Psihijatrija usmjerena prema osobi

Hendija, Kristina

Master's thesis / Diplomski rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:832849

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-20**

Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository

zir.nsk.hr

DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Kristina Hendija

Psihijatrija usmjerena prema osobi

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2016.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Klinici za psihološku medicinu, KBC Zagreb pod vodstvom doc.dr. sc. Marijane Braš i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2015./16.

SADRŽAJ

Sadržaj

Sažetak

Summary

1. Uvod 1

2. Povijesna perspektiva na psihijatriju usmjerenu prema osobi 2

3. Psihološka perspektiva 4

4. Biološka perspektiva 7

5. Društvena perspektiva 10

6. Perspektiva filozofije znanosti 12

7. Etnomedicinski i kulturološki temelji 14

8. Duhovnost, religija i psihopatologija 16

9. Etičke vrijednosti 18

10. Perspektiva korisnika usluga i njihovih obitelji 20

11. Perspektiva umjetnosti 22

12. Zahvale 24

13. Literatura 25

14. Životopis 32

SAŽETAK

PSIHIJATRIJA USMJERENA PREMA OSOBI

KRISTINA HENDIJA

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) od svog osnutka promovira širok koncept zdravlja, koje je definirano kao potpuno fizičko, psihičko i socijalno blagostanje, a ne samo kao nedostatak bolesti i nemoć. Razvoj moderne medicine (i psihijatrije) zajedno s impresivnim napretkom razumijevanja bolesti, dijagnostičkim i terapeutskim tehnologijama, popraćen je prevelikom posvećenošću bolesti, hiperboličkom ovisnošću o tehnologiji, fragmentaciji skrbi i odnosu prema pacijentu kao da je roba**.** Pristup koji bi udružio znanost kao esencijalni alat (uključujući širok biopsihosocijalni teoretski okvir za razumijevanje bolesti i očuvanja zdravlja, stavljanje osobe u centar pažnje kliničkih procesa i ishoda te integracija brige oko pacijentove osobe), kao i etiku i humanizam duboko usađenu u dostojanstvo, autonomiju, vrijednosti i odgovornost svake osobe uključene u skrb, postaje rastuće prepoznata potreba.

U ovom preglednom radu predstavit ću, iz raznih perspektiva, kao što su psihološka, biološka, društvena i sl. dokaze, teoriju i istraživanja koja podupiru tezu da je takav holistički pristup ne samo potreban, nego predstavlja kulminaciju i sažetak svih najnovijih saznanja na području psihologije, psihijatrije i znanosti općenito. Uzima u obzir osobu u cjelini, stavlja pojedinca u društveni, kulturološki i obiteljski kontekst i naglašava važnost osobnog angažmana pojedinca u očuvanju svog zdravlja i nošenju s izazovima bolesti. Također, istaknuta je važnost zajednice i donošenja političkih odluka koje promoviraju zdravlje, kao i potreba da se uvaži mišljenje svakog uključenog u zdravstvenu skrb, ponajviše pacijenata i njihovih obitelji, koji su dosad bili zapostavljeni. Jedan od glavnih izazova svakako je održati visoka etička načela u svakodnevnom radu i konstantno kvalitetno educirati zdravstvene djelatnike.

KLJUČNE RIJEČI : usmjereno prema osobi, holistički pristup, psihijatrija, zdravlje, blagostanje

SUMMARY

PERSON CENTRED PSYCHIATRY

KRISTINA HENDIJA

The World Health Organization (WHO) from its inception has promoted a broad concept of health defined as complete physical, mental, and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity. The development of modern medicine (and psychiatry) along with impressive advances on the scientific bases of disease and diagnostic and therapeutic technologies, has been accompanied by absorbed attention to disease, hyperbolic dependence on technology, fragmentation of care, and a pervasive commodity-orientation. An approach that would combine science as an essential tool (involving a broad biopsychosocial theoretical framework for understanding ill and positive health, person-centered attention to clinical processes and outcomes, and integration of care around the person of the patient), and ethical and humanistic concerns attending to the dignity, autonomy, values and responsibility of every person involved is becoming a growingly recognized necessity.

In this paper I will present, from different perspectives like psychological, biological, social etc. proofs, theory and researches that underline holistic approach not only as necessary but as a culmination and summary of latest findings in psychology, psychiatry and science in general. Taking into consideration person as a whole, contextualizing the person in social, cultural and family manner, highlighting the importance of personal commitment to health and dealing with ill aspects. Furthermore, the role of community and political decision making process that promotes health is featured, as well as taking into account the opinions of service users and their families. One of the key challenges is to mantain high ethical principles in everyday work and to constanly keep up with quality education of health workers.

KEY WORDS : person centred, holistic approach, psychiatry, health, wellbeing

1. UVOD

Psihijatrija usmjerena prema osobi predstavlja inicijativu koja stavlja pacijentovu cijelu osobu u centar skrbi za mentalno zdravlje (1). Njeni ciljevi istaknuti su promocijom psihijatrije osobe (cjelokupnog zdravlja te osobe, uključujući i bolest i pozitivne aspekte), *za* osobu (pomoć pri ispunjenju životnih ciljeva svakog pojedinca), *od strane* osoba (s kliničarima koji djeluju kao cjelokupna bića, znanstveno ukorijenjeni, s visokim etičkim aspiracijama) i *s* osobom (u suradnji s osobom koja je predstavnik zdravstvene skrbi koja počiva na poštovanju i osnaživanju). Osoba se stavlja u kontekst, u skladu s riječima Ortege y Gasseta „Ja sam ja i moje okolnosti“.

Razvoj moderne medicine (i psihijatrije) zajedno s impresivnim napretkom razumijevanja bolesti, dijagnostičkim i terapeutskim tehnologijama, popraćen je prevelikom posvećenošću bolesti, hiperboličkom ovisnošću o tehnologiji, fragmentaciji skrbi i odnosu prema pacijentu kao da je roba**.** Pristup koji bi udružio znanost kao esencijalni alat (uključujući širok biopsihosocijalni teoretski okvir za razumijevanje bolesti i očuvanja zdravlja, stavljanje osobe u centar pažnje kliničkih procesa i ishoda te integracija brige oko pacijentove osobe), kao i etiku i humanizam duboko usađenu u dostojanstvo, autonomiju, vrijednosti i odgovornost svake osobe uključene u skrb, postaje rastuće prepoznata potreba.

Psihijatrija usmjerena prema osobi uključuje paradigmatičan napor za reorijentaciju fokusa od bolesti prema pacijentu i osobi, povezujući znanost i humanizam (2). Takav pristup medicini općenito dodaje dubinu i vrijednost. Štoviše, kako je Miles (3) uvjerljivo predložio, postoji hitna potreba za prevladavanjem redukcionizma i prihvaćanjem kompleksnosti u kliničkoj praksi, kao i pokazivanjem suosjećanja, utjehe, empatije, shvaćanja, razboritosti i intuicije integrirano sa znanstveno informiranim strategijama za poboljšanje i liječenje.

2. POVIJESNA PERSPEKTIVA

Povijest psihijatrije obilježena je prekretnicama, trenucima u kojima su pojedinci javno progovarali protiv sramotnog načina na koji društvo tretira mentalno bolesne i naglašavali da su oni prije svega ljudska bića. Jedan od prvih zagovornika bio je João Cidade (1495-1550) koji je, iskusivši na svojoj koži brutalni tretman kojem su mentalni bolesnici podvrgnuti, počeo zagovarati u njihovu korist, rezultirajući stvaranjem Reda Sv. Josipa Božjeg, u vrijeme razvitka medicinskog humanizma u doba renesanse.

Sljedeća povijesno važna ličnost je Ph. Pinel (1745-1826) koji je, nakon promatranja pozitivnih rezultata politike neograničavanja slobode u bolnici Bicêtre, poticanu od strane upravitelja J.B. Pussina (1745-1811), odstranio lance sa pacijentice na odjelu u La Salpêtrière. Taj njegov čin simbolično označava početak moderne psihijatrije.

U periodu između dva svjetska rata, psihijatrijska se praksa promijenila. Zabrinjavajuća je činjenica da su te promjene donošene u ime apstraktne znanosti ili bez uzimanja u obzir pacijenta s duševnim smetnjama kao osobe. Degenerativna teorija duševne poremećenosti formulirana u 19. st. rezultirala je široko prihvaćenim uvjerenjem da su neke mentalne bolesti, posebice shizofrenija, nasljedne. To je bio jedan od faktora koji je doveo do eugeničke legislative koja je imala raspon od sterilizacije oboljelih osoba u demokratskim zemljama do aktivne eutanazije u Nacističkoj Njemačkoj. Pravi zločin protiv čovječanstva bio je zapravo smatranje tih pacijenata objektima na kojima se mogu slobodno vršiti eksperimenti u ime znanosti. Presude Nürnberškog suda formirale su osnovu za pravne tekstove o medicinskoj etici, struke u kojoj je dotada glavna referenca bila humanistička tradicija Hipokratove zakletve. U tom periodu, nekoliko se europskih filozofa osvrnulo na pitanje definicije „osobe“, kao da su se bojali nadolazeće dehumanizacije mentalno oboljelih. Max Scheler (1874-1928) definira osobu kao „centre kroz koje ljudsko biće ostvaruje djela preko kojih objektivizira svijet i svoje vlastito tijelo i um“ (4).

Izdavanjem *Die Person des Schizophrenen* Jakoba Wyrschsa, psihijatrija osobe doživjela je svoj prvi uzlet (5). Wyrsch (1892-1980) je razvio teoriju shizofrenije kao bolesti koja pogađa osobu u cjelini; u nijednoj drugoj bolesti nije moguće promatrati transformaciju usporedivu s onom koju prolazi shizofreni pacijent u svom odnosu prema svijetu u kojem, prema Scheleru, on ili ona objektivizira svoje tijelo i um.

Prvi Internacionalni (kasnije nazvan Svjetski) psihijatrijski kongres održan u Parizu 1950. smatran je od svojih organizatora prilikom ne samo za izmjenjivanje znanstvenih spoznaja prekinutih ratom nego i za osvrt na medicinsku etiku. Već ovom prilikom istaknut je interes za povezivanjem znanosti i humanizma, korijeni onoga što će se kasnije razviti u psihijatriju usmjerenu prema osobi. 1957. na simpoziju o shizofreniji Wirsch je specificirao što bi se trebalo podrazumijevati pod pojmom osoba : „Psihofizička konstitucija, intencionalnost i sadržaj djela, unutarnja vitalna povijest, osobni duh, pri čemu u koncept osobe ulazi cijeli njen svijet“.

Opća deklaracija o ljudskim pravima prihvaćena je od strane UN-a 1948. godine unatoč protivljenju SSSR-a, pet demokracija, Južne Afrike i Saudijske Arabije. U nekim od ovih zemalja psihijatrijska udruženja optužena su za nasilnu uporabu psihijatrije u svrhu političke opresije na 6. Svjetskom psihijatrijskom kongresu održanom u Honoluluu 1977. Povodom toga, donesena je Havajska deklaracija koja predstavlja temelje etičkih normi za psihijatrijsku praksu diljem svijeta.

Na početku 21. st. evidentno je da su ljudska prava daleko od univerzalno poštivanih i mentalno oboljeli nisu uvijek tretirani humano. U Programu o psihijatriji usmjerenoj prema osobi Svjetskog psihijatrijskog udruženja (6,7), osoba je definirana kao „pojedinac kojeg treba promatrati u kontekstu, riječima filozofa Ortega y Gasseta (Ja sam ja i moje okolnosti), u kojem okolnosti predstavljaju osobni svijet koji određuje tu osobu“. Paul Ricœur (1913-2005) u svojim radovima promatra odnos između „osobne“ i kolektivne svijesti, ističući važnost unutarnje autobiografske priče koja formira narativnu strukturu osobe.

Psihijatrijsko samorazumijevanje iz nekoliko je razloga, i vjerojatno će nastaviti biti, kompleksnija od one drugih medicinskih specijalnosti. Jedan od glavnih ciljeva Programa o psihijatriji usmjerenoj prema osobi je spriječiti da se psihijatrija razgrana u velik broj metodički definiranih, ali rijetko povezanih pristupa i jačati pristup usmjeren prema osobi u postavljanju dijagnoze, određivanju terapije i provođenju istraživanja (6-9). Za uspjeh u ovoj namjeri, od izuzetne je važnosti povijesna perspektiva. Svaki psihijatrijski koncept, bio on naturalističke, deskriptivne, hermeneutičke, antropološke ili socijalne orijentacije, mora biti nužno vezan za teorijske pretpostavke, koje pak ne mogu biti dokraja shvaćene bez priznanja njihovih povijesnih i epistemoloških dimenzija.

3. PSIHOLOŠKA PERSPEKTIVA

Čovjekov individualni psihološki razvoj odvija se u odnosima s drugim ljudima, počevši od odnosa majka-dijete i nastavlja se sa značajnim osobama u okolini djeteta. Taj postupni proces razvoja kulminira u dvije kritične separacijsko-individuacijske faze, prvo u ranom djetinjstvu i drugi put u adolescenciji, vodeći do rastuće neovisnosti subjekta i formiranjem zrelijih odnosa s drugim ljudima. Sa psihološke perspektive, psihijatrija usmjerena prema osobi mora uzimati u obzir intrasubjektivne kao i intersubjektivne aspekte kliničke situacije kada neuspjeh u razvojnom procesu dovede do ozbiljnog psihopatološkog poremećaja. U skladu s kontekstualnom definicijom osobe (Ja sam ja i moje okolnosti), psihološki pristupi usmjereni prema osobi trebaju biti usmjereni ne samo na individualno iskustvo pacijenta, nego i na njegovo obiteljsko iskustvo i socijalnu okolinu.

Četiri su psihološke dimenzije koje treba uzeti u obzir da bi se razumijelo i dobro procijenilo psihopatologiju :

a) **Fenomenološka dimenzija** predstavlja pacijentov doživljaj bolesti i utjecaj koji ona ima na njegov/njezin osobni i društveni život. Subjektivna je i može biti smatrana glavnim aspektom mentalnog poremećaja, definirajući pri tome pacijentovu kliničku situaciju i njegovo/njezino općenito postojanje na svijetu.
b) **Strukturalna dimenzija** predstavlja psihološko funkcioniranje na kojem se temelji poremećaj i globalnu organizaciju psiholoških funkcija. U obzir treba uzeti ne samo određene simptome, već i normalnu ili patološku ličnost unutar koje se razviju. Također, ona nije povezana samo sa psihopatološkim elementima, nego isto tako i sa cjelokupnom organizacijom pacijentovog unutarnjeg života.
c) **Metaforička ili simbolička dimenzija** predstavlja svjesna i nesvjesna značenja simptoma i ostalih životnih događaja, kao i način predstavljanja poremećaja u pacijentovoj naraciji. Ova dimenzija je ključna za individualnu procjenu poremećaja i liječenje. U nekim slučajevima, elementi ove dimenzije mogu imati i etiološku ulogu. Ovaj specifični subjektivni aspekt trebao bi se uzeti u obzir pri određivanju terapeutskog pristupa zbog svoje moguće ključne uloge u terapeutskom odnosu.
d) **Obiteljska ili okolišna dimenzija** dolazi do izražaja u stanjima koje možemo podijeliti u dvije grupe. Prva su akutne krizne situacije, pogotovo one vezane za smrt u obitelji, uključujući samoubojstva i pokušaje samoubojstva, akutne ili prolongirane

obiteljske krize, često povezane s anksioznim ili depresivnim reakcijama. U slučajevima razvoda, posebnu pažnju treba posvetiti djetetovom mentalnom stanju i potrebama. Druga grupa su situacije u kojima postoje osobe s povećanom ovisnosti o njihovim najbližima, kao što su djeca (zbog svoje ovisnosti o obitelji) i adolescenti (kojima obiteljska terapija pomaže u individualnom razvoju jasnim postavljanjem psiholoških granica između članova obitelji i jačanjem adolescentovih kontakata izvan obitelji). U odrasloj psihijatriji, u ovu grupu spadaju oboljeli od shizofrenije i ostalih psihoza, ovisnici, bolesnici s teškim poremećajima hranjenja, kao i osobe s borderline poremećajem ličnosti. Nedovoljna individualizacija s posljedičnom izraženom i ambivalentnom ovisnošću o drugima zajednička je karakteristika pacijenata u ovim stanjima. U ovu grupu spadaju još i starije osobe i ostale ovisne osobe. U psihotičnim krizama, ciljevi obiteljskog pristupa u terapiji su stimulacija individualiziranog razvoja pacijenta i podrška ostalim članovima obitelji koji se nose s pacijentovim poremećajem. Iskustva zajedničkih sastanaka, tima profesionalaca uključenih u liječenje i pacijenta s njegovom obitelji, pokazala su da oni imaju ne samo važnu informativnu funkciju već i terapeutski značaj (10). U mnogim slučajevima, ovakvi sastanci povećavaju uspjeh simultane ili konsekutivne individualne terapije.

Razumijevanje ovih četiriju dimenzija značajno je za osobama usmjeren konceptualni i praktični pristup u psihijatriji. S druge pak strane, često su ignorirane od strane konvencionalne, poremećajima usmjerene psihijatrije. Carlos Berganza (11) ističe kako je upravo to glavni limitirajući faktor standardne klasifikacije na kojoj se bazira moderna psihijatrija. John Strauss (12) naglašava probleme redukcionističke psihijatrije „koja je zanemarila važnost subjektivnih faktora kao što su osjećaji, značenja koja im pridajemo i volja. Ignorira važan dio ljudskog iskustva, djelujući kao poluznanost.“

Za razliku od standardnih dijagnostičkih kriterija, ove četiri dimenzije nisu samo subjektivne nego i holističke. Njihovo prepoznavanje i dobra procjena zahtjeva poboljšanja u parametrima i smjernicama, izvan strogih i uskih okvira onoga što se naziva medicina temeljena na dokazima, iz niza razloga. Jedan od njih je da njihova holistička perspektiva implicira konstantnu interakciju između bolesti i pozitivnih aspekata zdravlja. Nadalje, njihove subjektivne komponente odnose se na viđenje profesionalca, pacijenta i njegove obitelji i na pažnju koja se pridaje pacijentovoj narativi i empatiji profesionalne osobe. Metodološki izazovi prilikom procjene ovih

holističkih i subjektivnih aspekata psihopatologije mnoge je kolege nažalost navela da prednost daju jednostavnijem pristupu, onom usmjerenom prema poremećajima pritom ignorirajući važne komponente kliničke situacije, unatoč njihovoj važnosti za razumijevanje pacijentovih problema, uspostavu odnosa pacijent-kliničar i kreiranju terapeutskog pristupa koji najbolje odgovara pacijentovim potrebama.

Iz ovoga proizlazi da je veliki izazov psihijatrije usmjerene prema osobi dati na važnosti ovim psihološkim osnovama, koje se mogu procijeniti uglavnom iz pacijentove narative i zajedničkog razumijevanja tih narativa od strane i pacijenta i profesionalne osobe koja je s njim u bliskoj interakciji.

Važno u tom pristupu je i njegovati ljudske vrijednosti zajedno s tradicionalnim biomedicinskim razmatranjima dokaza (12). Takva šire obuhvaćajuća perspektiva približit će psihijatriju bliže pacijentovim potrebama i povećati učinkovitost kliničke njege kao i promociju zdravlja u cjelini. Po Ottawskoj povelji, zdravlje je više od samog nedostatka bolesti, podrazumijeva i pozitivne aspekte i treba biti njegovano svakodnevno u prirodnom ambijentu (13).

Gore navedeno je u skladu s konceptom „salutogeneze“ (14) prema kojoj osoba može u bilo kojem trenutku biti u kontinuumu zdravlja i pomicati se unutar njega. Dakle, osoba nije nikad potpuno bolesna kao ni potpuno zdrava. Štoviše, bolest i zdravlje nisu dva suprotna entiteta na linearnoj skali, već dvije preklapajuće i međusobno povezane komponente cijelog koncepta zdravlja (15). Povrh toga, mentalno zdravlje je fundamentalna osnova fizičkog zdravlja i općenito kvalitete života i iz tog razloga treba biti smatrano važnom komponentom poboljšanja cjelokupnog zdravlja i blagostanja (16,17).

4. BIOLOŠKA PERSPEKTIVA

Program psihijatrije usmjerene prema osobi počiva na prepoznavanju zdravlja od strane SZO-a kao stanja potpunog fizičkog, mentalnog, socijalnog i duhovnog blagostanja, a ne samo nedostatak bolesti (18). Ova definicija zdravlja predstavlja holističku perpektivu čovjeka, po kojoj se ljudsko biće ne svodi samo na materijalno tijelo, već cijela osoba uključuje fizički, mentalni i duhovni aspekt. Ono što možda nije očito laicima činjenica je da za sva tri aspekta osobe postoji karakteristična biološka podloga. Različiti biološki sustavi uključeni su u regulaciju fizičkih procesa (npr. seksualnosti, probave, pokreta), algoritmičkih mentalnih procesa (npr. emocionalnog izražavanja, jezika, logičkog prosuđivanja) i samosvjesne kreativnosti (npr. umjetnost, znanost, duhovnost) (19). Psihološko blagostanje kao i neblagostanje povezuju se s mnogim biomarkerima, nadovezujući se na sve veći broj literaturnih navoda koji pokazuju kako su biološki korelati blagostanja i neblagostanja uglavnom specifični, više nego suprotni ekstremi uobičajenih procesa (20). Dublje razumijevanje biološke perspektive psihijatrije usmjerene prema osobi zahtjeva prepoznavanje prirode ovih karakterističnih bioloških procesa i njihovih povezanosti s promocijom zdravlja, prevencijom i liječenjem bolesti.
Biologija tri aspekta ljudskog bića predstavljena je u tri specifična sistema učenja i pamćenja, koji odražavaju dugu evolucijsku povijest ljudskog roda. Ljudska bića imaju različite sisteme učenja za navike i vještine, za činjenice i hipoteze i za intuiciju i osobnu narativu u samosvijesti. Ova tri sistema nazivaju se proceduralni, semantički i autonoetički (samosvjesni) sistemi učenja (21). Vidljiv je razvitak proceduralnog učenja kod primitivnih sisavaca, semantičkog učenja u primata i samosvjesnog učenja u modernog čovjeka. Sva tri sistema učenja uzajamno djeluju tijekom života i njihovo sazrijevanje i integracija su podloga za individualne razlike u podložnosti psihopatologiji kao i razvoj ličnosti, zdravlja i blagostanja (19,22). Primjeri disfunkcija u ovim sistemima koji dovode do psihopatologije uključuju fobije i ovisnosti za proceduralno učenje, psihoze za semantičkoučenje te disocijativna stanja i poremećaje ličnosti za samosvjesni sistem učenja.

Premda ne postoji adekvatno neurobiološko objašnjenje za svijest (23), jasno je da svaki od ova tri sistema učenja i pamćenja igra važnu ulogu u mentalnom zdravlju i bolesti. Neurofarmakološka i somatska terapija usmjerene su na proceduralno učenje,

kao u liječenju anksioznosti i poremećaja raspoloženja antidepresivima i stabilizatorima raspoloženja, ili na semantičko učenje, kao u liječenju shizofrenije antipsihoticima. Neki oblici psihoterapije koncentriraju se na proceduralno učenje, kao i bihevioralna terapija, ili na semantičko, kao i kognitivna terapija na jačanje logičkog promišljanja. Psihoterapije treće generacije fokusirane su na razvoj samosvjesti i povećanje blagostanja, u vidu pozitivne psihologije (24), dijalektične bihevioralne terapije (25), mindfulness kognitivne terapije (26), tretmana temeljenog na mentalizaciji (27) i coherence terapije (28).
Ovako širok raspon različitih terapijskih pristupa razvijeni su da bi pružili efektivne načine utjecanja na razne biološke sisteme u ljudima. Farmakoterapija i kognitivna terapija mogu utjecati na raspoloženje i mišljenje, ali ne mogu povećati samosvijest neke osobe bez njezinog aktivnog truda u razumijevanju sebe. S druge pak strane, mnogi ljudi s mentalnim poremećajima ne mogu razviti svoj potencijal za samosvijest i blagostanje dok njihova emocionalna nevolja ili nelogično mišljenje nije liječeno na načine koji ne ovise o njihovom razumijevanju i motivaciji. Također, psihosocijalni i neurobiološki pristupi tretmanima nisu odvojeni zapravo, jer oba ciljaju na mozgovne sustave za regulaciju učenja. Prema tome, dijagnoza i tretman mentalnih poremećaja su zapravo psihobiološki procesi u kojima „biološke“ metode mogu biti korištene za poboljšanje psiholoških procesa, isto kao što „psihološke“ metode mogu biti korištene u svrhu poboljšanja bioloških funkcija. Primjerice, funkcija mozga se poboljšava koincidentno s remisijom opsesivno-kompulzivnog poremećaja u odgovoru na tretman antidepresivima ili kognitivnom terapijom (29).

Često je psihijatrija vođena pristupima koji su „bezumni“ ili „bez pameti“ i nastoje podijeliti osobu u pojedinačne entitete uma ili tijela (30). Umjesto toga, psihijatrija usmjerena prema osobi naglašava potrebu za integrativnim pristupom koji prepoznaje psihobiološku narav zdravlja i bolesti. Neki nastoje reducirati osobu na deterministične molekularne procese, ali genetička i druga biološka istraživanja pokazuju kako su većina mentalnih poremećaja kompleksni multifaktorski procesi u kojima su u interakciji višestruki genetski i okolišni čimbenici (31). Veliki moždani putovi su određeni u genomu, ali personalizirane veze među njima jedinstveno su oblikovane društveno uvjetovanim iskustvom u svijetu (32). Nadalje, ljudsko ponašanje nije pasivna posljedica gena ili čak gensko-okolišne interakcije; točnije, ljudi sami oblikuju svoj okoliš i utječu na ekspresiju svog vlastitog genoma

samosvjesnom aktualizacijom osobne životne priče unutar širih ograničenja bogate unutarnje obdarenosti. Ekspresija gena je dinamičan adaptivan proces. Pojedinci oblikuju i oblikovani su mijenjanjem ekspresije svojih genoma (19). Ljudski genom treba gledati više kao osnovni dizajn koji može biti aktivno modificiran kako bi se povećao ljudski potencijal samosvjesne osobe, radije nego kao fiksnu unaprijed određenu determinantu ljudskog ponašanja. Psihobiološki tretman bilo kojeg od sistema učenja može pomoći u optimiziranju blagostanja te osobe.
Kompleksnost ljudskog razvoja, stoga, treba biti shvaćena unutar psihosocijalnog i neurobiološkog konteksta genetičkog i kulturalnog nasljeđa svakog pojedinca i njegovog životnog iskustva. Prepoznavanje jedinstvenosti pozadine, prednosti i nedostataka svakog pojedinca nalaže personalizirani pristup, radije nego kruti skup recepata. Tretmani temeljeni na dokazima dragocjeni su na početku, prilikom procjene stanja, ali nije vjerojatno da bi kombinacija više neurobioloških i psihosocijalnih tretmana koji su potrebni u liječenju većine ljudi s mentalnim poremećajima, bila temeljena na dokazima. Isto tako, zdravlje je više od remisije bolesti, zahtjeva redukciju sklonosti bolesti, kultivaciju pozitivnog zdravlja, pozitivnih emocija, životnog zadovoljstva, i vrlina kao što su nada, dobrota i strpljenje. Drugim riječima, blagostanje ovisi o zrelosti i integraciji ličnosti, posebice kombinaciji samousmjerenosti, suradljivosti i samotranscedentnosti (19). Osobine ličnosti važne za blagostanje jednako su pod utjecajem genetskih faktora i utjecaja jedinstvenih za svakog pojedinca. Posljedično, dijagnoza i tretman ovise o integrativnom pristupu usmjerenom prema osobi koji prepoznaje činjenicu da su biološki i psihološki procesi neraskidivo isprepleteni.

5. DRUŠTVENA PERSPEKTIVA

U današnje vrijeme, iz društvene perspektive, vidljiv je utjecaj mentalnih bolesti i sa stresom povezanih sindroma, uključujući poremećaje i smrt, na cijelo društvo kao i na pojedince koji su njima zahvaćeni i izloženi. Povećanje morbiditeta i mortaliteta uslijed suicida, nasilja i ubojstava ne dovodi samo do socioekonomskih posljedica, već utječe na samu srž društva, njezine moralne i etičke vrijednosti i socijalnu strukturu. Izazov je identificirati društvene okolnosti i životne odabire pojedinca koji potiču otpornost i „salutogenezu“, isto kao i patogene faktore kao što su bespomoćnost, gubitak egzistencijalne kohezije, društvena remećenja i narušavanja integriteta, autonomije, dostojanstva i identiteta. Potrebne su mjere usmjerene na populaciju (33). Dosad su profesionalne i političke strategije u prevenciji mentalnih poremećaja i promociji zdravlja bile usmjerene na zdrave životne izbore pojedinca, tj. individualnu odgovornost. Nedostaje usmjerenosti na odgovornost i obaveze društva i donosioce političkih odluka, da donesu politički 'zdrave odluke' i razumiju njihove posljedice i promjena politike javnog zdravlja na populacijskoj razini.
Profesionalci koji se bave mentalnim zdravljem često zauzimaju defenzivan stav i čini se kao da se drže podalje političkih diskusija. Posljedično, često nalazimo manjkave rezultate političkih akcija temeljenih na nedovoljnom broju relevantnih podataka, obrasce mortaliteta povezanih sa stresom i mentalnim poremećajima, uključujući nasilje, suicide, rizično ponašanje, ovisnosti i sa stresom povezane somatske vaskularne i endokrine bolesti (34).

Porast međunarodne migracije jedan je od važnih aspekata globalizacije i ima značajan društveni utjecaj u mnogim zemljama svijeta. Danas se procjenjuje da postoji oko 200 milijuna internacionalnih migranata koji čine oko 3% svjetske populacije. Podaci iz 2007. godine procjenjuju ukupan broj na 11 milijuna. Iako migracija može povoljno utjecati i na migrante i zemlje iz kojih dolaze i u koje ulaze, socijalne i ekonomske posljedice mogu biti različite. Faktori kao što su jezik i kulturne barijere, socijalna isključenost, diskriminacija, nezaposlenost i siromaštvo mogu dovoditi do frustracija i kriza identiteta s rizikom za nastajanje mentalnih poremećaja (35). Odnos između migracija i mentalnog zdravlja predmetom je istraživanja od 1880. (36). Istraživanja pokazuju povećanu incidenciju psihijatrijskih poremećaja u migranata i izbjeglica. Psihijatri koji rade s ovim skupinama trebaju primijenjivati

holistički pristup jer se njihovi pacijenti često prezentiraju ne samo psihološkim i psihijatrijskim smetnjama, već i fizičkim i socijalnim. Razlozi netraženja stručne pomoći su društvena stigmatizacija i snažno neodobravanje društva koje dovode do njihove marginalizacije. Integrirani dijagnostički i tretmanski okvir je potreban i trebao bi obuhvaćati biološku, psihološku, socijalnu i duhovnu dimenziju za bolju identifikaciju problema i resursa.

Psihijatri i psiholozi koji rade s grupama visokorizičnim za razvoj mentalnih poremećaja, kao što su nezaposleni i manjine, često djeluju unutar okvira bio-psiho-socijalne paradigme koju je predložio psihijatar George. L. Engel (37). Ona pretpostavlja kako biološki, psihološki i socijalni faktori imaju ulogu u razvitku bolesti. Novi koncepti koji uključuju, ali nisu ograničeni na, osnaživanje pacijenta (za što su potrebni poboljšanje komunikacije, zdravstvena pismenost, sigurnost pacijenta, duhovni i kulturni resursi), poboljšanje partnerstva između pacijenta i doktora, jačanje organizacija pacijenata i pacijentove edukacije, se unaprijeđuju i zahtjevaju ažuriranje paradigmi i novi radni model.

Kulturalna formulacija publicirana u DSM-IV omogućila je prošireni teoretski okvir i bila je ključni alat kliničke njege više od dvadeset godina. Međutim, formulacija mora biti razvijana i dalje uzimajući u obzir migracije i asimilacijske procese u ranom otkrivanju rizičnih faktora. Prevencija mentalnih poremećaja reduciranjem rizičnih faktora i identificiranjem protektivnih danas je izvediva više nego ikada prije. Migranti i izbjeglice izloženi su lako prepoznatljivim faktorima rizika, i trud uložen u tom smjeru doveo bi do inicijativa primarne i sekundarne prevencije koje bi umanjile i ograničile patnju. Inovativni koncept psihijatrije usmjerene prema osobi služi kao obećavajući novi radni model koji potiče psihijatre i ostale zdravstvene radnike da usvoje preventivnu i holističku paradigmu u dijagnostici i liječenju.

6. PERSPEKTIVA FILOZOFIJE ZNANOSTI

Cilj Programa psihijatrije usmjerene prema osobi je uravnotežiti sve veći naglasak na prirodno-znanstvene temelje psihijatrije sa sve većim fokusom na važnost i ulogu osobe. Ovakav prijedlog balansa prirodnih znanosti i uloge osobe odražava neke od ciljeva Karla Jaspersa stoljeće ranije. Na prijelazu stoljeća psihijatrijom u Njemačkoj su dominirali akademski neuroznanstvenici koji su radili pod pretpostavkom, sažetom u poznatom aforizmu njemačkog psihijatra Willhelma Griesingera, da su „Mentalne bolesti zapravo bolesti mozga“ (38). Odgovor Jaspersa bio je naglasiti ulogu razumijevanja uz objašnjenja u psihijatriji. Ovo odražava debata, nazvana *Methodenstreit*, o pravim metodama u psihologiji u kasnom 19. st. Trebaju li humanističke znanosti (*Geisteswissenschaften*) pokušati kopirati metode prirodnih znanosti (*Naturwissenschaften*), ili bi se trebale držati različite metode ili metoda? Postavljanje razvoja Programa psihijatrije usmjerene prema osobi nasuprot te pozadine sugerira važnost razumijevanja *Methodenstreita*.

Najutjecajniji skup argumenata za razlikovanje humanističkih i prirodnih znanosti razvijen je 1960-ih godina oslanjajući se na rad filozofa s Cambridgea Ludwiga Wittgensteina (1889-1951). Jedan od takvih utjecajnih radova je onaj Petera Wincha (1927-1998) nazvan Ideja društvene znanosti (39). Winch iznosi kako nije moguće da postoji društvena znanost po uzoru na prirodne znanosti. Razumijevanje čovjeka ne može i ne treba biti po uzoru na prirodne znanosti jer koristi drugačiju formu razumljivosti. Nadalje iznosi kako je centralni element razumijevanja smislenog ponašanja zapravo razumijevanje prirode pravila. Za tu tvrdnju iskorištava Wittgensteinovu raspravu o praćenju pravila u Filozofskim istragama (40). Slične argumente iznosili su i američki filozofi u svojim radovima. Wilfrid Sellars (1912-1989) je primjerice zagovarao temeljit kontrast između prirodno-znanstvenih i normativnih shvaćanja po sličnim linijama. Sellars razlikuje prirodno-znanstveni pogled na svijet („znanstvenu sliku“) od „manifestne slike“. Nadovezujući se na Sellarsov rad, John McDowell je primjerice, suprotstavio logično razmišljanje carstvu prava ili prirodnih znanosti (41). Oba autora dijele pretpostavku o ključnoj važnosti normativnosti personalnih opisa. Normativnost ne može biti dijelom prirodno-znanstvenih opisa svijeta. Prema tome, po Winchovoj pretpostavci da u društvenim i humanističkim znanostima ipak postoje pravila koja oblikuju ljudsko ponašanje, postoji fundamentalna razlika između njih i prirodnih znanosti.

Derek Bolton i Jonathan Hill (42), također filozofi psihijatrije, pokušali su pomiriti normativno i nenormativno. Umjesto razlikovanja racionalnih razloga i uzroka, naglasak stavljaju na razliku između namjernih i nenamjernih uzroka. Postavljaju fizičke znanosti na jednu stranu podjele, i jednako važne biološke i bihevioralne znanosti na drugu.

Opisana debata ima važnost u razlikovanju toga jesu li dodatni elementi u cjelovitom modelu zaista drugačiji u svojoj temeljnoj logici od konvencionalnih i prirodnim znanostima inspiriranih dijagnostičkih elemenata. Ako je odgovor negativan, onda je sasvim moguće da cjeloviti model može biti ujedinjujući. Ali ako postoji, kako Jaspers pretpostavlja, fundamentalna podjela, potrebno je sagledati subjekt, čovjeka, u puno široj slici, kao osobu čija iskustva zahtjevaju razumijevanje značenjem opterećenih i normativnih odnosa, kao i objašnjenja. Dodatne analize i istraživanja o višegodišnjim raspravama u ovoj debati su svakako potrebna.

7. ETNOMEDICINSKI I KULTUROLOŠKI TEMELJI

Etnomedicina predstavlja kulturološki okvir unutar kojeg društvo doživljava i oblikuje subjektivna iskustva bolesti i liječenja (43). Kao društvena i kulturološka institucija, etnomedicina se razvija i djeluje uključivanjem raznih oblika bolesti, uključujući simptomatske izražaje fizičkih i emocionalnih pojava koje prate distres, koje su glavni fokus kliničkih psihijatara i ostalih kliničara u sličnim strukama. Ti simptomi su manifestacije ljudskih strahova od svih vrsta nevolja koje ih mogu zadesiti, uključujući i njihove obitelji i zajednicu. Kao klinička disciplina, kulturalna se psihijatrija bavi intrakulturalnim i međukulturalnim varijacijama fizičkih i emocionalnih pojava koje prate distres. Povijest etnomedicine i kulturalne psihijatrije podupire tvrdnju da raznolike potrebe osobe koja proživljava distres su zapravo centralna briga psihijatrije.

Temelj moderne medicine je nomotetički/idiografski dualizam:
a) apstraktni koncepti i deduktivni aksiomi predstavljaju važeći način formuliranja kliničkih zadataka dijagnoze i prakse, i oni su
b) logički odvojivi od interpretativne perspektive usredotočene na povijesne i kulturološke formulacije iskustva i ponašanja (44).
Etnomedicina tumači opise ljudskih fizičkih i emocionalnih distresa kao osobne ili obiteljske dileme od moralnog, duhovnog i biološkog značaja. Tijekom povijesti moderne psihijatrije pristup usmjeren prema osobi dobiva sve više na značaju (45). Velik naglasak na nomotetičkom/idiografskom dualizmu riskira pomućenje psihijatrijskih etnomedicinskih temelja.

Istraživanja koja uključuju psihijatrijsku epidemiologiju, populacijsku genetiku i srodne biološke znanosti pokazuju kako su veliki psihijatrijski poremećaji zapravo univerzalni (46). Podrazumijevaju pankulturalni i transhistorijski fokus etnomedicine na opise fizičkog i emocionalnog distresa. Svrha razumijevanja korelata mozga/ponašanja na molekularnoj razini od strane neuroznanstvenika mogla bi dovesti do zaobilaženja jednako važnog razumijevanja raznolikih emocionalnih potreba i psihosocijalnih identiteta pojedinca.
Suvremena društva posvuda prihvaćaju i koriste znanost i medicinu, u njihovoj teoriji i praksi, istovremeno nastavljajući koristiti neznanstvene tradicionalne, narodne,

religijske, komplementarne i alternativne pristupe da bi izbjegli postajanje žrtvom nevolja, bolesti i trauma svih vrsta i da bi se nosili s tim nevoljama koje ih neizbježno pogađaju, kao i njihove obitelji i zajednicu. Moćan primjer za to je američko suvremeno društvo, u kojem dokazi pokazuju kako i oni visoko obrazovani i oni manje tehnološki sofisticirani članovi društva troše velike količine energije i novca na komplementarnu i alternativnu medicinu, kao i na narodne, religijske i vjerske prakse liječenja. Odnosi se to na većinsku bjelačku populaciju, kao i na manjine poput Afroamerikanaca, Hispanaca, Azijata i Američkih domorodaca. Gotovo sve nezapadnjačke velike medicinske tradicije uključuju metafizičke kao i naturalističke dimenzije, primjerice u Kini i Indiji, u Asteka, Maya i Quichua u centralnoj i južnoj Americi, mnogim sjevernoameričkim „prvim nacijama“ kao što su Navajo, Hopi, Cree, Algonkian, Kwakiutl, u Maora na Novom Zelandu i Aboridžina u Australiji (47). Sve etnomedicine počivaju na kulturološki osjetljivim formulacijama bolesti i liječenja prikazane kao humanistička i moralna razmatranja koja obuhvaćaju pojedinca i njegove životne okolnosti (48,49).

Psihijatrijski poremećaji definirani kao takvi od strane psihijatara ne moraju nužno biti prepoznati tako od strane ljudi koji nisu stručni u tom području. Živjeli oni u visoko ili niskorazvijenim zemljama, neovisno o prihodima, možda neće identificirati svoje simptome distresa kao psihološki problem, socijalnu devijaciju ili medicinsku patologiju. Nadalje, čak i ako im se prida poseban kulturološki značaj, neće nužno biti osuđeni i diskreditirani (49,50).

Svijet je uvijek bio, i nastavlja biti, naseljen kulturološki različitim populacijama koje u svom sustavu vjerovanja nemaju redukcionističke i suvremene dualističke pojmove osoba i njihovog distresa, već među njima vodeću važnost imaju religijska i duhovna uvjerenja. Pristupi dijagnozi i liječenju trebali bi predstavljati ključan utjecaj različitog sustava značenja u određivanju kako je ličnost tumačena i ispoljena (51,52). Povezati psihijatriju s njenim etnomedicinskim korijenima pomaže kliničarima kao i istraživačima usmjeriti pažnju na sve dimenzije bolesti, boli i patnje, kao i na obnovljen naglasak na srodne humanističke brige.

8. DUHOVNOST, RELIGIJA I PSIHOPATOLOGIJA

Unutar pristupa usmjerenog prema osobi često je potrebno posvetiti dosta pažnje pacijentovoj duhovnosti, religijskim uvjerenjima i svjetonazoru. Psihijatrija stoji na stupovima znanosti, umjetnosti i etike (53). Njeno podrijetlo uključuje razumijevanje duše pacijenta, njegovog svjetonazora (Weltanschauung) i kvalitete i značenja njegovih osobnih i profesionalnih odnosa. Paul Tournier, pionir „medicine usmjerene prema osobi“, potiče prelaženje granica znanosti, duhovnosti i psihologije unutar specifičnog konteksta odnosa pacijent-liječnik (54). Takvo premošćivanje disciplina olakšano je novim saznanjima o kompleksnosti neuronskih krugova i prepoznavanju činjenice da religijska uvjerenja imaju djelomično podrijetlo u moždanim funkcijama, ali su isto tako određena metafizičkim događajima i transformacijskim iskustvima.

Domene duhovnosti i religijske prakse se preklapaju, većina religijskih tradicija potiče svoje sljedbenike izvoditi privatne duhovne vježbe kao što su molitva i ispovijed, kao i posjećivanje džamija, hramova, sinagoga ili crkvi. Intrinzična religioznost je osobnija duhovnost, izvedena iz i strukturirana od religijskih tradicija, dok je duhovnost privatna potraga za odgovorima na ultimativna egzistencijalna pitanja o životu i smrti, značenju i svrsi, a može uključivati i transcendentna iskustva.

Sims (55) je jezgrovito pisao o potrebi za religijskim znanjem u definiranju pacijentove psihopatologije, diferencijalne dijagnoze i smišljanju opsežnih planova za liječenje. Upliv religije u mentalne simptome kao što su čujenje Božjeg glasa, vizije anđela, iskustva blizu smrti i mistična stanja zahtijevaju majstorstvo vještina kliničke procjene kao i kulturalnu kompetenciju. Jaspersovo razlikovanje razumijevanja od objašnjenja, kao i razlikovanje statičkog od genetskog stajališta dobro ilustrira doprinos filozofskog razmišljanja svakodnevnoj kliničkoj praksi i značaj razumijevanja uvjerenja.
Ovo polje je kompleksno jer su religioznost i duhovnost multidimenzionalni konstrukti povezani s biološkim, afektivnim, kognitivnim, racionalnim, personalnim, socijalnim i kulturalnim aspektima kliničkog susreta. Nadalje, svaki od aspekata može biti povezan s dobrim mentalnim zdravljem, ali i uzrokovati emocionalni distres i izazvati mentalni poremećaj.

Ovakav multidimenzionalni pristup razumijevanju duhovnosti i psihopatologije zahtjeva multidisciplinarnu paradigmu. Psihijatri bi stoga trebali proći edukaciju o značaju religije i duhovnosti u uzrocima, dijagnozi i liječenju mentalnih poremećaja iz različitih disciplina učenja, kao i širim temeljnim filozofskim pretpostavkama mentalnog zdravlja. Takva edukacija može biti sastavni dio etičkih ili transkulturalnih psihijatrijskih tečajeva, koji bi trebali pomoći osvijestiti doktorova vlastita uvjerenja i vrijednosti. Psihijatrijska praksa u zajednici s viševjerskom i višerasnom populacijom svakako će izazvati psihijatre na prosudbu vlastitih obrazaca vjerovanja. Edukacijske, istraživačke i konceptualne implikacije ovih novih razvijanja u svjetskoj psihijatriji trebaju obnovljeni prioritet (56).

9. ETIČKE VRIJEDNOSTI

Glavni izazov psihijatrije usmjerene prema osobi je spojiti generalizirane nalaze objektivne znanosti s odgovorima na raznolike vrijednosti svakog pojedinog pacijenta (57). Etička sredstva dostupna za odgovaranje na taj izazov su supstantivna i analitička (58).

Supstantivna etika nastoji definirati „prave vrijednosti" kojima se treba voditi praksa da bi pružila supstantivne odgovore na etičke dileme.

a) **Utilitarianizam** se bazira na balansiranju korisnosti, „najveće dobro najvećeg broja". Široko je prihvaćen u pitanjima racioniranja: QALY (quality adjusted life year) je primjerice baziran na tom principu. Međutim, QALY predstavlja i njegovo ključno ograničenje u psihijatriji usmjerenoj prema osobi jer, baziran na perspektivi većine, nedvojbeno isključuje manjine (59).

b) **Deontologija** definira dužnosti, prava i odgovornosti koje su apsolutne. U praksi, nekoliko je dužnosti istinski apsolutno: primjerice govoriti istinu (koliko god da je važno), treba ponekad izbalansirati s korisnosti (npr. ako bi govorenje istine pacijentu vjerojatno rezultiralo time da on ubije nekoga). Pored toga, deontologija balansira utilitarianizam u psihijatriji usmjerenoj prema osobi štiteći prava pojedinca.

c) **Principalizam** kao osnovu za pravilno odlučivanje definiraju „prima facie" načela, koja spajaju elemente i deontologije (usmjerenost na važna prava i dužnosti) i utilitarianizma (usmjerenost na kontekst). Ideja je da etičke dileme potječu od napetosti između dva ili više načela od kojih je svako „prima facie" važno i treba biti izbalansirano prema specifičnom kontekstu (60).

Analitička se **etika** ne usredotočuje na supstantivne etičke probleme nego na značenje uvjeta u kojima su prezentirani. Po tome je slična logici i matematici, tj. bavi se pravilnim standardima rasuđivanja kao osnova za rješavanje problema više nego odgovorima na probleme. Jedna od prednosti perspektive koja naglašava moralno rasuđivanje kao poseban slučaj rasuđivanja općenito, je to što dozvoljava procjenu opsega univerzalnih aspekata moralnog rasuđivanja. Važan aktualni primjer analitičke etike je filozofska teorija vrijednosti (61) koja je osnova novog pristupa baziranog na vještinama za rad s vrijednostima, nazvan

praksa bazirana na vrijednostima (62,63). Filozofska se teorija vrijednosti fokusira na odnos između činjenica i vrijednosti (64) i zato je direktno relevantna za glavni izazov psihijatrije, pomirenje generaliziranih znanstvenih činjenica s jedinstvenim vrijednostima svakog pojedinca.

Obvezno liječenje posebno je težak izazov za psihijatriju usmjerenu prema osobi jer po definiciji, takav je tretman direktno protiv želja pacijenta i postoji opasnost zloupotrebe u praksi (65). Ove opasnosti fokus su Kodeksa prakse (66) objavljenog u UK-u kao podrška revidiranom Aktu mentalnog zdravlja. Kodeks prakse uključuje i set Vodećih načela koji su bili inkorporirani u potporne trening materijale kao način spajanja supstantivne i analitičke etike (67).

Praksa temeljena na vrijednostima kombinirana sa supstantivnom etikom predstavljenom Vodećim načelima osigurava osnovu za pristup usmjeren prema osobi u prisilnom liječenju (68). Ovaj balansirajući pristup prikazuje širu perspektivu u kojoj uvijek valja pomno sagledati različite moralne argumente u sklopu nekog posebnog slučaja. Razne metafore, primjerice, mogu biti korištene u formulaciji različitih gledišta na psihijatrijsku intervenciju, i one zahtjevaju oprezno balansiranje kako bi se postigla najbolja klinička odluka (69).

10. PERSPEKTIVA KORISNIKA USLUGA I NJIHOVIH OBITELJI

Povijest pokazuje kako nije bilo zajedničkih pogleda na svrhu psihijatrije od strane psihijatara, pacijenata i njihovih rođaka. U prošlim stoljećima, neslaganje pacijenata proglašavano je dokazom nerazumnosti. Danas kad u većini zemalja pacijenti žive u zajednicama, ova pretpostavka nije opravdana. Sadašnji i bivši pacijenti često nastoje utjecati na odluke i provode istraživanja, neki uz pomoć nevladinih organizacija. Legitimno zahtijevaju pravo na svoju perspektivu koja se odnosi na njegu i tretman. Mnogi tvrde da je puno postojećih psihijatrijskih istraživanja nevažeće jer su pacijenti isključeni iz njihovih provođenja.

U Ujedinjenom Kraljevstvu istraživanje provedeno od strane akademika i nevladinih organizacija s uzimanjem u obzir viđenja korisnika usluga, pokazuje kako je akutna bolnička njega često antiterapeutska i oštećujuća (70,71). Mnogi pacijenti pisali su o neuljudnom tretmanu tijekom krize ili psihoze (72,73) i istraživači su potvrdili njihovo mišljenje da standardni tretman i dijagnoza pri prvom pristupu ponekad nisu od pomoći, mogu i pogoršati stanje i dovesti do dugoročnog stvaranja pacijenta (74-77). Studije pokazuju da pacijenti nisu slušani od strane osoblja (78). S druge pak strane, u slučajevima kada jesu, jako to cijene (79).

Dijagnoza mentalne bolesti još uvijek podrazumijeva gubitak socijalnog statusa i zaposlenosti, što obeshrabruje u traženju pomoći. Kritičari zaključuju kako dijagnostička etiketa može biti kontraproduktivna (80) ili nepouzdana (81). Neki pokazuju da je visoki postotak pacijenata s nedijagnosticiranom traumom ili zlostavljanjem (82). Drugi tvrde da su krize mentalnih bolesti često povezane sa problemima duhovnosti, što je pak previđeno unutar biomedicinskog rječnika psihopatologije (83).

Prepoznatljiv je novi trend u korisnika usluga koji uključuje osobno/kolektivno samozagovaranje (84,85), argumentirajući da je životno iskustvo podcijenjeno u biomedicinskom diskursu i da pravo razumijevanje problema mentalnih bolesti mora biti bazirano na slušanju stavova, perspektiva i životnih priča pacijenata. Velik je to izazov za modele bazirane na profesionalnoj kompetenciji i moći, ali ga psihijatrija usmjerena prema osobi svakako treba prihvatiti.

Iz perspektive obitelji i njegovatelja, osobno iskustvo je od najveće važnosti. Njegovatelji se zalažu za svoje pravo partnerstva u zdravstvenoj njezi zbog iskustva svakodnevnog

promatranja razvoja, utjecaja i fluktuacija bolesti. Uključenost njegovatelja može imati velik utjecaj na kvalitetu života ljudi s mentalnim poremećajem (86,87) i smanjuje rizik relapsa (88) do čak 50% (89).

Kraljevski koledž psihijatara (90) prepoznaje ulogu obitelji; riječima njegovog bivšeg predsjednika: „Dobra praksa temeljena je na partnerstvu, ne samo između doktora i pacijenta, nego i između pacijenta i njegovatelja i između njegovatelja i doktora“. Obitelji mogu pomoći na razne načine, uključujući aktivno slušanje, omogućujući prostor za ispuhati se i pomoći postići fizičko blagostanje. Članovi obitelji znaju kako je pojedinac kad je dobro i mogu pomoći profesionalcima razraditi plan intervencije u slučaju hitnosti i podržati bolesnika u suradnji u tretmanu. Obitelji mogu biti pacijentov jedini socijalni kontakt i često mogu uočiti znakove koji upozoravaju na krizu.

Puno je zajedničkih važnih pitanja između njegovatelja, korisnika usluga i profesionalaca, kao što su želja za dobrom uslugom, podrška, informacije, savjeti, trening i zagovaranje. U interesu je svih smanjiti stigmatizaciju i diskriminaciju. Problemi oko povjerljivosti ne bi trebali biti razlog za neuzimanje u obzir mišljenja njegovatelja, a isto tako ni razlog za ne priopćavanje važnih informacija o bolesti njegovateljima, da bi mogli nastaviti podržavati pacijenta. Europska federacija asocijacija obitelji osoba s mentalnim bolestima (EUFAMI) surađuje s kreatorima politike i profesionalcima i pruža ruku spasa za mnoge obitelji. Uključenost obitelji nije u kontradikciji s pacijentovim pravima, već međusobna suradnja dovodi do najboljih rezultata.

Model „trialoga“ (91) kao trosmjerne komunikacije između korisnika usluga, članova obitelji i profesionalaca koristi se u brojnim zemljama u rušenju barijera i imenovanju specifičnih problema korisnika usluga. Promovira komunikaciju izvan stereotipnih uloga. Aktivno uključenje sudionika u mentalnu zdravstvenu skrb i istraživanja pomaže izgraditi integrativnu djelatnost mentalnog zdravlja u zajednici. Grupe se sastaju redovito u otvorenim forumima, izvan terapeutskog, obiteljskog ili institucionalnog konteksta, da bi raspravljali o iskustvima i posljedicama problema mentalnog zdravlja i o načinima kako se nositi s njima. Ovakve okolnosti su povoljne za razmjenjivanje znanja i uvida. Funkcionira kao početna točka za aktivnosti trialoga na raznim razinama i temama. Trialozi su jeftin i blagotvoran način rješavanja problema i mnogi ih sudionici smatraju djelotvornima i korisnima. Psihijatrijske organizacije bi trebale podržavati trialoge kao i zagovaranje i grupe za samopomoć da bi svi zajedno stvorili proširenu konceptualnu osnovu psihijatrije u 21. stoljeću

11. PERSPEKTIVA UMJETNOSTI

Umjetnost odražava funkcioniranje psihe općenito. Limitirani smo konstruiranjem neizbježno subjektivne slike vanjskog svijeta kao i samih sebe. Umjetnost je rezultat funkcije mozga: da bi bili kreativni, mozak treba kapacitet s kojim konstruira i materijal od kojeg konstruira, što čini bilo koju umjetničku konstrukciju kreativnim dijalogom, u suštini, između umjetnika i ranije pohranjenih tekstova i umjetničkih djela. Kreativni potencijal pojedinca ovisi o njegovoj sposobnosti transformacije postojećih struktura i njihovoj ponovnoj izgradnji na nov način.

Umjetnost se razvija kao narcistička komunikacija između umjetnika i nekoliko slika internaliziranih objekata, izražena umjetničkim djelima, s umjetnikom kao prvim promatračem (koji je onda isto tako, zauzvrat, pod utjecajem svog vlastitog rada). Na osnovu urođene biologije i pohranjenog biografskog iskustva, umjetnik je u interakciji s postojećom kulturalnom tradicijom. Ova kompleksna interakcija određuje karakter umjetničkog djela, koje u suštini nije samo objekt, već proces ili posrednik. Sva umjetnost predstavlja dinamičan odnos između poštivanja postojećih estetskih normi i odstupanja od njih. Stoga, nije psihološka patologija ono što vodi umjetničkom stvaranju, nego radije psihološka struktura općenito. Svaki mozak stvara sliku vanjskog svijeta, svoju vlastitu „fikciju“, tako da drastična razlika između „normalne percepcije“ i „čiste“ umjetničke fikcije postaje upitna. U ovome leži osnova za fundamentalnu borbu protiv bilo kojeg oblika stigmatizacije.

U stvaranju umjetnosti, umjetnik je u interakciji sa svojim internaliziranim objektima. Prema tome, kreativni čin može postati terapeutski alat, s posebnim naglaskom na protezanje od verbalnih iskustva do neverbalnih i preverbalnih (iz najranijih faza našeg psihološkog života), da bi otkrili, promijenili i prebrodili ta iskustva unutar terapeutskog procesa.

Joseph Brodsky, dobitnik Nobelove nagrade za literaturu, rekao je da što je veći obujam nečijeg estetskog iskustva, on ili ona je slobodniji. Ovo još više vrijedi u slučajevima pacijenata koji se bore s mentalnom bolesti, i koji se često nađu okovani realnošću svog medicinskog stanja i društvene stigme koja ih okružuje. Umjetnost nam pruža model dijaloga u kojem je druga strana prihvaćena kao ravnopravan partner u konverzaciji, i potiče kooperativnu komunikaciju u kojoj se dostojanstvo i individualnost pacijenta ponovno

potvrđuje. Umjetnost omogućuje kritičku distancu, retrospekciju i ogromne mogućnosti individualnog izbora, i prema tome može biti korisna i pogodna za popravak slike o sebi i podizanje samopouzdanja.

Javne prezentacije tako nastalih umjetničkih radova mogu biti jedna od metoda u antistigma kampanjama, kako promovira i Svjetska psihijatrijska asocijacija. Takve izložbe pomažu razumjeti osnovu ljudske kreativnosti, i nadalje, neutraliziraju negativne društvene stereotipe o mentalnim bolestima i potkopavaju filozofsku osnovu za stigmatizaciju. Stigmatizacija je u svojoj osnovi pretvaranje drugoga u objekt, uskraćujući mu pravo da bude neovisni aktivni partner u komunikacijskom procesu. Psihološka osnova stigmatizacije je zapravo destrukcija komunikacije, mehanizam koji je obrnut umjetnosti.

Da bi bila učinkovita, politika javnog zdravstva mora biti temeljena na korjenitom i cjelovitom razumijevanju društvenih mehanizama, kulturalnih običaja i sustava vjerovanja. Danas je potencijal umjetnosti kao izvora informacija široko prepoznat. Međutim, umjetnost isto tako treba biti priznata kao društvena snaga koja oblikuje dominantne kulturne vrijednosti koje podupiru funkcionalne koncepte zdravlja i bolesti.

Izučavanja umjetnosti i ljudske kulture omogućuju dodatni uvid u ljudsko stanje i pridonose razvoju kritičkih i analitičkih vještina i ključnih kompetencija koje današnji studenti trebaju posjedovati. Mnoge visokoobrazovne institucije razmatraju načine kako uklopiti studije koje izučavaju ljudsku kulturu u svoje preddiplomske medicinske kurikulume, prepoznajući da takav pristup dodaje dubinu razumijevanju i intervenciji u psihijatriji.

12. ZAHVALE

Zahvaljujem se svojoj mentorici, doc.dr.sc. Marijani Braš na stručnom vodstvu tijekom pisanja ovog rada.

Zahvaljujem vjernim čitateljima na njihovom uloženom vremenu i konstruktivnim kritikama.

I zahvaljujem svojoj obitelji na njihovoj podršci i razumijevanju tijekom svih godina studiranja.

13. LITERATURA

(1) Mezzich JE (2007). Psychiatry for the Person: Articulating Medicine's Science and Humanism. World Psychiatry 6:65-67.

(2) Mezzich JE, Snaedal J, van Weel C, Heath I: From disease to patient to person: Towards a Person-centered Medicine. Mount Sinai Journal of Medicine, in press.

(3) Miles A (2009). On a Medicine of the Whole Person: away from scientistic reductionism and towards the embrace of the complex in clinical practice. Journal of Evaluation in Clinical Practice 15: 941-949.

(4) Scheler M: Die Stellung des Menschen im Kosmos (1928).

(5) Wyrsch J (1949). Die Person des Schizophrenen. Studien zur Klinik, Psychologie und Daseinsweise. Berna, Paul Haupt.

(6) Mezzich JE (2006). Institutional consolidation and global impact: Towards a psychiatry for the person. World Psychiatry 5: 65-66.

(7) Mezzich JE (2007). Psychiatry for the Person: Articulating Medicine's Science and Humanism. World Psychiatry 6:1-3.

(8) Mezzich JE (2007).The dialogal basis of our profession: Psychiatry with the person. World Psychiatry 6:129-130.

(9) Hoff P: Historical Roots of the Concept of Mental Illness. (2009) In: Salloum I M, Mezzich J E (Eds.) Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects. Chichester, Wiley-Blackwell, str. 3-14.

(10) Alanen YO, Lehtinen V, Lehtinen K, Aaltonen J. (2000). The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses; In: Martindale B, Bateman A, Crowe R, Margison F (Eds.) Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness. London, Gaskell, pp 235-265.2000

(11) Berganza CE, Mezzich JE Pouncey C: Concepts of disease: (2005). Their relevance for psychiatric diagnosis and classification. Psychopathology, Special Issue on Philosophical and Methodological Foundations of Psychiatric Diagnosis 38(4):166-170.

(12) Fulford KWM (2005). Values in psychiatric diagnosis: Developments in policy, training and research. Psychopathology, Special Issue on Philosophical and Methodological Foundations of Psychiatric Diagnosis 38(4):171-176.

(13) WHO: Ottawa Charter of Health Promotion. Geneva, WHO, 1986.

(14) Antonovsky A (1987): Unravelling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco, Jossey-Bass.

(15) Detels R, McEwan J, Beaglehole R, Tanaka H (eds) (2002). Oxford Textbook of Public Health. 4th ed. Oxford, Oxford University Press.

(16) Herrman H, Saxena S, Moodie R, Walker L. (2005). Promoting mental health as a public health priority; In: Herrman H, Saxena S, Moodie R (Eds.) Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice. Geneva, WHO, pp 2-17.

(17) Lecic-Tosevski D, Christodoulou N, Herrman H, et al. (2003). WPA Consensus statement on psychiatric prevention. Dynamic Psychiatry 36:307-315.

(18) WHO (2001). Mental health: New understanding, new hope. The World Health Report. Geneva, World Health Organization.

(19) Cloninger C. R. (2004). Feeling good: The science of well being. New York, Oxford University Press.

(20) Cloninger C. R. (2006). The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. World Psychiatry 5: 71-76.

(21) Tulving E. (1987). Multiple memory systems and consciousness. Human Neurobiology 6(2): 67-80.

(22) Tulving E. (2002). Episodic Memory: from mind to brain. Annual Review of Psychology 53: 1-25.

(23) Kandel E. R., J. H. Schwartz, et al. (2000). Principles of Neural Science. New York, McGraw-Hill.

(24) Seligman M. (2002). Authentic Happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. New York, Free Press.

(25) Linehan M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder. New York, Guilford Press.

(26) Teasdale J. D., Z. V. Segal, et al. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology 68(4): 615-623.

(27) Fonagy P. and A. Bateman (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of Borderline Personality Disorder. Journal of Clinical Psychology 62(4): 411-430.

(28) Cloninger C. R. (2006). The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. World Psychiatry 5: 71-76.

(29) Linden D. E. J. (2006). How psychotherapy changes the brain - the contribution of functional neuroimaging. Molecular Psychiatry 11: 528-538.

(30) Eisenberg L. (2000). Is psychiatry more mindful or brainier than it was a decade ago? British Journal of Psychiatry 176: 1-5.

(31) Smith M. J., C. R. Cloninger, et al. (2008). Temperament and Character as Schizophrenia-related endophenotypes in non-psychotic siblings. Schizophrenia Research 104: 198-205.

(32) Eisenberg L. (1995). The social construction of the human brain. American Journal of Psychiatry 152(11): 1563-1575.

(33) Rutz W. (2006). Social psychiatry and public mental health: Present situation and future objectives. Time for rethinking and renaissance? Acta Psychiatrica Scandinavica 113, 95-100.

(34) WHO Regional Office for Europe. (2003). Mental Health in the European Region. Conference Document EUR/RC 53. Vienna September 8-11.

(35) United Nations: Report of the Secretary-General on International Migration and Development, 2004. http://www.un.org/esa/population/migration/hld/Text/Report.

(36) Odegaard O. (1932). Emigration and insanity. Acta Psychiatrica et Neurologica 4, 1-206.

(37) Engel G. L. (1977). The need for a new medical model. Science 196, 129-136.

(38) Jaspers K. (1968). The phenomenological approach in psychopathology. British Journal of Psychiatry [1912];114, 1313-1323.

(39) Winch P. The idea of a social science and its relation to philosophy, ed 2nd. Atlantic Highlands, N.J., Humanities Press, 1990 [1958].

(40) Wittgenstein L. (1953). Philosophical investigations. New York, Macmillan.

(41) McDowell JH. (1996). Mind and world: With a new introduction, ed 1st Harvard University Press paperback. Cambridge, Mass., Harvard University Press.

(42) Bolton D., Hill J. P. (2003). Mind, meaning, and mental disorder, ed 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.

(43) Fabrega H Jr: (1975). The need for an ethnomedical science. *Science* 189: 969-975.

(44) Bryant JM (2004). An evolutionary social science? A skeptics brief, theoretical and substantive. Philosophy of the Social Sciences. 34: 451-492.

(45) Fabrega H Jr (1989). An ethnomedical perspective of Anglo-American psychiatry. American Journal of Psychiatry 146: 588-596.

(46) Keller M.C. and Miller G. (2006). Resolving the paradox of common, harmful, heritable disorders: which evolutionary models work best? Behavioral and Brain Sciences 29, 385-452,

(47) Wintrob R (2009). Overview: Looking Toward the Future of Shared Knowledge and Healing Practices. In: Psychiatrists and Traditional Healers; Unwitting Partners in Global Mental Health. Eds; Mario Incayawar, Ronald Wintrob, Lise Bouchard. Wiley-Blackwell, Chichester, UK.

(48) Fabrega H Jr (1997). Evolution of Sickness and Healing. Berkeley: University of California Press.

(49) Fabrega H Jr (2009) History of Mental Illness in India: A Cultural Psychiatry Retrospective. Motilal Banarsidass, Delhi, India.

(50) Varma V K, Kala A K, Gupta N (2009). Culture Personality and Mental Illness*:* A Perspective of Traditional Societies. Jaypee Brothers; New Delhi.

(51) Group for the Advancement of Psychiatry; Committee on Cultural Psychiatry: Cultural Assessment in Clinical Psychiatry. American Psychiatric Press, Washington DC, 2001.

(52) Kohn R and Wintrob R: Research Advances in the Relationship Between Immigration and Psychiatric Disorders. In: Advances in Psychiatry, Vol 3. Eds; George Christodoulou, Miguel Jorge, Juan Mezzich,; Athens, World Psychiatric Association, 2009.

(53) Bloch S (1997). Psychiatry: an impossible profession? Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 312, 172-183.

(54) Cox J, Campbell AV, Fulford KWM (2007). Medicine of the Person: Faith, Science and Values in Health Care Provision. Jessica Kingsley, London.

(55) Sims A (2003). Symptoms in the Mind: an introduction to descriptive psychopathology. Saunders, Edinburgh.

(56) Verhagen PJ, Van Praag HM, Lopez-Ibor JJ, Cox JL, Moussaoui D (eds) (2010). Psychiatry and Religion: Beyond Boundaries. Wiley-Blackwell, Chichester, UK.

(57) Christodoulou G., Fulford K.W.M. and Mezzich J. (2008) Psychiatry for the Person and its Conceptual Bases. International Psychiatry, Vol 5:1, pp 1-3.

(58) Warnock G.J. (1967) Contemporary moral philosophy. London and Basingstoke: The Macmillan Press Ltd.

(59) Crisp R., (1994) Quality of Life and Health Care. Chapter 13 (pps 171 183) in Fulford, K.W.M., Gillett, G. and Soskice, J. eds. Medicine and Moral Reasoning. Cambridge: Cambridge University Press.

(60) Beauchamp T. L. and Childress, J. F. (2001) Principles of biomedical ethics. 5th edn. Oxford University Press: New York.

(61) Hare R.M. (1952) The language of morals. Oxford: Oxford University Press.

(62) Fulford K.W.M. (1989, reprinted 1995 and 1999) Moral Theory and Medical Practice. Cambridge: Cambridge University Press.

(63) Woodbridge, K., and Fulford, K.W.M. (2004) Whose Values? A workbook for values-based practice in mental health care. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.

(64) Putnam, H. (2002) The Collapse of the Fact/Value Dichotomy and other Essays. Cambridge, Mass., and London, England: Harvard University Press.

(65) Department of Health (2008) Draft Code of Practice: Mental Health Act 1983. Laid before Parliament pursuant to Section 118 of the Act on 7th May 2008. London: Department of Health.

(66) Care Services Improvement Partnership (CSIP) and the National Institute for Mental Health in England (NIMHE) (2008) Workbook to Support Implementation of the Mental Health Act 1983 as Amended by the Mental Health Act 2007. London: Department of Health.

(67) Care Services Improvement Partnership (CSIP) and the National Institute for Mental Health in England (NIMHE) (2008) Workbook to Support Implementation of the Mental Health Act 1983 as Amended by the Mental Health Act 2007. London: Department of Health.

(68) Fulford, K.W.M., King, M. and Dewey, S. (forthcoming) Values Based Practice and Involuntary Treatment: A new training programme in the UK.Advances in Psychiatric Treatment. Geneva: World Psychiatric Association.

(69) Stein, D.J. (2008) Philosophy of Psychopharmacology: Smart Pills, Happy Pills, and Pep Pills. Cambridge: Cambridge University Press.

(70) Ford R, Durcan G, Warner L, Hardy P and Muijen M (1998). One day survey by the Mental Health Act Commission of acute adult psychiatric inpatient wards in England and Wales. British Medical Journal 317:1279-1283

(71) SCMH: Acute Problems: A Survey of the Quality of Care in Acute Psychiatric Wards, London: Sainsbury Centre for Mental Health,1998

(72) Lindow V (1990). Participation and Power, OpenMind, 44: 10.

(73) Campbell P (1991). In Times of Crisis, OpenMind 52: 15.

(74) Goffman, E (1961). Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, New York, Anchor Books.

(75) Caplan G (1964). Principles of Preventive Psychiatry. London, Tavistock.

(76) Plumb AE (1999). New Mental health legislation. A lifesaver? Changing paradigm and practice, Social Work Education 18: 459-476

(77) Wallcraft J (2002). Turning Towards Recovery? Phd Thesis, London, South Bank University.

(78) Sharma T (1992). Patient Voices, Health Service Journal 16th January 20-21.

(79) Goodwin I., Holmes G., Newnes C. and Waltho D (1999). A qualitative analysis of the views of in-patient mental health service users, Journal of Mental Health 8:43-54.

(80) Barham P and Hayward P (1991). From the Mental Patient to the Person, London: Routledge.

(81) Boyle M (1996). Schizophrenia: the fallacy of diagnosis, Changes 14: 5-13.

(82) Bloom S (1997). Creating Sanctuary: Towards the evolution of sane societies, New York: Routledge.

(83) Grof, S. and Grof, C. (ed.) (1989). Spiritual emergency: When Personal Transformation Becomes a Crisis, New York: G.P. Putnam's Sons.

(84) Curtis, T, Dellar, D., Leslie, E. and Watson B. (Eds.) (2000). Mad Pride: A Celebration of Mad Culture, London*:* Spare Change Books.

(85) Wallcraft J. and Michaelson J (2001). Developing a survivor discourse to replace the psychopathology of breakdown and crisis, in Newnes C, Holmes G, Dunn C eds. This is madness too: critical perspectives on mental health services. Ross-on-Wye: PCCS Books.

(86) Mangan, S. P (1994). Continuing care: An emerging issue in European mental health policy, International Journal of Social Psychiatry 40: 235-245.

(87) Pharaoh FM, Marij J, Streiner D (2000). Family intervention for schizophrenia. Cochrane Collaboration Database of Systematic Reviews, 1: 1-36.

(88) Ostman M, Hansson L, & Andersson K (2000). Family burden, participation in care and mental health - an 11-year comparison of the situation of relatives to compulsorily and voluntarily admitted patients, International Journal of Social Psychiatry 46: 191-200

(89) WHO : Mental Health Global Action Programme, 2001 http://www.who.int/mental_health/actionprogramme/en/index.html

(90) Royal College of Psychiatrists: Carers and confidentiality in mental health, 2004. Leaflet downloaded from www.partnersincare.co.uk.

(91) Amering, M., Hofer, H. , Rath, I. (2002). The First Vienna Trialogue experiences with a new form of communication between users, relatives and mental health professionals. In: Lefley, HP, Johnson DL (Eds): Family interventions in mental illness: International perspectives. Westport, CT, London, Praeger

14. ŽIVOTOPIS

Rođena sam u Zagrebu 01.12.1989. godine gdje sam završila osnovnu i srednju školu.

Nakon mature, 2008. godine upisala sam Medicinski fakultet u Zagrebu.

Aktivno se služim engleskim i španjolskim jezikom.

Zanima me javno zdravstvo, psihologija, promocija zdravlja i poboljšanje kvalitete života.

Uživam u radu s ljudima, volontiranju, glazbi i sportu.