigme prema takvim osobama, borbe protiv diskriminacije i zaštite prava osoba s psihičkim poremećajem (Kadri i Sartorius, 2005.a; MHE, 2008.; Pinfold, 2002.). Iskustva iz europskih zemalja raznolika su.

Na primjer, Nacionalni zakon 180, koji je još 1978. godine u Italiji regulirao zatvaranje psihijatrijskih bolnica i povratak, liječenje i život duševnih bolesnika u zajednici, nije istodobno vodio i do lakog uklapanja bolesnika u društvo, odnosno prihvaćanja bolesnika u zajednici, iako je potaknuo razvoj psihijatrijskih službi u zajednici (Barbato, 1998.; De Girolamo i Cozza, 2000.). Čak je možda izazvao i suprotan efekt, povećavajući otpor i predrasude u talijanskom društvu (Kemali i sur. 1989.; Magliano i sur., 2004.), premda bolesnici u Italiji imaju jednaka prava na dostupnost službi u zajednici kao i drugi ljudi. Također, Italija je sudjelovala u Europskoj studiji epidemiologije mentalnih poremećaja, ESEMED, pri čemu je u Italiji pronađen posebno nizak stupanj korištenja službi za mentalno zdravlje (De Girolamo i Cozza, 2000.).

Nadalje, iz dosadašnje literature proizlazi kako su stavovi poslodavaca u Italiji prema duševno oboljelima puni predrasuda, u najvećoj mjeri kod poslodavaca manjih kompanija koji nisu imali iskustva s duševno oboljelima, a i sami su niskooobrazovani (Mangili, 2004.). Jednogodišnja evaluacija programa »zaštićenog zapošljavanja« u Italiji pokazala je da su varijable koje značajno doprinose podržavanju ovakve vrste zapošljavanja: direktan angažman, odnosno učenje na radnom mjestu za razliku od formalnog oblika edukacije u školskim klupama te broj intervencija usmjerenih na pomaganje bolesnicima prije i poslije zapošljavanja kako bi im na radnom mjestu bilo lakše (Buizza i sur., 2009.).

Nadalje, u Poljskoj je, na primjer, tijekom 2002. godine proveden program smanjivanja stigmatizacije u sklopu programa »Open the door«, Svjetske zdravstvene organizacije (Sartorius i Schulze, 2005.b), a intervencije programa bazirale su se na informiranju javnosti o duševnim bolestima, s posebnim naglaskom na mlade ljude. 15. rujna proglašen je

Nacionalnim danom solidarnosti s osobama oboljelima od shizofrenije, tijekom kojega se održavaju različite aktivnosti, izložbe umjetnina i radionice za pučanstvo, a otvorena su i neka radna mjesta na način »zaštićenog zapošljavanja« te su provedene i aktivnosti prikupljanja novčanih sredstava za pomoć u stanovanju (Cechnicki i Bielanska, 2002.; Cechnicki, 2004.). Unatoč tome, nekoliko godina kasnije, u izvještaju Organizacije za duševno zdravlje Europe (MHE, 2008.) o stanju mentalnog zdravlja i socijalne inkluzije u Poljskoj navodi se da se organizacija psihijatrijske službe u Poljskoj uglavnom svodi na rad velikih psihijatrijskih bolnica, koje su glavni faktor socijalne isključenosti bolesnika, uz slabo razvijenu socijalnu službu na terenu i nepriznavanje timskog rada sa socijalnim radnicima od psihijatarata, kao i lošu suradnju s obiteljima i službama na terenu. No, u vezi s obrazovanjem osoba s psihičkim poremećajima, u istom izvještaju navodi se kako čak deset fakulteta u Poljskoj nudi organiziranu asistenciju i službe za informacije za studente s psihičkim poremećajima i osobe s invaliditetom, ali oni obično duže studiraju te ne mogu sudjelovati u programima pronalaženja zaposlenja koji su u Poljskoj dostupni studentima ispod 25 godina starosti. U izvještaju MHE-a navodi se da je izrazito teško osobi s psihičkim poremećajem zaposliti se, iako novi programi koji se u Poljskoj nude pod nazivom »tranzicijsko zapošljavanje« pomažu poslodavcima u zapošljavanju osoba s psihičkim poremećajem. 2003. godine u Poljskoj je donesen Zakon o socijalnom zapošljavanju, prema kojem se mogu osnovati tzv. Centri socijalne integracije u kojima se provode »zaštićene radionice«, a prema zakonu iz 1997. godine osoba s psihičkim poremećajem koja osniva vlastiti posao dobiva državnu pomoć. Unatoč tome, visoke su razine ili stope nezaposlenosti osoba s psihičkim poremećajima u Poljskoj. Nadalje, iako je prema državnim programima u Poljskoj zakonski predviđena mogućnost postojanja »zaštitnih stanova« i »socijalnih kuća« te ih je i izgrađen određen broj, ipak je visok broj duševno oboljelih osoba beskućnika, većinom smještenih u velikim psihijatrijskim ustanovama, pretvarajući ih na taj način u socijalne ustanove. Istodobno, u literaturi je pronađen podatak kako je u Poljskoj utjecaj koji ostvaruju organizacije civilnog društva u području socijalne politike vrlo spor i teško se prepoznaje. One jesu pridonijele demokratizaciji i otvaranju prostora za mobilizaciju lokalnih resursa (Reguleska, 2001.), no isključene su iz matice glavnih događanja i ne sudjeluju u pregovorima ili davanju značajnije upute u političkom procesu. Ipak, jedan od glavnih ciljeva programa »Open the door« u Poljskoj bio je i promicanje Nacionalne strategije za zaštitu mentalnog zdravlja od 47 civilnih udruga koje su osnovale koaliciju i brojnim javnim akcijama uspjele u namjeri da poljski parlament u srpnju 2008. prihvati Nacionalnu strategiju zaštite mentalnog zdravlja (Cechnicki i sur., 2009.), što je bio velik uspjeh civilnog sektora.

Podaci iz literature (Babić i Malnar, 2002.) opisuju sociodemokratsku Finsku kao zemlju u kojoj je položaj tržišne ekonomije kao mehanizma za materijalno nagrađivanje niži nego u liberalnim državama, a naglasak se stavlja na prava građana da primaju socijalnu pomoć. Tek iza sedamdesetih godina 20. stoljeća pogledi na institucionalnu skrb postali su negativni te se na promjenu u načinu postupanja s duševnim bolesnicima počelo gledati kao na način

na koji se socijalna prava osoba s duševnim problemima mogu najbolje osigurati. Od kraja 80-ih godina proces deinstitutionalizacije i razvoja alternativnih službi u socijaldemokratskim zemljama bio je brz te je potvrda socijalnih prava osoba s duševnim smetnjama da primaju novčanu i druge vrste potpore omogućila početak razvoja politike društvene skrbi u socijaldemokratskim zemljama (Tester, 1996.).

U izvještaju Organizacije za duševno zdravlje Europe (MHE, 2008.) o stanju mentalnog zdravlja i socijalne inkluzije u Finskoj, navodi se da službe rehabilitacije u zajednici i dalje brinu o svega jednoj desetini osoba s duševnim poremećajima, a glavni je problem manjak socijalnih radnika. Nakon ukidanja psihijatrijskih institucija, osobe s duševnim poremećajima uglavnom žive u takozvanim »rehabilitacijskim kućama« koje su različite kvalitete, u vlasništvu različitih organizacija, zaklada, privatnog ili javnog sektora. Bolesnici su marginalizirani i osjećaju se inferiorno, a nemaju mnogo nade u svoju rehabilitaciju te bi taj podatak možda mogao objasniti toliko ispitanika koji boluju od anksioznih i depresivnih poremećaja u finskom poduzorku. Od svih umirovljenika u Finskoj, čak ih je 43% duševno oboljelo, s dijagnozom »duševna bolest s poremećajem ponašanja« (MHE, 2008.).

Prema izvještaju MHE-a, nadalje, navodi se kako je Istraživački centar iz Pellerva u Finskoj 2007. godine proveo ispitivanje radne sposobnosti osoba s osobe s invaliditetom u Finskoj, pri čemu se pokazalo da bi se čak 30% svih ispitanih umirovljenika željelo vratiti na posao jer smatraju da su radno sposobni i stoga što smatraju da je to važno za njihovo samopouzdanje, pa je tako vlada pokrenula veliki projekt »Redukcija dugogodišnjeg beskućništva«, s posebnim naglaskom na povratak bolesnika na posao.

U izvještaju Organizacije za duševno zdravlje Europe (MHE, 2008.) o stanju mentalnog zdravlja i socijalne inkluzije u Rumunjskoj, navodi se da osobe s psihičkim poremećajima nisu lako prihvaćene u društvo, posebno od socijalnih službi na terenu, a poremećaji kao anksioznost, stres i depresija ne smatraju se duševnim poremećajima već »problemima suočavanja sa životnim situacijama«, pa je možda to razlog najvišim razinama samopouzdanja, odnosno najnižim razinama percipirane socijalne diskriminacije rumunjskih ispitanika, budući da je većina ispitanika navela da boluje od depresivnih i anksioznih poremećaja. Ako se takva stanja ne smatraju duševnom bolešću, nije čudno što ispitanici ne percipiraju socijalnu diskriminaciju. Nadalje, u izvještaju MHE-a navodi se da je u Rumunjskoj duševnim bolesnicima zakonski omogućeno da budu umirovljeni na način da im se priznaje 50% invaliditeta i da svejedno budu zaposleni, što se naziva »prihod za onesposobljene«. Nadalje, izvještaj MHE-a za Rumunjsku navodi da duševno oboljele osobe u vrlo malom broju žive u različitim institucionalnim oblicima smještaja, već su u najvećem broju s obiteljima koje su, kako se u izvještaju navodi, pretjerano zaštićujuće prema svom bolesnom članu i ne ohrabruju ga da se osamostaljuje, zapošljava ili uklapa u društvo.

Slična objašnjenja nalaze se i u literaturi Organizacije za duševno zdravlje Europe (MHE) za Grčku, gdje je iz nacionalnog izvještaja o stanju mentalnog zdravlja i socijalne inkluzije u Grčkoj vidljivo kako je u Grčkoj u tijeku reforma psihijatrije, budući da je institucionalni

zacija bolesnika velik problem, a također i njihova nezaposlenost. Deinstitutionalizacija i socijalna inkluzija bolesnika u društvo otežana je zbog loše razvijene psihijatrije u zajednici i nepostojećih programa pomoći u zapošljavanju duševno oboljelih, što čini glavnu stavku grčkog nacionalnog plana socijalne inkluzije (MHE, 2008.). Nadalje, prema podacima iz literature, civilno društvo u Grčkoj manje je razvijeno nego u drugim zapadnoeuropskim zemljama i nema prepoznatljivu tradiciju (Bežovan, 2004.), dok volontiranje u organizacijama za zaštitu duševnog zdravlja nije rašireno (Sartorius i Schulze, 2005.b). Potonje potencijalno objašnjava smanjen broj socijalnih kontakata grčkih ispitanika. Stoga ne čudi da su rezultati programa smanjivanja stigmatizacije »Open the doors« (Sartorius i Schulze, 2005.a) provedenog u Grčkoj pokazali da je jedan od glavnih problema jakih predrasuda u društvu prema duševno oboljelima – upravo jaka socijalna distanca javnosti prema duševnim bolesnicima. Sukladno tome, glavna je intervencija bila usmjerena na pojačavanje osobnih kontakata i susreta ljudi s duševnim bolesnicima. Prema studiji Eurobarometar (ispitivanje javnog mnijenja u zemljama članicama EU-a), 75% ispitanika iz Grčke smatra da su duševnim bolesnicima šanse za zapošljavanje smanjene u odnosu na zdrave ljude (Marsh i Sahin-Dikmen, 2002.). Zanimljiva zabilješka u spomenutoj studiji Eurobarometar, navedena u fusnoti izvještaja, napominje kako su rezultati iz Grčke disproporcionalno drukčiji od rezultata ostalih zemalja te se predlaže ponovna provjera prijevoda upitnika (Marsh i Sahin-Dikmen, 2002.).

Prema Babiću i Molnaru (Babić i Molnar, 2002.), Grčka pripada tzv. konzervativnim društvima koja su manje orijentirana nastojanju da se osobe s psihičkim poremećajima osposobi kao sudionike u tržišnoj ekonomiji, nego putem državne skrbi pomažu samo sporadično, tamo gdje ne postoji aktivno privatno obiteljsko djelovanje u zaštiti mentalnog zdravlja (Kovess, 1995.; Donnelly, 1992.). Budući da su ciljevi politike duševnog zdravlja slabije određeni, rezultat je nedostatak jasne i čvrste odluke o deinstitutionalizaciji i reintegraciji duševnih bolesnika u društvo (Cooper i Bauer, 1987.). Dosadašnja istraživanja pokazuju da je u Grčkoj civilno društvo znatno nerazvijenije i nema prepoznatljivu tradiciju niti igra neku posebnu ulogu (Bežovan, 2004.), pa u Grčkoj izostaje pozitivan učinak sudjelovanja u aktivnostima civilnog društva na osobe s psihičkim poremećajem.

U Grčkoj je, kao i u Italiji, Poljskoj i Rumunjskoj, tijekom 2002. godine proveden program smanjivanja stigmatizacije Svjetske zdravstvene organizacije »Open the doors« (Sartorius i Schulze, 2005.a). Rezultati ispitivanja stavova i predrasuda grčke javnosti pokazali su visoku razinu socijalne distance javnosti prema duševno oboljelima. U Grčkoj su se u sklopu programa smanjivanja stigmatizacije »Open the doors« odlučili za intervencije koje će se putem medija usmjeriti na društvene predrasude javnosti te intervencije koje će omogućiti više osobnih kontakata javnosti s duševno oboljelima. U sklopu programa potaknut je i razvoj civilnih organizacija volontera koji pomažu duševno oboljelima putem telefonske linije za pomoć, a javna akcija u kojoj su se uz letke i predavanja protiv predrasuda javno prikazivali film »A Beautiful Mind« i predstava »Proof« bila je u grčkoj javnosti dobro prihvaćena.

Najnovije intervencije Grčkog programa smanjivanja stigmatizacije Sveučilišta za istraživanje mentalnog zdravlja (UMHRI) obuhvaćaju djelovanje na medije putem suradnje s grčkim ministarstvom za javne medije, izdavanje priručnika s pravilnim informacijama za medije vezanim uz duševne bolesti (Economou i sur., 2009.a), edukacijske intervencije protiv stigme u grčkim školama (Economou i sur., 2009.b) koje uključuju radionice, kreativne aktivnosti, dramske izvedbe kao i osnivanje telefonske linije pomoći za depresiju (Economou i sur., 2009.c).

Vezano za razine samostigmatizacije i samopouzdanja osoba s psihičkim poremećajima te njihove percepcije društvene diskriminacije i obezvređenja, doktorska disertacija izrađena 2011. godine u Hrvatskoj (Gruber, 2011.) pokazala je da jaču samostigmatizaciju i manje samopouzdanja možemo očekivati u onih osoba s psihičkim poremećajem koje nemaju prijatelja ni najboljeg prijatelja te u osoba s invaliditetom i umirovljenih osoba. Nadalje, prema istom istraživanju (Gruber, 2011.), za one ispitanike koji imaju partnera/bračnog druga možemo očekivati da će imati manje samopouzdanje te da će u većoj mjeri socijalnu okolinu percipirati kao diskriminirajuću i obezvređujuću. U većoj mjeri će socijalnu okolinu percipirati kao obezvređujuću i diskriminirajuću i oni ispitanici koji su liječenje započeli nakon 25. godine života te oni koji se ne slažu sa svojom dijagnozom.

Dakle, u skladu s dosadašnjim istraživanjima i spoznajama iz dostupne literature u Hrvatskoj i ostalim zemljama, da bismo smanjili samostigmatizaciju i percepciju socijalne diskriminacije i obezvređivanja te povećali samopouzdanje ispitanika, i posljedično prevenirali ili smanjili isključenost bolesnika iz društva, trebalo bi raditi na intervencijama koje će povećati socijalni kontakt ispitanika (stjecanje i zadržavanje prijatelja i najboljeg prijatelja te razvijanje podržavajućih odnosa od strane bliskog člana obitelji), zaposliti ili održati zaposlenost ispitanika te postići bolje razumijevanje i manju percepciju diskriminacije bolesnika od njegova/njezina bračnog druga/partnera. Nadalje, važno je rano otkrivanje prvih znakova psihičkih poremećaja kako bi se bolesnik što ranije počeo liječiti, raditi na spremnosti bolesnika na suradnju u liječenju te približiti bolesniku njegovu bolest da prihvati svoju dijagnozu bez stigme.

PRIJEDLOG INTERVENCIJA ZA POVEĆANJE SOCIJALNIH KONTAKATA ISPITANIKA

U vezi s povećanjem socijalnih kontakata bolesnika, dosadašnja su istraživanja pokazala da najjači dokaz za intervenciju protiv stigme i diskriminacije ide u prilog direktnom socijalnom kontaktu s oboljelim na individualnoj razini te socijalnom marketingu na populacijskoj razini (Thornicroft i sur., 2008.). Nadalje, dokazano je da samostigmatizacija značajno utječe na oporavak osobe koja boluje od psihičkog poremećaja (Ritsher i Phelan, 2004.). Autori dosadašnjih istraživanja smatraju kako je potreban antidot protiv otuđenja, koji smanjuje samostigmatizaciju. Antidot su, interpersonalni angažman, prijateljstvo, grupe potpore i

podržavajuće zapošljavanje ili učinak liječenja psihoterapijskog saveza. Osobe s psihičkim poremećajem moraju dobiti poruku da nisu same (Ritsher i Phelan, 2004.).

Socijalna potpora ublažava učinke stresa na osobu (Burman i Margolin, 1992.). Dokazano je kako introverti, osobe koje nemaju socijalnih vještina i ljudi koji žive sami, u stresnim situacijama češće obolijevaju od različitih zaraznih bolesti (Cohen i Williamson, 1991.).

Socijalna potpora uključuje emocionalnu skrb, instrumentalnu pomoć (konkretnu, materijalnu pomoć), informacije (savjetovanje i podučavanje), procjenjivanje (povratne informacije koje pomažu ljudima da interpretiraju ono što im se dogodilo) i druženje jednostavni razgovor, rekreacija). Socijalna potpora, nadalje, štiti i pomaže oporavku od depresije (Holahan i sur., 1995.; McLeod, Kessler i Landis, 1992.), a jako otežava reintegraciju osobe s duševnim poremećajem u njezinu zajednicu (Olhansky, 1966.). Odbijanje priznavanja bolesti, metoda kojoj pribjegavaju bolesnici kako bi izbjegli osudu okoline, otežava uključivanje u izvanbolničke socioterapijske programe čiji je cilj resocijalizacija (Davis, Freeman i Simmons, 1957.).

Nadalje, neke teorije navode da je kroničnost psihičkih poremećaja zapravo kulturalni artefakt pa se postavlja pitanje možemo li drukčijom organizacijom psihijatrijske službe, odnosno promjenom kulturalnih vjerovanja i praksom koja minimalizira socijalnu stigmiju i bolesnikova uživanja u »ulogu bolesnika«, povezati s boljom prognozom (Lefley, 1990.).

Poticanje socijalne podrške bolesnicima može imati pozitivan učinak jer već su prijašnja istraživanja (Belle, 1989.) utvrdila da je socijalna podrška značajan medijator učinaka stresnih događaja. To ne znači da će socijalna podrška poništiti neki stresni životni događaj koji se dogodi bolesniku, već da će bitno utjecati na njegovu percepciju (Kregar, 2004.). Prema hipotezi o »učinku odbojnika«, socijalna podrška utječe na procjenu stresne situacije na dva načina. Manje je vjerojatno da će osoba koja u svojoj okolini percipira visoku »količinu« socijalne podrške određenu situaciju procijeniti stresnom nego osoba koja u svojoj okolini percipira manju »količinu« socijalne podrške. Usto, socijalna podrška može intervenirati između doživljavanja stresa i odgovora na stresnu situaciju. Drugim riječima, kad su nam na raspolaganju druge osobe koje će ponuditi svoja rješenja, viđenja i interpretaciju situacije, vjerojatnije je da će odgovor na stresnu situaciju slabiti.

Različiti psihosocijalni postupci mogu pomoći stvaranju pozitivnog doživljaja sebe. Tako, primjerice, može pomoći trening socijalnih vještina kao psihosocijalni postupak posebno strukturiran u odnosu na potrebe osoba s psihičkim poremećajima, a koje su socijalno disfunkcionalne te imaju cijeli niz poteškoća pri ostvarivanju samostalnog života, počevši od brige o sebi do interakcije s ljudima (Bellack i sur., 1997.).

Jačanje civilnog sektora i osnivanje NGO-a pomoći će osnaživanju bolesnika. Naime, u literaturi se osnaživanje povezuje s funkcijom, odnosno misijom grupa i programa samopomoći koje formiraju sami bolesnici u obliku udruga (Chamberlin, 1978.; Chamberlin, Rogers i Ellison, 1996.).

Prema istraživanjima, hrvatski su građani slabo uključeni u veći broj civilnih organizacija, a razina društvenog kapitala u Hrvatskoj je niska (Štulhofer, 2001.). Razumljivo je da

sociokulturalni okvir zemlje s polustoljetnim iskustvom totalitarizma i državnom ekonomijom ne potiče samoorganizaciju građana (Štulhofer, 2003.) te da građani koji su uključeni u organizacije civilnog društva nisu zbog toga u društvu dovoljno cijenjeni, a prema javnom mnijenju – svaki se dobrovoljni rad u Hrvatskoj smatra gubitkom vremena, uz sumnju da tu netko potajice profitira jer je u siromašnom društvu svaki osobni angažman koji ne donosi izravnu osobnu korist prezren (Bežovan, 2004.).

Unatoč tome, trebalo bi poticati osnivanje udruga civilnog društva i udruživanje bolesnika jer je to dokazano najbolji dio programa borbe protiv stigmatizacije, što se pokazalo i u Finskoj, gdje je većina ispitanika smatrala da prema bolesnicima treba držati socijalnu distancu i da su sami krivi za bolest. Tako su načelo osnaživanja bolesnika i intervencije za uključivanje u društvo ključni u formulaciji rehabilitacije, a strategije i programi koji potiču osnaživanje uključuju modele rehabilitacije na načelu klubova, grupa samopomoći, upošljavanja korisnika u samom sustavu liječenja, aktivne participacije bolesnika u istraživanjima, planiranja organizacije službe i aktivnosti lobiranja (www.sretnaobitelj.odlican.net).

Osim toga, postavlja se pitanje na koji način zdravstveni radnici mogu pomoći u osnaživanju bolesnika (Ellison i Dunn, 2006.; Rapp, Shera i Kisthard, 1993.).

Nadalje, da bi se bolesnici koji boluju od kroničnih duševnih bolesti mogli snaći u zajednici, treba provesti program rehabilitacije koji je u njihovu slučaju kombiniran i intenzivan, odnosno prilagođen svakom bolesniku posebno, zbog čega se i u Hrvatskoj uvodi koncept individualnog plana skrbi (Ajduković i Urbanc, 2009.).

PRIJEDLOG INTERVENCIJA ZA ZAPOŠLJAVANJE I ODRŽAVANJE ZAPOŠLJAVANA BOLESNIKA

Osoba s invaliditetom zbog psihičkih poremećaja trebala bi imati jednake mogućnosti zapošljavanja kao i svaka druga osoba. Zapošljavanje bi uz povećanje samopouzdanja dovelo i do bolje ekonomske situacije te smanjilo socijalne probleme⁷. Nadalje, dokazano je da, ako se osobu dobro motivira, ona usprkos poremećaju može i treba samostalno privređivati, a ako joj se pomogne u nalaženju adekvatnog zaposlenja – to može rezultirati većim zadovoljstvom i manjim osjećajem diskriminacije (McQuilken, 2003.). Službe u zajednici, poput centara za socijalnu skrb, zavoda za zapošljavanje ili zavoda za zdravstveno osiguranje kao i gradski uredi za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom te Fond za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom, trebale bi bolje komunicirati međusobno i biti osvještenije o problematici zapošljavanja osoba s invaliditetom te različitih oblika socijalne pomoći, beneficija, zaštitnih radionica, radnih centara za osposobljavanje i posredovanje u

⁷ Pružanje jednakih mogućnosti za zapošljavanje osoba s invaliditetom zbog psihičkih poremećaja. Informacije za poslodavce. Program EU-a za Hrvatsku, IPA komponenta IV – Razvoj ljudskih potencijala. Udruga Svitanje, Zagreb, 2011.

zapošljavanju ili nekog oblika financijske neovisnosti osoba s psihičkim poremećajem kako bi se te osobe lakše uklopile i osjetile pripadnost svojoj zajednici (Depla, 2005.).

Dobar primjer iz prakse u Hrvatskoj je program zapošljavanja Udruge za promicanje inkluzije⁸, koja ima programe zapošljavanja u sklopu psihosocijalne rehabilitacije iako su osobi oduzete radna i poslovna sposobnost, a svoje korisnike zapošljava na prilagođenim, no normalnim radnim mjestima – što je i dokazano najbolji oblik zapošljavanja (Buizza i sur., 2009.). Sličan oblik »zaštićenog zapošljavanja« postoji i u Italiji, gdje se nakon jednogodišnje evaluacije programa pokazalo da je najbolji učinak postignut direktnim angažmanom, odnosno učenjem na radnom mjestu umjesto formalnim oblikom edukacije bolesnika za zapošljavanje («u školskim klupama»), uz konstantne intervencije osobnih asistenata – zaposlenih osoba koje im pomažu prije zapošljavanja i poslije njega (Buizza i sur., 2009.).

U novije se vrijeme problemi društvene odgovornosti gospodarstva u zemljama EU-a postavljaju na široj osnovi. U suradnji s Europskom komisijom, Europska mrežna kompanija za socijalnu koheziju usvojila je Europsku deklaraciju kompanija protiv isključenosti. Socijalnim problemima pristupa se na poduzetnički način (Dees i Anderson, 2006.). Socijalno poduzetništvo proizvodi dobra i usluge na trajnoj osnovi u djelatnostima, primjerice, socijalne integracije duševno oboljelih koji ispadaju s tržišta rada i gdje nije moguće razviti gospodarsko-tržišnu djelatnost, a za razliku od javno-državnog sektora, socijalno poduzetništvo pretpostavlja značajan gospodarski rizik i nije uvijek moguće povući jasnu granicu između djelovanja za opće dobro i tržišne koristi same organizacije (Defourny, 2001.).

PRIJEDLOG INTERVENCIJA ZA POSTIZANJE BOLJEG RAZUMIJEVANJA I MANJE DISKRIMINACIJE BOLESNIKA OD NJEGOVA/NJEZINA BRAČNOG DRUGA/PARTNERA

Činjenica jest da je obiteljska potpora ona kulturalna vrijednost koja može djelovati kao medijator tijekom nekog duševnog poremećaja (Lefley, 1990.). No, provedba reforme psihijatrije i nasilno inzistiranje na liječenju bolesnika u njegovoj obitelji u zajednici, kako bi se spriječila institucionalizacija, ne mora nužno značiti da će se na taj način smanjiti stigma i diskriminacija (Schomerus i sur., 2006.). Predrasude u zajednici su izražene i iako formalno, zakonski, prava bolesnika nisu ugrožena, oni se sami marginaliziraju budući da osjećaju predrasude u društvu. Istodobno, same zakonske promjene bez prave potpore u zajednici ne dovode do željenih rezultata, kao u Poljskoj, gdje postoje adekvatni programi i projekti i gdje su formalno otvorene različite službe, no diskriminacija je i dalje velika. Najbolje rezultate pokazuje Rumunjska, gdje bolesnici žive u obitelji ili kod rođaka i imaju partnera i

⁸ <http://inkluzija.hr/>, <http://inkluzija.hr/za-poslodavce/>.

prijatelje. Ali, kako postići da obitelj uzme svog bolesnika i dopusti mu da živi kod kuće kad je bolesnik često teret svojoj obitelji (Stam i Cuijpers, 2001.; Tarrier, 1988.; Tellen, Herzog i Kilbane 1989.)?

Možda psihosocijalnim intervencijama koje bi zajednički poduzimale državne službe, kako bolnice tako i nadležni centri za socijalnu skrb i obiteljska savjetovališta te civilne organizacije? Možda psioh edukacijom obitelji (Johansson, Leino-Kilpi i Salanterä, 2003.; Kuipers, Leff i Lam, 1992.) i javnosti (predavanja s ciljem informiranja o duševnim bolestima)? No, uz oprez, jer izgleda da znanje koje se temelji samo na poznavanju simptoma psihičkih poremećaja, paradoksalno, povećava stigmatiziranje i diskriminaciju tih osoba u očima javnosti (Lauber i sur., 2004.), ali spoznaje o mogućnostima liječenja i rehabilitacije smanjuju stigmatiziranje, tako da bi se anti-stigma programi trebali temeljiti na informacijama o mogućnostima oporavka od bolesti (Llerena, 2002.; Watson, 2004.; Pinfold i sur., 2003.), kao i na kontaktu populacije s oboljelima (Mas i Hatim, 2002.; Meise, 2000.; Schulze, 2003.).

PRIJEDLOG INTERVENCIJA ZA RANO OTKRIVANJE PRVIH ZNAKOVA PSIHIČKIH POREMEĆAJA

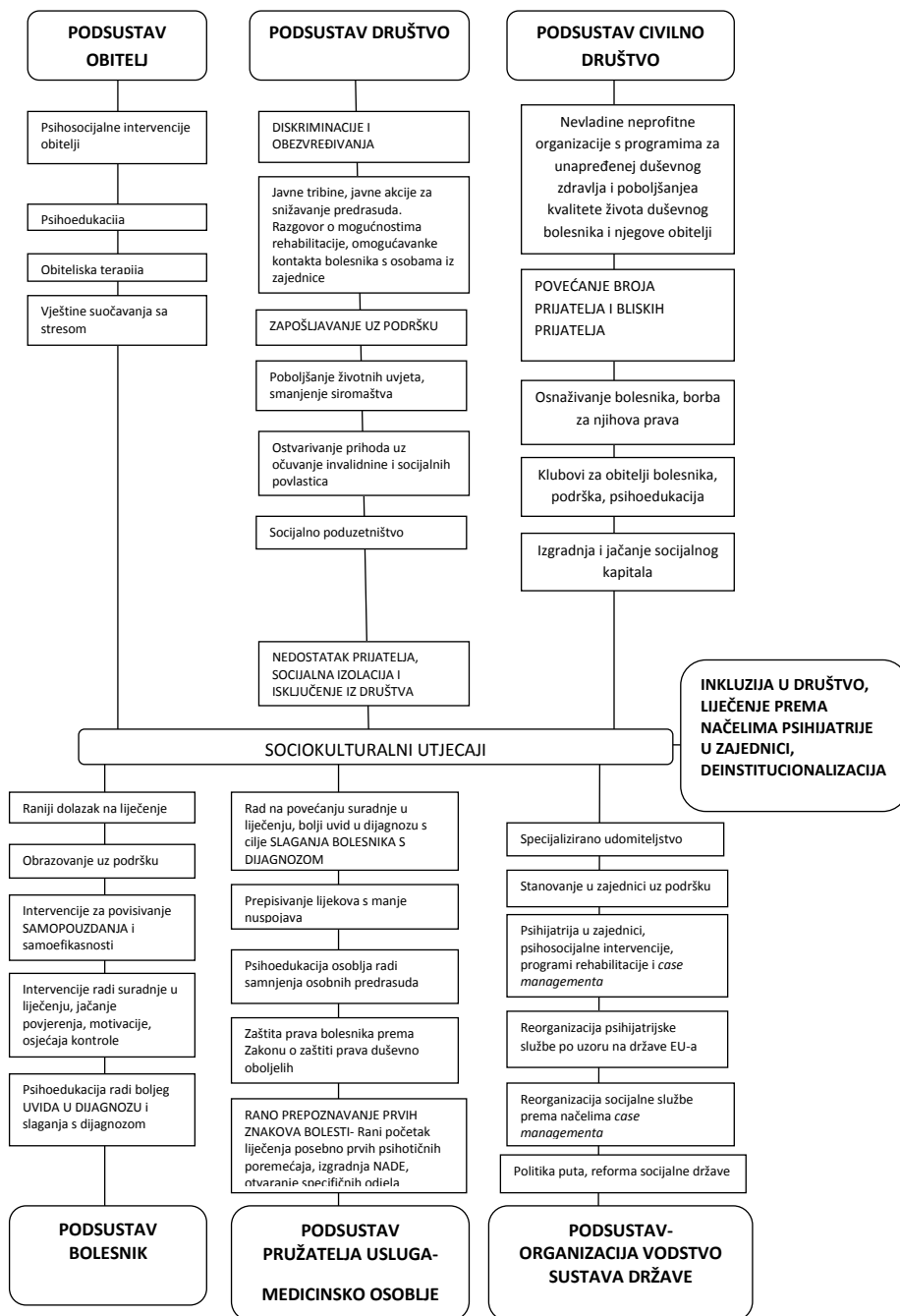
Glede potrebe ranog otkrivanja bolesti i liječenje bolesnika, u psihijatrijskim bolnicama PB Vrapče i PB »Sv. Ivan Jankomir« postoji preventivni i terapijski program Rana intervencija kod prvih epizoda psihotičnih poremećaja (PiTP RIPEPP), koji obuhvaća pacijente hospitalizirane u »kritičnom razdoblju« poremećaja, tj. pet godina od pojave prvih simptoma psihotičnog poremećaja (Mihanović i sur., 2010.; Restek Petrović i sur., 2010.).

PRIJEDLOG INTERVENCIJA USMJERENIH NA BOLESNIKA KAKO BI PRIHVATIO SVOJU DIJAGNOZU

U dosadašnjim istraživanjima pokazalo se da bolesnici koji se slažu sa svojom dijagnozom imaju više samopouzdanja i manje su samostigmatizirani te percipiraju manju diskriminaciju okoline od onih koji se ne slažu sa svojom dijagnozom (Gruber, 2011.), a također se pokazalo da se slaganje s dijagnozom u bolesnika moglo postići njihovom psioh edukacijom kroz različite faze razvoja bolesti (Spencer, 2004.; Gruber i sur., 2006.; Agius i sur., 2010.). Psioh edukacijom se postiže promjena stavova o liječenju, bolja spremnost bolesnika na suradnju (Martić Biočina i Barić, 2005.), bolji terapijski učinak liječenja i uspješnije socijalno funkcioniranje bolesnika (Degmecic, Pozgain i Filakovic 2007.; Amenson i Liberman, 2001.).

Dijagram 2.

Prijedlog intervencija u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju



Dijagram 2. prikazuje prijedlog intervencija u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju konstruiran nakon pregleda dosadašnjih istraživanja i spoznaja iz dostupne literature u Hrvatskoj te prema dostupnim iskustvima iz drugih europskih zemalja (Gruber, 2011.). Naime, da bismo intervenirali s ciljem postizanja drugog ishoda za bolesnika od onog prikazanog na dijagramu 1. (ponovne hospitalizacije osobe s psihičkim poremećajem u relapsu bolesti i isključenost iz društva), prema dosadašnjim istraživanjima i spoznajama, trebali bismo raditi na intervencijama koje će povećati socijalni kontakt ispitanika (stjecanje i zadržavanje prijatelja i najboljeg prijatelja te razvijanje podržavajućih odnosa od strane bliskog člana obitelji). Također, važno je zaposliti ili održati zaposlenost osobe te postići bolje razumijevanje i manju percepciju diskriminacije bolesnika od njegova/njezina bračnog druga/partnera. Nadalje, važno je rano otkrivanje prvih znakova psihičkih poremećaja kako bi se bolesnik što ranije počeo liječiti, raditi na spremnosti bolesnika na suradnju u liječenju te približiti bolesniku njegovu bolest da prihvati svoju dijagnozu bez stigme. Kad se sve navedene intervencije uklupe u postojeće stanje, ishod liječenja i rehabilitacije osoba s psihičkim poremećajima usmjerava se prema deinstitucionalizaciji, odnosno inkluziji u društvo.

ZAKLJUČAK

Položaj osoba s psihičkim poremećajima u Hrvatskoj kao problem zdravstvenog i socijalnog sustava prikazan je shematski kroz povezanost brojnih sociokulturalnih faktora različitih društvenih podsustava obitelji osobe s psihičkim poremećajem, radnog mjesta, socijalne mreže, karakteristika samog bolesnika – niskog samopouzdanja i visoke samostigmatizacije uz kasno prepoznavanje prvih znakova bolesti i kasni početak liječenja, a koji posljedično dovode do relapsa bolesti i ponovnih hospitalizacija, kronificiranja bolesti i institucionalizma te isključenosti osobe s psihičkim poremećajem iz društva.

Prema rezultatima dosadašnjih istraživanja i spoznaja iz recentne literature i komparativne analize položaja osoba s psihičkim teškoćama, u nekim zemljama EU-a predlažu se intervencije u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju a s ciljem inkluzije osoba s psihičkim poremećajem u društvo kroz:

- povećanje socijalnih kontakata osoba s psihičkim poremećajima (stjecanje i zadržavanje prijatelja i najboljeg prijatelja te razvijanje podržavajućih odnosa od strane bliskog člana obitelji)
- zapošljavanje ili održavanje zapošljavanja
- postizanje boljeg razumijevanja i manje percepcije diskriminacije osobe od strane njegova/njezina bračnog druga/partnera
- rano otkrivanje prvih znakova psihičkih poremećaja kako bi se osoba što ranije počela liječiti, rad na spremnosti osobe na suradnju u liječenju te edukaciju o bolesti kako bi osoba prihvatila svoju dijagnozu bez stigme.

Temeljem toga, autor donosi i dijagram koji predlaže intervencije koje mogu poboljšati postojeću skrb o osobama s psihičkim poremećajima.

LITERATURA

1. Agius, M., Goh, C., Ulhaq, S. & McGorry, P. (2010). The staging model in schizophrenia, and its clinical implications. **Psychiatra Danubina**, 22, (2), 211–220.
2. Ajduković, M. & Urbanc, K. (2009). Integrirajući pristup u socijalnom radu kao kontekst razumijevanja individualnog plana skrbi. **Ljetopis socijalnog rada**, 16 (3), 505-535.
3. Amenson, C. S. & Liberman, R. P. (2001). Dissemination of educational classes for families of adults with schizophrenia. **Psychiatry Service**, 52 (5), 589-592.
4. Atlas (2005.), **Mental health resources in the world 2005**. Geneva: World Health Organization.
5. Babić, G. & Molnar, S. (2002). Komparativni prikaz organizacije skrbi za duševno oboljele osobe. **Socijalna Psihijatrija**, 30, 189-200.
6. Barbato, A. (1998). Psychiatry in transition: Outcomes of mental health policy shift in Italy. **Aust NZJ Psychiatry**, 32, 673-679.
7. Bellack, A., Mueser, K., Hingerish, S. & Agresta, J. (1997). **Social skills for training for schizophrenia. A step by step guide**. New York, London: The Guilford Press, 125-128.
8. Belle, D. (1989). **Children's social networks and social supports**. New York: John Wiley & Sons, Inc, 78-89.
9. Bežovan, G. (2004). **Civilno društvo**. Zagreb: Globus.
10. Buizza, C., Bartoli, A., Lechi, S., Bonetto, C., Riva, E. & Pioli, R. (2009). **Predictors of success in supported employment programmes: A retrospective study in northern Italy**. In: Book of abstracts. The Fourth International Stigma Conference, London.
11. Burman, I. & Margolin, D. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interacional perspective. **Psychological Bulletin**, 112, 39-63.
12. Cechnicki, A. (2004). Positive educational camapign. The result of four years of the polish program Schizophrenia. Open the doors. In: Cechnicki, A. (ed.), **Schizophrenia, different contexts, different therapies**. Krakow: Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 3nd, 46-55.
13. Cechnicki, A. & Bielanska, A. (2002). Program against stigma and discrimination of people suffering from schizophrenia. In: Cechnicki, A. (ed.), **Schizophrenia, different contexts, different therapies**. (2nd) Krakow: Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 56-67.
14. Cechnicki, A., Wciorka, J., Bielanska, A. & Hanuszkiewicz, I. (2009). **Passing of the national mental health care program in poland as a result of »schizophrenia – open the doors« programs activity**. Book of abstracts. The Fourth International Stigma Conference. London, 44-45.
15. Chamberlin, J., Rogers, E. S. & Ellison, M. (1996). Self help programs: A description of their characteristics and their members. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, 19 (3),33-42.

16. Chamberlin, J. (1978). **On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system**. New York: McGraw-Hill.
17. Cohen, S. & Williamson, G. M. (1991). Stress and infectious disease in humans. **Psychological Bulletin**, 109, 5-24.
18. Cooper, B. & Bauer, M. (1987). Developments in mental health care and services in the Federal Republic of Germany. **International Journal of Mental Health**, 16, 78-93.
19. Corrigan, P. (2003). Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. **Psychiatric Services**, 54 (8), 1105-1110.
20. Davis, J. A., Freeman, H. E. & Simmons, O. G. (1957). **Social problems**, 5, 37-40.
21. De Girolamo, G. & Cozza, M. (2000). The Italian psychiatric reform: A 20 year perspective. **International Journal on Law Psychiatry**, 23, 197-214.
22. Dees, J. G., & Anderson, B. B. (2006). Framing a theory of social entrepreneurship: Building on two schools of practice and thought. In: Mosher-Williams, R. (ed.), **Research on social entrepreneurship: Understanding and contributing to an emerging field**, ARNOVA Occasional Paper Series, 1 (3), 39-66.
23. Defourny, J. (2001). Introduction from third sector to social enterprise. In: Borzaga, C., Defourny, J. (eds.), **The emergence of social enterprise**. New York: Routledge, 1-28.
24. Degmecic, D., Pozgain, I. & Filakovic, P. (2007). Psychoeducation and compliance in the treatment of patients with schizophrenia. **Coll Antropology**, 31 (4), 1111-1115.
25. Depla, M. F. (2005). The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 20 (2), 146-153.
26. Donnelly, M. (1992). **The politics of mental health in Italy**. London: Routledge, 34-46.
27. Economou, M., Charitsi, M., Louki, E., Peppou, L., & Stefanis, C. (2009a). **Mental illness and the media: A guide for media workers in Greece**. Book of abstracts, The fourth Int. Stigma Conference, London, 15-16.
28. Economou, M., Louki, E., Charitsi, M., Kolostoumpis, D. & Stefanis, C. (2009b). **The depression helpline of the Greek »anti-stigma« program**. Book of abstracts, The Fourth International Stigma Conference, London, 16-17.
29. Economou, M., Kolostoumpis, D., Louki, E., Charitsi, M. & Stefanis, C. (2009c). **Addressing the stigma of schizophrenia: Schol interventions – professional training**. Book of abstracts, The fourth Int. Stigma Conference, London, 13-14.
30. Ellison, M. L. & Dunn, E. C. (2006). Empowering and demedicalized case management practices perspectives of mental health consumer leaders and professionals. **Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation**, 5 (2), 1-18.
31. Gruber, E. N. (2011). **Kroskulturalna analiza posljedica društvene stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajima**. Doktorska disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
32. Gruber, E. N. (2007). Pogled na koncept »Case manager«-a u Hrvatskoj prema teorijama menadžerskih sustava, U: Gruber, E. N. (ur.), **Prihvatimo različitosti, odbacimo predrasude**. Popovača: Vemako Tisak, 157-165.

33. Gruber, E. N, Ivezic Štrkalj, S., Agius, M. & Martić Biočina, S. (2008), Since I have my case manager, I am back to life. Case management in Croatia. **Psychiatria Danubina**, 20 (1), 63-70.
34. Gruber, E. N, Kajević, M., Agius, M. & Martić-Biočina, S. (2006). Group psychotherapy for parents of patients with schizophrenia. **International Journal of Social Psychiatry**, 52 (6), 487-500.
35. Holahan, C. J., Moss, R. H., Holahan, C. K. & Brennan, P. L. (1995). Social support, coping and depressive symptoms in a late middle aged sample of patients reporting cardiac illness. **Health Psychology**, 14, 152-163.
36. Ivezic-Štrkalj, S. (2003). Plan provedbe nacionalnog programa borbe protiv stigmatizacije psihičke bolesti. Mini simpozij: **Shizofrenija i stigma psihijatrijskog bolesnika**. Pula: 43. međunarodni neuropsihijatrijski simpozij.
37. Ivezic Štrkalj, S., Muzinić, L. & Filipac, V. (2010). Case management – a pillar of community psychiatry. **Psychiatria Danubina**, 22 (1), 28-33.
38. Ivezic Štrkalj, S. (2010). **Rehabilitacija u psihijatriji. Psihobiosocijalni pristup**, Zagreb: Svitjanje.
39. Jakovljević, V. (1963). Transkulturalno psihijatrijska proučavanja u Gvineji. **Neuropsihijatrija**, 11, 21-22.
40. Johansson, K., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. (2003). Need for change in patient education: A Finnish survey from the patient's perspective. **Patient Education and Counseling**, 51, 239-245.
41. Kadri, N. & Sartorius, N. (2005). The global fight against the stigma of schizophrenia. **PLoS Medicine**, 2 (7), e136.
42. Kecmanović, D. (1978). **Socijalna psihijatrija sa psihijatrijskom sociologijom**. Sarajevo: Svjetlost.
43. Kemali, D., Maj, M., Veltro, F., Crepet, P. & Lobracc, S. (1989). Sondaggio sulle opinioni degli italiani nei riguardi dei malati di mente e della situazione dell'assistenza psichiatrica. **Riv Sper Freniatr**, Suppl 5, 1301-1351.
44. Kezić, S., Svrđlin, P., Restek-Petrović, B., Mihanović, M., Grah, M., Silić, A. & Kamerman, N. (2010). Promjene odnosa prema bolesti praćene kroz grupnu psihoterapiju članova obitelji bolesnika oboljelih od psihotičnog poremećaja. Promjene odnosa prema bolesti praćene kroz grupnu psihoterapiju članova obitelji bolesnika oboljelih od psihotičnog poremećaja. **Medicina**, 46, 1, 93-99.
45. Kovess, V. (1995). Has the sectorization of psychiatric services in France really been effective? **Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 30, 132-138.
46. Kregar, K. (2004). Socijalna podrška djece smještene u dječjim domovima i udomiteljskim obiteljima u Republici Hrvatskoj. **Ljetopis socijalnog rada**, 11, 2-4.
47. Kuipers, E., Leff, J. & Lam, D. (1992). **Family work for schizophrenia; A practical guide**. London: Gaskell.

48. Lauber, C., Carlos, N., Falcato, L. & Rössler, W. (2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness. **Community mental health**, 40 (3), 265-274.
49. Lefley, H. P. (1990). Culture and chronic mental illness. **Hospital Community Psychiatry**, 41 (3), 277-286.
50. Llerena, A. (2002). Schizophrenia stigma among medical and nursing undergraduates. **European Psychiatry**, 17 (5), 298-299.
51. Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C. & Maj, M. (2004). Beliefs about schizophrenia in Italy: A comparative nationwide survey of general public, mental health professionals and patients relatives. **Canadian Journal of Psychiatry**, 49 (59), 322-330.
52. Mangili, E. (2004). Attitudes toward disabilities and mental illness in work settings: A review. **Epidemiologija e Psichiatria Sociale**, 13 (1), 29-46.
53. Manning, S. S. & Suire, B. S. (1996). Consumers as employees in mental health: Bridges and roadblocks. **Psychiatric Services**, 47, 939-940.
54. Marsh, A. & Sahin-Dikmen, M. (2002). **Discrimination in Europe (report B)**. London: Policy Studies Institute, 44-45. Preuzeto s: <http://ec.europa.eu> (4.9.2011.)
55. Martić-Biocina, S. & Barić, V. (2005). Factors important for compliance among Croatian patients suffering from schizophrenia – how to improve psychiatric services in Croatia? **Psychiatria Danubina**, 17 (1-2), 36-41.
56. Mas, A. & Hatim, A. (2002). Stigma in mental illness: Attitudes of medical students towards mental illness. **Medical Journal Malaysia**, 57 (4), 433-44.
57. McLeod, J. D., Kessler, R. C. & Landis, K. R. (1992). Speed of recovery from major depressive episodes in a community sample of married men and women. **Journal of Abnormal Psychology**, 101, 277-286.
58. McQuilken, M. (2003). The work project survey: consumer perspectives on work. **Journal of Vocational Rehabilitation**, 18 (1), 59-68.
59. Meise, U. (2000). »...not dangerous, but nevertheless frightening«. A program against stigmatisation of schizophrenia in schools (in German). **Psychiatrische Praxis**, 27 (7), 340-346.
60. MHE, (2008.) Preuzeto s: <http://www.mhesme.org> (1.12.2011.)
61. Mihanović, M., Restek Petrović, B., Molnar, S., Grošić, V., Grah, M., Kezić, S., Dominis, V., Mayer, N., Svrđlin, P., Kamerman, N., Bogović, A. & Pavlović, I. (2010), **Program »Rane intervencije kod prvih epizoda psihotičnih poremećaja« u PB »Sveti Ivan« – pet godina iskustva**. U: Hotujac, Lj. (ur.), Zbornik sažetaka – 5. hrvatski psihijatrijski kongres. Šibenik, 76-77.
62. Muijen, M. (2008). Focus on mental health care reforms in Europe: Mental health services in Europe: An overview. **Psychiatry Service**, 59, 479-482.
63. Olhansky, S. (1966). Passing: Road to normalization for ex-mental patients. **Mental Hygiene**, 39, 86-90.

64. Pinfold V. (2002). Inclusion in the whole of life: Community safety. In: Bates, P. (ed.), **Working for inclusion: Making social inclusion a reality for people with severe mental health problems**. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 91-100.
65. Pinfold, V., Huxley, P., Thornicroft, G., Farmer, P. S., Toulmin, H. & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination- evaluating an educational intervention in UK secondary schools. **British Journal of Psychiatry**, 182, 342-346.
66. Priebe, S., Badesconyi, A. & Fioritti, A. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: Comparison of data on service provision from six European countries. **British Medical Journal**, 330, 126.
67. Rapp, C. A., Shera, W. & Kisthardt, W. (1993). Research strategies for consumer empowerment of people with severe mental illness. **Social Work**, 38, 727-735.
68. Reguleska, J. (2001). NGOs and their vulnerabilities during the time of transition. In: Anheier, H. K. & Kendall, J. (eds.), **Third sector policy at the crossroads: an international nonprofit analysis**. London and New York: Routledge, 183-192.
69. Restek Petrović, B., Molnar, S., Grošić, V., Grah, M., Kezić, S., Mayer, N., Medak, J., Bogović, A. & Mihanović, M. (2010). **Sociodemografska obilježja populacije mladih shizofrenih bolesnika uključenih u program rane intervencije kod prvih epizoda psihotičnih poremećaja u PB »Sveti Ivan«**. U: Hotujac, Lj. (ur.), Zbornik sažetaka. 5. hrvatski psihijatrijski kongres. Šibenik, 77-78.
70. Ritsher, J. B. & Phelan, J. C. (2004). Internalised stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. **Psychiatry Research**, 129 (3), 257-65.
71. Sartorius, N. & Schulze, H. (2005a). **Reducing the stigma of mental illness**. Cambridge: Cambridge University Press.
72. Sartorius, N. & Schulze, H. (2005b). **A report from a global programme of the world psychiatric association**. Cambridge: Cambridge University Press.
73. Schomerus, G., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. **European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience**, 259 (5), 298-306.
74. Schomerus, G., Matschinger, H., Kenzin, D., Breier, P. & Angermeyer, M. C. (2006). Public attitudes towards mental patients: A comparison between Novosibirsk, Bratislava and German cities, **European Psychiatry**, 21 (7), 436-441.
75. Schulze, B. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students attitudes towards people with schizophrenia. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 107 (2), 142-50.
76. Spencer, J. (2004). Patients in medical education. **Lancet**, 363, 1480-1484.
77. Stam, H. & Cuijpers, P. (2001). Effects of family interventions on burden of relatives of psychiatric patients in The Netherlands: A pilot study. **Community Mental Health Journal**, 37, 179-187.
78. Štulhofer, A. (2001). Dinamika sociokulturalnog kapitala 1995.-1999. U: M. Meštrović (ur.), **Globalizacija i njene refleksije**. Zagreb: Ekonomski institut. 219-228.

79. Štulhofer, A. (2003). Društveni kapital i njegova važnost, U: Ajduković, D. (ur.), **Socijalna rekonstrukcija zajednice**. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć, 79-98.
80. Tarrier, N. (1988). The community management of schizophrenia: A controlled trial of behavioural intervention with families to reduce relapse. **British Journal of Psychiatry**, 153, 532-542.
81. Tellen, S., Herzog, A. & Kilbane, T. L. (1989). Impact of a family support program on mothers social support and parenting stress. **American Journal of Orthopsychiatry**, 59,410.
82. Tester, S. (1996). **Community care for older people: A comparative perspective**. Basingstoke: Macmillan.
83. Thornicroft, G., Brohan, E, Kassam, A. & Holmes, L. (2008). Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. **International Journal of Mental Health Syst**, 13, 2 (1), 3-6.
84. UNDP (2006.) Preuzeto s: <http://www.undp.hr> (1.12.2011.).
85. Watson, A. C. (2004). Changing middle schoolers attitudes about mental illness through education. **Schizophrenia Bulletin**, 30 (3), 563-572.
86. Wrigley, S., Jackson, H., Judd, F. & Komiti, A. (2005). Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. **Australian and New Zeland Journal of Psychiatry**, 39, 514–521.
87. http://www.hzjz.hr/epidemiologija/kron_mas/mentalne.htm. (1.12.2011.)
88. Dika, M., Đurđević, Z., Goreta M. & Turković, K. (2001.) **Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarima i priložima**. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Emma Ničea Gruber

Neuropsychiatric hospital »Dr. Ivan Barbot«

Popovača

PROPOSITION OF CHANGES TO THE MENTAL HEALTH CARE SYSTEM AIMED AT INCLUSION OF INDIVIDUALS WITH PSYCHICAL DISORDERS INTO SOCIETY

SUMMARY

Based on the relevant literature review and current research results and with the aim of facilitating inclusion of people with a mental illness into society as well as decreasing the rate of their re-hospitalization and institutionalism, the following interventions in the health care and the social care system are suggested: increasing social contacts of people with a mental illness (acquiring and keeping friends and a best friend and developing supportive relations with a close family member), employment or keeping a job, achieving better comprehension and decreasing the occurrence of people with a mental illness being perceived as discriminated persons by their spouses/partners, early interventions in diagnosing and treatment of psychological disorders, increasing the level of cooperation during the treatment as well as education about the disorder so that the individual could accept his/her diagnosis without stigma. The appendix includes two constructed diagrams: the initial one presents the current state of care of persons with psychical disorders in Croatia, interrelation and influence of different sub-systems, and the closing one presents intervention possibilities, i.e. the intervention proposal within the mental health care system

Key words: *inclusion of people with a mental illness into society, interventions in the health care and the social care system.*