

Tina Andrejevič¹

Psihoza: Berksonova pristranskost ali utemeljena klinična diagnoza

Psychosis: Berkson's bias or a valid clinical diagnosis

»Divjanje ribe, ki se je ujela na trnek
mora biti drugim ribam, ki ne razumejo okoliščin, videti nenavadno;
pa vendar z divjanjem ne izraža stiske,
temveč prizadevanje, da bi se stiske rešila,
in kot ve vsak ribič,
ta prizadevanja včasih utegnejo biti celo uspešna.«
Karl A. Menninger (v Friedman, 1985)

1.

Uvod

Esej obravnava izkušnje, ki se pogosto opisujejo z izrazi, kot so »psihoza«, »shizofrenija«, »duševna bolezen«, »živčni zlom« ali celo »norost«, »blaznost«. Osredotoča se na možne vzroke za pojav teh izkušenj ter raziskuje različne načine obravnave ljudi, ki poiščejo pomoč. Nekateri ljudje slišijo glasove, ko v bližini ni nikogar, ali vidijo, okušajo, vonjajo ali čutijo stvari, ki jih drugi ljudje ne. Nekateri ljudje imajo nekonvencionalna prepričanja, na primer o tajni zaroti CIA-e proti njim ali da zunanje sile manipulirajo z njihovimi mislimi. Gre za vrsto pojavov, ki so drugim tuji, in jih psihiatrija patologizira z oznakami »halucinacije« in »blodnje«.

Tako kot pri vseh človeških izkušnjah tudi pri težavah in načinih spoprijemanja z njimi velja, da nihče nima popolnoma enakih izkušenj kot drugi. Nekateri ljudje imajo le eno od teh izkušenj, spet drugi jih imajo več. Nekateri jih doživijo le enkrat, drugi občasno, tretji pa pogosto. Zaradi takšnega neobičajnega mišljenja, čustvovanja in vedenja se številni srečujejo z zahtevnimi socialnimi izzivi. Če je nekdo na primer apatičen, brezvoljen, anhedoničen, brez motivacije, teži v socialno izolacijo, lahko to psihiatrija imenuje »negativni psihotični simptomi«, medtem ko drugi te izkušnje razumejo kot relativno nevtralne. Nekateri ljudi te izkušnje tako obremenijo, da poiščejo strokovno pomoč ali pa jo v njihovem

¹ Tina Andrejevič, študentka magistrskega študija psihoterapevtske znanosti na SFU Ljubljana, andrejevictina@gmail.com

imenu poiščejo drugi, veliko pa jih sploh nikoli ne pride v stik s službami za duševno zdravje, saj se jim njihove izkušnje ne zdijo patološke ali zaskrbljujoče.

Kljub številnim raziskavam so vzroki za pojav takšnega doživljanja malo znani. Medicinski model te izkušnje razume kot simptome »duševnih bolezni«, pri čemer poudarjajo vlogo genetike in drugih bioloških dejavnikov, ki naj bi vplivali na neravnovesje nevrottransmitorjev. Psihoterapevti te izkušnje razumemo kot poskus spoprijemanja s preobremenjujočimi izkušnjami in občutki nemoči. Vsekakor pa pri razumevanju psihotičnih simptomov veliko vlogo igrata kulturni in družbeni kontekst. V nekaterih kulturah so na primer izkušnje, kot je slišanje glasov, obravnavane z globokim spoštovanjem, v drugih pa se lahko pojavijo kot odziv na stigmatizacijo in razizem (Možina, 2019ab).

Osebe s takšnimi izkušnjami v našem družbenem in kulturnem kontekstu običajno imenujemo »bolniki« ali »oboleli«. Medtem ko nekatere takšno poimenovanje razbremeni, saj jim pomaga razumeti, kaj se z njimi dogaja, pa druge obremeni, razvrednoti in stigmatizira. V zadnjih dvajsetih letih je bil pri razumevanju teh izkušenj in iskanju načinov pomoči dosežen velik napredek, kljub temu pa prevladujoč pristopi k zdravljenju psihotičnih motenj večinoma poudarjajo pomen medikamentozne terapije, predvsem uporabo antipsihotikov. Čeprav mnogi uporabniki poročajo o tem, da antipsihotiki pomagajo ublažiti pogostost in intenzivnost akutnih psihotičnih epizod, vse več študij kaže, na tveganja, povezana s temi zdravili, še zlasti pri dolgotrajni uporabi. V tem kontekstu se zato pojavlja vprašanje, ali so antipsihotiki resnično učinkovito sredstvo za odpravljanje bioloških nepravilnosti ali pa tvegana in škodljiva pot v obravnavi duševnih težav (Moncrieff, 2013; Makovec, 2019).

2. Resničnost je drugačna, kot se zdi

Ob raziskovanju literature in prebiranju osebnih izpovedi ljudi, ki imajo izkušnje npr. slišanja glasov, se zdi zamisel, da so t.i. »halucinacije« pretežno simptomi duševnih bolezni sporna (Corstens idr., 2019; Dekleva, 2019; Dekleva in Škraban, 2019). Pri tem v preteklosti večina uglednih raziskav o halucinacijah ni bila izvedena na običajnih ljudeh, pač pa pri ljudeh s psihiatričnimi diagnozami (npr. shizofrenija, blodnjava motnja, shizoafektivna motnja), ki so bili vključeni v psihiatrične obravnave.

Čeprav veliko število študij še vedno temelji na teh kategorijah, pa je na področju znanstvenega raziskovanja v zadnjih desetletjih prišlo do pomembnega preobrata. Ta premik v raziskovalni metodologiji upošteva pomembno skupino posameznikov, ki jih v konvencionalnih podatkih ni bilo mogoče upoštevati in odraža širše priznavanje raznolikosti in kompleksnosti posameznikovih izkušenj (van Os idr., 2017). Poudarja potrebo po preseganju togih diagnostičnih okvirov,

ki ne zajamejo raznolikosti teh izkušenj in se namesto na diagnostične ocene opira na kvaliteto človekovega doživljanja. To kaže na pomembno spremembo znanstveno-raziskovalne paradigme, ki utira pot bolj vključujočemu razumevanju spektra človeških izkušenj in priznava, da stiska ter potreba po strokovnem posredovanju nista univerzalni sestavini teh izkušenj (Dekleva, 2015).

Mnogim ljudem se njihove izkušnje namreč ne zdijo patološke ali zaskrbljujoče in zato nikoli ne poiščejo pomoči pri strokovnjakih za duševno zdravje. To spoznanje postavlja pod vprašaj ustaljene kriterije in nas spodbuja k ponovni oceni našega razumevanja teh izkušenj onkraj meja psihiatričnih diagnoz, kar spodbuja celovitejše raziskovanje človekove duševnosti in raznovrstnosti oblik njene pojavnosti (Cooke, 2015).

Sporna se tako zdi tudi domneva o obstoju jasne ločnice med normalnostjo – t.j. duševnim zdravjem in nenormalnostjo – t.j. duševno boleznijo. Kompleksnost duševnega zdravja, človekovo doživljanje, izzivi, s katerimi se srečuje in mehanizmi spoprijemanja z njimi, so namreč večplastni, obenem pa smo že z modelom salutogeneze (Mittelmark idr., 2022), ki se je od patogenetskih vidikov bolezni obrnila k osnovnim vzrokom zdravja in dobrega počutja, začeli razumeti, da zdravje obstaja na kontinuumu. S patogenetskega vidika lahko tako na pretirano zaskrbljenost in sumničavost gledamo kot na simptome bolezni, lahko pa ta doživljanja razumemo kot način, na katerega se nekateri ljudje skušajo spoprijeti z izjemno težkimi življenjskimi dogodki, pri čemer pomembno vlogo igra stopnja in oblika socialne podpore, ki jo je posameznik deležen.

Ljudje na več dimenzijah segamo od konvencionalno »normalnih« do precej nenavadnih. Na kontinuum kompleksnih osebnostnih lastnosti in značilnosti v populaciji lahko prav tako postavimo nagnjenost k določenim izkušnjam. Model kontinuum je enostavneje razumeti, če razmišljamo o drugih pogostih izkušnjah, kot je na primer anksioznost. Ta lahko predstavlja trajno značilnost človekove osebnosti in verjetno vključuje kombinacijo genetskih dejavnikov in izkušenj iz najbolj občutljivejšega obdobja našega življenja, pri čemer pa bo le manjšina kdaj doživela skrajnosti takšnega doživljanja, kot je panični napad, ki po diagnostičnih priročnikih upravičujejo diagnozo anksiozne motnje. Podobno je z izkušnjo skrajne sumničavosti, znane kot paranoja. Vsi poznamo ljudi, ob katerih moramo biti skrajno pazljivi glede tega, kar rečemo ali storimo, da ne bi to razumeli kot žalitev ali napad, obenem pa smo v nekaterih okoliščinah, bolj kot sicer, vsi nagnjeni k sumničavosti. V nekaterih situacijah je smiselno biti še posebej previden, na primer ko pozno ponoči sami hodimo domov, hkrati pa nas v teh trenutkih hipervigilnosti lahko prestrašijo tudi najbolj nedolžne stvari.

Model kontinuum tako resno pod vprašaj postavlja tradicionalne psihiatrične klasifikacije, o čemer so iz raziskav poročali tudi Kotov idr. (2017). Vsiljevanje

kategoričnega pojmovanja naravno široko razsežnih pojavov vodi v znatno izgubo informacij, diagnostično nestabilnost in omejeno zanesljivost. Nenazadnje pa veliko ljudi kljub znakom pomembne stiske ali prizadetosti, ki kaže na potrebo po oskrbi, ne izpolni meril za nobeno duševno motnjo. Ti ljudje posledično spadajo v kategorijo neopredeljeno, kar bistveno vpliva na njihov status in obravnavo, hkrati pa ravno primeri teh ljudi predstavljajo pomanjkljivost sedanje sistematizacije.

Seznam psihiatričnih diagnoz je zdaj tako obsežen, da bi se vsi lahko uvrstili v eno od kategorij. To je eden od razlogov, da je najnovejša različica diagnostičnega priročnika, DSM 5, tako kontroverzna, pri čemer je še bolj kontroverzna diagnoza shizofrenije (Collins, 2010). Obstajajo dokazi, da imajo mladi temnopolti ljudje posebej veliko možnosti za prejetje te diagnoze, kar bi lahko bilo povezano z rasizmom, diskriminacijo glede spola in razreda tako v družbi kot tudi znotraj storitev javnega zdravstva (Metzl, 2011). Jonathan Metzl nadalje opozarja, da je v preteklosti obstajala celo posebna diagnoza, imenovana »negro shizofrenija« in da so bili v šestdesetih letih mnogi mladi moški, ki so sodelovali v gibanju za državljanske pravice, označeni s »psihozo protesta«. Fernando (2003) prekomerno označevanje s shizofrenijo povezuje z nadzorom, preiskavami, zapori in izključitvami iz šol.

Cooke (2015) se sprašuje, ali je tako ideja o shizofreniji nastala kot posledica klinične iluzije. Vedno več je namreč dokazov, da bi lahko bila ta ideja posledica tega, da kliniki doživljajo pojav, imenovan »Berksonova pristranskost« (Maric idr., 2004 v Cooke, 2015). Gre za težnjo, da napačno interpretiramo statistične podatke, ki vključujejo pogojno verjetnost, za sklepanje torej, da sta dve stvari povezani, ko dejansko neodvisno vplivata na verjetnost, da nekdo poišče pomoč v ustanovah za duševno zdravje. Mnogi ljudje na primer včasih doživljajo eno ali več naslednjih težav: občutek obupa, zmedenost ali dezorientacijo, slišanje glasov, sumničenje ali paranoične misli ipd. Nasprotno od tradicionalnega prepričanja klinikov so vse pogostejše ugotovitve, da so te izkušnje velikokrat nepovezane. Tisti, ki doživljajo le eno ali dve od teh težav, verjetno ne bodo iskali pomoči, tisti, ki doživljajo več teh težav in to v hudi meri, pa bodo pomoč najverjetneje poiskali in tako hkrati prejeli tudi diagnozo. Osnova t.i. »klinične iluzije« je torej ideja, da imajo ljudje z eno od izkušenj, opisanih v merilih za diagnoze s psihotičnega spektra (npr. slišijo glasove), tudi veliko drugih težav, so zelo zaskrbljeni in so trajno duševno prizadeti.

3. **Pa ima znanost zares dovolj trdne dokaze za medicinski model psihoze?**

Kljub temu, da se je število raziskovalnih študij, objavljenih v zadnjih 25 letih, povečalo za štirikrat, znanost še vedno nima dokončnega odgovora na vprašanje

v zvezi s celostnim razumevanjem vzrokov za pojav motenj psihotičnega spektra. Doslej so identificirali več možnih dejavnikov, pri čemer na primer Wahbeh (2021) navaja, da gre najverjetneje za preplet več notranjih in zunanjih dejavnikov. Dejavniki, ki prispevajo k temu, da je oseba dovzetnejša za nastanek psihoze, vključujejo dednost, poškodbe možganov pred rojstvom in ob rojstvu ter okužbe v zgodnjem obdobju življenja. Stres, velike življenjske obremenitve, neprijetni dogodki v okolju, izgube in uživanje prepovedanih drog pa so dejavniki, ki lahko sprožijo nastanek psihoze.

Čeprav psihoza ni dedna bolezen, so študije (npr. Luvsannyam idr., 2022) pokazale, da se v nekaterih družinah pojavlja pogostejše. Natančno število genov in njihov vpliv na motnjo nista jasna, vendar se zdi, da se genetski vzroki za shizofrenijo in bipolarno motnjo prekrivajo. Nevroznanstvene raziskave (npr. Takahashi in Suzuki, 2018) tudi kažejo na opazne razlike v strukturi možganov in kemičnih procesih, ki potekajo v možganih v obdobju akutnih psihotičnih stanj. Spremembe so najpogostejše na območju čelnih režnjev, hipokampusa in senčnih režnjev, vendar vzroki za te spremembe in njihov vpliv na razvoj psihoze ostajajo neznani.

Poleg bioloških dejavnikov pa so očitno pomembnejši psihološki in družbeni dejavniki, saj je iz raziskav znano, da se sprožilni dejavniki za razvoj psihoze nanašajo predvsem na travmatske izkušnje in druge stresorje.

Trotta idr. (2019) so na eksperimentalni skupini 285 udeležencev s prvo psihotično izkušnjo in 256 udeležencev kontrolne skupine z genetsko predispozicijo za razvoj psihoze izvedli obsežno študij, v kateri so iskali povezavo med geni, travmatskimi izkušnjami v otroštvu in razvojem psihoze. Izkušnjo otroške travme so ocenjevali z uporabo vprašalnika o obremenjujočih izkušnjah v otroštvu, povezanih z zlorabo (CECA.Q), obenem pa so zbrali genetske informacije o vseh udeleženceh. Čeprav nekatere, tudi zgoraj omenjene študije, poročajo o vplivu sočasnega delovanja genetskih in negenetskih dejavnikov na razvoj psihoze, so Trotta idr. (2019) ugotovili, da se je pri udeleženceh, ki so poročali o večjem številu obremenjujočih izkušenj v otroštvu v primerjavi s kontrolno skupino, razvilo psihotično doživljanje, ne glede na genetsko predispozicijo. Na tej podlagi je možno sklepati, da pri razvoju psihoze pomembno vlogo igrajo disfunkcionalni odnosi v družini, pretirana čustvena kritičnost skrbnikov do otroka ter zlorabe v otroštvu. Na drugi strani pa raziskave prav tako potrjujejo, da so družinski člani in prijatelji zelo pomemben dejavnik okrevanja. Ljudje, katerih domače okolje je podporno, mirno in tolerantno, običajno dosegajo boljše rezultate (Kuipers idr., 2010).

Obenem sta stres in revščina pomembna dejavnika, ki vplivata na duševno stanje posameznika, kar vodi v razmislek o teh dejavnikih kot socialnih

determinantah duševnih težav (Rosenfield, 2012; Walby, 2007). Raziskave kažejo, da so posamezniki, ki se srečujejo z revščino, brezdomstvom, brezposelnostjo in nizko izobrazbo, bolj ogroženi za razvoj duševnih motenj (Janssen idr., 2003). Izkušnje rasizma in diskriminacije so povezane z razvojem nenavadnih ali paranoičnih prepričanj. Prikrajšanost, urbano življenje in neenakost so prepoznani kot glavni dejavniki tveganja za motnje, povezane s stresom, pri čemer lahko urbano okolje v odziv na stres spreminja delovanje možganov (Kirkbride idr., 2012).

Ljudje z manjšinskim etničnim ozadjem, zlasti tisti afriškega in afriško-karibskega izvora, ki živijo v Veliki Britaniji, imajo večjo verjetnost, da bodo diagnosticirani s shizofrenijo v primerjavi z belimi Britanci (Karlson idr., 2005). Rasizem v veliki meri prispeva k razvoju težav z duševnim zdravjem, urbano okolje pa pojavnost psihoze še dodatno povečuje. Med etničnimi manjšinami se pojavlja tudi diskriminacija znotraj samega sistema storitev za duševno zdravje, vključno z napačno diagnostiko, kot tudi neenakimi možnostmi za obravnavo (Neighbors idr., 2003). Gre za institucionalni rasizem, ki se poleg omenjenega dogaja na vseh ravneh institucionalne obravnave, ne le na zdravstvenem področju. Ta diskriminacija lahko odvrača ljudi od iskanja pomoči v zgodnji fazi, kar sklone začaran krog, v katerega so se ti ljudje ujeli (Fernando, 2003).

Vzorec diskriminacije pa ni odvisen le od barve kože, saj se lahko belci srečujemo s podobnimi težavami, čeprav v manjši meri. Kumulativni učinek različnih oblik predsodkov, kot so tisti povezani s spolno usmerjenostjo, raso, razredom, spolom in vero, lahko tako pomembno vpliva na duševno zdravje posameznika.

Videti je torej, da je resničnost zelo drugačna od tistega, kar se zdi. Kljub številnim študijam, podprtim s strani farmacevtskih družb ali ne, nam pri razumevanju posameznikov, ki se v notranji pokrajini svojega doživljanja srečujejo z drugačnimi izkušnjami, morda pri razumevanju le-teh edino zares lahko koristi zavedujoča se in epistemološko odgovorna drža pomagajočega (Miškulin, 2017).

Koncept duševnih motenj je očitno v veliki meri družbeno in kulturno določen. Hermenevitični pristopi v obravnavi težav z duševnim zdravjem se razvijajo na temelju ideje, da se duševna motnja zaradi epistemološke asimetrije konstruira v komunikaciji med pomagajočimi in klienti. Takšna spoznanja zato zahtevajo skeptičen odnos in občutljivost do t.i. »dokazov, znanstvenih temeljev koncepta duševnih motenj in drugih teorij,« ob enem pa je v sodelovalnem odnosu s sodelavnikom potrebna kritična refleksija do lastnih teoretičnih predpostavk in pristranskosti.

4. **Odperti dialog: Alternativni pristop ali pristop prve izbire**

Odperti dialog je t.i. alternativni pristop k zdravljenju psihoze in drugih duševnih motenj, ki ga je v osemdesetih letih prejšnjega stoletja na Finskem s sodelavci

razvil Yrjö Alanen (Seikkula in Olson, 2017). Med začetnim uvajanjem metode v psihoterapevtsko prakso je bilo opredeljenih sedem ključnih načel (Seikkula idr., 2001), in sicer zagotavljanje takojšnje pomoči, vključevanje klientove socialne mreže, prožnost in mobilnost, dodelitev odgovornosti za organizacijo zdravljenja enemu strokovnjaku, zagotavljanje psihološke kontinuitete, sprejemanje negotovosti in vključevanje klienta v dialog. Prvih pet načel se osredotoča na organizacijske vidike izvajanja storitev na področju duševnega zdravja, zadnji dve načeli pa se nanašata na metode pogovora, ki jih strokovnjaki na področju duševnega zdravja uporabljajo v srečanjih s klienti: sodelovanje prijateljev in družine, odzivanje na klientove izpovedi, poskus osmišljanja tega, kar klient pove, in »dopuščanje negotovosti« (Seikkula, 2003).

V nedavno objavljeni globalni raziskavi o izvajanju odprtega dialoga v službah za duševno zdravje po vsem svetu so bili zbrani podatki 142 skupin za odprti dialog v 24 državah, večinoma v Evropi. Ključni dejavniki, ki pospešujejo izvajanje odprtega dialoga, so bili dobro usposobljeno osebje, redne supervizije, raziskovalne zmogljivosti, raznolike strokovne ekipe, ambulantne storitve, mlajši klienti in klienti, ki so se za terapijo odločili samoiniciativno ter vključevanje izkušenih strokovnjakov. Študija poudarja pomen večjega števila usposabljanj, nadzorov in raziskav na področju odprtega dialoga (Pocobello idr., 2023).

Seikkula idr. (2001) navajajo, da »s stališča socialnega konstrukcionizma lahko na psihozo gledamo kot na enega od načinov spoprijemanja z grozljivimi izkušnjami v svojem življenju, ki nimajo drugega jezika kot tistega halucinacij in blodenj« in da »je treba psihotične reakcije obravnavati kot poskuse osmisлити svoje izkušnje, ki so tako težke, da zaradi njih ni mogoče sestaviti razumne pripovedi,« pri čemer trdijo, da lahko ljudje o takih izkušnjah govorijo v metaforah. Po njihovih ugotovitvah psihotične reakcije v veliki meri spominjajo na travmatične izkušnje, pri čemer izkušnje viktimizacije niso shranjene v tistem delu spominskega sistema, ki spodbuja oblikovanje smisla. Navajajo tudi, da se zdi, da je odprti dialog brez vnaprej načrtovanih tem ali oblik pomemben pri omogočanju izgradnje novega jezika, v katerem lahko ljudje, ki so poiskali pomoč, končno spregovorijo o težkih dogodkih, ki so jih doživeli v svojem življenju. Takšno razumevanje se bistveno razlikuje od običajnih psihiatričnih modelov psihoze, ki jo obravnavajo kot posledico bioloških procesov v možganih in zato »zdravijo« z antipsihotiki.

5. **Zaključek**

Pregled literature in raziskav o izkušnjah, povezanih s psihozo, jasno nakazuje, da je resničnost teh izkušenj veliko bolj kompleksna, kot se zdi na prvi pogled. Tradicionalni pristop k diagnosticiranju duševnih motenj, ki temelji na strogih

kategorijah in rigidnih diagnostičnih okvirjih, se sooča z izzivi v razumevanju raznolikosti in kompleksnosti posameznikovih izkušenj (van Os in Hall, 2019).

V preteklosti so se številne raziskave osredotočale na klinične diagnoze, vendar pa se je znanstvena paradigma v zadnjih desetletjih pomembno spremenila. Novi pristopi k raziskovanju upoštevajo pomembno skupino posameznikov, ki morda ne izpolnjujejo tradicionalnih diagnostičnih meril, hkrati pa poudarjajo človekovo kvalitativno doživljanje. Kritika obstoječih diagnostičnih okvirov, zlasti glede diagnoze shizofrenije, izpostavlja problem rasizma, diskriminacije ter drugih socialnih in kulturnih dejavnikov. To odpira vrata k razumevanju, da izkušnje psihoze niso univerzalno patološke, temveč so odvisne od konteksta in raznolikih življenjskih okoliščin posameznika (van Os idr, 2017).

Pomembno je tudi prepoznati vpliv socialnih determinant na duševno zdravje, pri čemer revščina, stres, diskriminacija in druge oblike prikrajšanosti igrajo ključno vlogo pri razvoju duševnih težav. Razumevanje psihoze kot poskusa spopadanja z obremenjujočimi izkušnjami postavlja v ospredje potrebo po drugačnih pristopih k obravnavi, kot je na primer odprti dialog, ki poudarja socialno okolje, podporo prijateljev in družine ter sodelovanje pri konstrukciji pomena izkušenj.

V luči teh ugotovitev je ključno na novo premisliti o konceptu duševnih motenj ter se odmakniti od rigidnih diagnostičnih meril. Pomembno je, da se zavzamemo za bolj vključujoče razumevanje spektra človeških izkušenj, ki upošteva njihovo raznolikost ter omogoča posameznikom, da sodelujejo pri oblikovanju lastne narative. To zahteva ne le spremembo v znanstveni paradigmi, temveč tudi spremembe v pristopih k obravnavi duševnega zdravja in odpravo sistemskih neenakosti.

Viri

- Cooke, A. (2015). *Understanding Psychosis and Schizophrenia: Why people sometimes hear voices, believe things that others find strange, or appear out of touch with reality ... and what can help*. British Psychological Society. <https://understandingvoices.com/wp-content/uploads/2020/11/Understanding-Psychosis-and-Schizophrenia.pdf>
- Collins, N. (2010). Eccentrics 'could be diagnosed with mental disorders'. Povzeto 27 novembra 2023 s strani www.telegraph.co.uk/health/healthnews/7913122/Eccentrics-could-be-diagnosed-with-mental-disorders.html
- Corstens, D., May, R. in Longden, E. (2015). Pogovor z glasovi. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 9(4), 103-115.
- Dekleva, B. (2015). Pojavnost slišanja glasov in odnos slišalcev do njih. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 9(4), 43-68.
- Dekleva, B. in Škraban, J. (2019). Svet, ki se sliši: Razvoj in izvajanje podpornih skupin za slišanje glasov v Ljubljani. Pedagoška fakulteta.
- Fernando, S. (2003). *Cultural Diversity, Mental Health and Psychiatry: The Struggle Against Racism*. Brunner-Routledge.
- Friedman, L. J. (1985). »Man against himself«: A lecture by Karl A. Menninger. *Psychohistory Review*, 13(4), 5-8.
- Janssen, I., Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R. V., de Graaf, R., Vollebergh, W., McKenzie, K. in van Os, J. (2003). Discrimination and delusional ideation. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 182, 71-76. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.1.71>
- Fearon, P., Kirkbride, J., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Lloyd, T., . . . Murray, R. (2006). Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: Results from the MRC AESOP Study. *Psychological Medicine* 36(11), 1541-1550. doi:10.1017/S0033291706008774
- Kirkbride, J. B., Jones, P. B., Ullrich, S. in Coid, J. W. (2014). Social deprivation, inequality, and the neighborhood-level incidence of psychotic syndromes in East London. *Schizophrenia bulletin*, 40(1), 169-180. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs151>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., Miller, J. D., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126(4), 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Kuipers, E., Onwumere, J., & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 196(4), 259-265. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070466>
- Luvsannyam, E., Jain, M. S., Pormento, M. K. L., Siddiqui, H., Balagtas, A. R. A., Emuze, B. O. in Poprawski, T. (2022). Neurobiology of Schizophrenia: A Comprehensive Review. *Cureus*, 14(4), e23959. <https://doi.org/10.7759/cureus.23959>
- Makovec, T. (2019). *Medicina je padla na glavo*. Buča.
- Maric, N., Myin-Germeyns, I., Delespaul, P., de Graaf, R., Vollebergh, W. in Van Os, J. (2004). Is our concept of schizophrenia influenced by Berkson's bias?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(8), 600-605. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0803-z>
- Miškulin, I. (2017). Psihoterapevtova epistemološka odgovornost. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 11(1-2), 55-75.
- Mittelmark, M. B., Bauer, G. F. Vaandrager, L., Pelikan, J. M., Sagi, S., Eriksson, M., Lindström, B., & Meier Magistretti, C. (2022). *The Handbook of Salutogenesis* (2. izd.). Springer.
- Moncrieff, J. (2013). *The Bitterest Pills: The Troubling Story of Antipsychotic Drugs*. Palgrave Macmillan.
- Možina, M. (2019a). Uvodnik o slišanju glasov. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 13(3-4), 9-25.
- Možina, M. (2019b). Epistemologija halucinacij in slišanja glasov: prispevek konstruktivizma in nevrofenomenologije. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 13(3-4), 27-71.
- Neighbors, H. W., Trierweiler, S. J., Ford, B. C. in Muroff, J. R. (2003). Racial differences in DSM diagnosis using a semi-structured instrument: the importance of clinical judgment in the diagnosis of African Americans. *Journal of health and social behavior*, 44(3), 237-256.
- Pocobello, R., Camilli, F., Alvarez-Monjaras, M., Bergström, T., von Peter, S., Hopfenbeck, M., Aderhold, V., Pilling, S., Seikkula, J. in El Sehty, T. J. (2023). Open Dialogue services around the world: a scoping survey exploring organizational characteristics in the implementation of the Open Dialogue approach in mental health services. *Frontiers in psychology*, 14, 1241936. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1241936>
- Rosenfield, S. (2012). Triple jeopardy? Mental health at the intersection of gender, race, and class. *Social Science & Medicine*, 74(1), 1791-1796.
- Seikkula, J. (2001). Open dialogue in psychosis i: an introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 247-265. 10.1080/10720530125965.
- Seikkula, J. (2003). Open dialogue integrates individual and systemic approaches in serious psychiatric crises. *Smith College Studies in Social Work*, 73(2), 227-245. doi:10.1080/00377310309517683.
- Seikkula, J. in Olson, E. M. (2017). Odperti dialog kot pristop k akutni psihozi: njegova poetika in mikropolitika. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 11(1-2), 219-233.
- Takahashi, T. in Suzuki, M. (2018). Brain morphologic changes in the early stages of psychosis: Implications for clinical application and early intervention. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 72(8), 556-571. <https://doi.org/10.1111/pcn.12670>
- Trotta, A., Iyegbe, C., Yiend, J., Dazzan, P., David, A. S., Pariente, C., Mondelli, V., Colizzi, M., Murray, R. M., Di Forti, M., & Fisher, H. L. (2019). Interaction between childhood adversity and functional polymorphisms in the dopamine pathway on first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 205, 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.04.010>
- Van Os, J., Reininghaus, U. in Meyer-Lindenberg, A. (2017). The Search of Enviromental Mechanisms Underlying the Expression of Psychosis: Introduction. *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 283-286.
- Van Os, J. in Hall, W. (2019). Nova vizija za psihiatrijo: intervju z Jimom van Osom. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 13(3-4), 215-228.
- Wahbeh, M. H. in Avramopoulos, D. (2021). Gene-Environment Interactions in Schizophrenia: A Literature Review. *Genes*, 12(12), 1850. <https://doi.org/10.3390/genes12121850>
- Walby, S. (2007). Complexity theory, systems theory and multiple intersecting social inequalities. *Philosophy of the Social Sciences*, 37(4), 449-470.