

Uloga duhovnosti i religioznosti u liječenju depresivnog poremećaja

Romić, Jakov Rafael

Master's thesis / Diplomski rad

2023

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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:245973>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-01**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Jakov Rafael Romić

**Uloga duhovnosti i religioznosti u liječenju
depresivnog poremećaja**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2023.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu Kliničkog bolničkog centra Zagreb pod vodstvom mentorice dr. sc. Bjanke Vuksan-Ćuse, dr. med i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2022./2023.

Popis i objašnjenje kratica korištenih u radu:

BDNF – moždani neurotrofni faktor (engl. *brain-derived neurotrophic factor*)

DSM – dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje

KBT- kognitivno-bihevioralna terapija (engl. *cognitive behavioral therapy*)

SZO- Svjetska zdravstvena organizacija

TNF – tumorski faktor nekroze (engl. *tumor necrosis factor*)

Sadržaj:

1	Sažetak.....	
2	Summary.....	
3	Uvod.....	1
4	Duhovnost i religioznost u psihijatriji kroz povijesti i danas.....	2
5	Teorije nastanka depresije.....	4
	5.1 Biološke teorije.....	4
	5.1.1 Genska predispozicija.....	4
	5.1.2 Poremećaj monoamina.....	4
	5.1.3 Teorija neuroplastičnosti.....	4
	5.1.4 Poremećaj cirkadijurnog ritma.....	5
	5.1.5 Neuroendokrinološka teorija.....	5
	5.1.6 Neuroanatomija depresije.....	5
	5.1.7 Upalna teorija.....	5
	5.2 Psihosocijalne teorije.....	6
	5.2.1 Psihodinamska teorija.....	6
	5.2.2 Bihevioralna teorija.....	6
	5.2.3 Kognitivna teorija.....	7
	5.2.4 Stresni događaji.....	7
6	Preklapajući simptomi depresije i duhovnih fenomena	7
	6.1 Simptomi depresije.....	8
	6.2 Usporedba tamne noći i depresije	8
7	Uloga duhovnosti u terapijskoj suradljivosti te u transferu i kontratransferu.....	10
	7.1 Uloga duhovnosti u terapijskoj suradljivosti.....	10
	7.2 Uloga duhovnosti i religioznosti u transferu i kontratransferu.....	11
8	Suicidalnost, depresija i duhovnost.....	12
9	Duhovnost i empatija u modernom društvu.....	14
10	Duhovne terapije i depresija.....	16
11	Zahvale.....	20
12	Literatura.....	21
13	Životopis.....	28

1. SAŽETAK

Uloga duhovnosti i religioznosti u liječenju depresivnog poremećaja

Depresija je bolest koja pogađa milijune ljudi diljem svijeta sa snažnom tendencijom porasta oboljelih. Etiologija depresije je složena te postoje brojne biološke i psihosocijalne teorije koje objašnjavaju njezin nastanak. U današnjem svijetu preko 90 posto ljudi je uključeno u neki oblik duhovne ili religijske prakse te većina ljudi navodi kako su im religioznost i duhovnost izvor utjehe u teškim životnim situacijama kao i u borbi s bolesti.

Posljednjih godina u psihijatriji dolazi do velikog porasta interesa za duhovnost i njezinu ulogu u liječenju psihijatrijskih bolesti. Iako postoje tradicionalni medicinski pristupi liječenju depresije, mnogi stručnjaci smatraju kako bi psihijatri trebali biti osjetljiviji na duhovne i religiozne potrebe pacijenata te kako bi bilo poželjno uključiti ih u proces liječenja uz njihov pristanak.

Postoje brojna istraživanja koja govore o mogućim pozitivnim učincima duhovnosti i religioznosti na liječenje i brži oporavak osoba koje boluju od depresivnog poremećaja. Isto tako ljudi koji navode duhovnost kao bitnu stavku u životu imaju manji rizik za pojavu suicidalnih misli i pokušaja samoubojstva.

Svaki čovjek ima duhovnu dimenziju koja također utječe na sveukupno zdravlje.

Duhovna terapija liječi upravo duhovnu dimenziju čovjeka te može pozitivno utjecati na tijek liječenja u osoba koje boluju od depresivnog poremećaja.

Hagioterapija je terapijska metoda za ozdravljenje duhovne dimenzije čovjeka koja može depresivnim bolesnicima pružiti osjećaj smisla i svrhe u životu te podršku i nadu te tako pozitivno utjecati na tijek liječenja. Duhovnost i religioznost su bitne stavke u životima većine ljudi te je potrebno daljnje istraživanje njihove uloge u liječenju depresije i ostalih psihijatrijskih bolesti, ali i tjelesnih bolesti.

Ključne riječi: depresija, duhovnost, religioznost, duhovna terapija

2. SUMMARY

The role of spirituality and religion in the treatment of depressive disorder

Depression is a common mental disorder that affects millions of people worldwide, with an increasing number of individuals affected. The etiology of depression is complex, and there are numerous biological and psychosocial theories that explain its onset. In today's world, over 90% of people are engaged in some form of spiritual or religious practice, and the majority of individuals report that their religiosity and spirituality serve as a source of comfort in difficult life situations and in coping with illness.

In recent years, there has been increasing interest in spirituality and its role in the treatment of psychiatric disorders. While there are traditional medical approaches for treatment of depression, many experts believe that psychiatrists should be more sensitive to the spiritual and religious needs of patients, and that it would be desirable to involve them in the treatment process with their consent.

There are numerous studies that talk about the possible positive effects of spirituality and religiosity on the treatment and faster recovery of patients suffering from a depressive disorder. Similarly, individuals who consider spirituality as a significant aspect of their lives have a lower risk of experiencing suicidal thoughts and suicide attempts.

Every individual has a spiritual dimension that also affects overall health. Spiritual therapy addresses the spiritual dimension of a person and can have a positive impact on the course of treatment for patients with depressive disorders. Hagiotherapy is a therapeutic method for healing the spiritual dimension of a person, which can provide a sense of meaning and purpose in the life of patients suffering from depressive disorder, as well as support and hope, thus positively influencing the course of treatment. Spirituality and religiosity are significant aspects of most people's lives, and further research is needed to explore their role in the treatment of depression and other mental disorders, as well as physical illnesses.

Keywords: Depression, spirituality, religiosity, spiritual therapy

3. UVOD

Depresivni poremećaj je najčešći psihijatrijski poremećaj, a spada u poremećaje raspoloženja. Depresija se pojavljuje u svakoj životnoj dobi, a prosječna dob pojavljivanja je 27 godina (1). Incidencija depresije je u stalnom porastu. Procjenjuje se da je u općoj populaciji, u posljednjih nekoliko desetljeća, porast incidencije oko 15 posto (2). Tipična klinička slika depresije uključuje poremećaje raspoloženja, psihomotorike, nagona, volje, pamćenja, pažnje i mišljenja. Težina depresivnog poremećaja ovisi o samom broju simptoma te njihovoj izraženosti. Pacijenti koji boluju od depresije najčešće imaju simptome poput hipobulije, sniženog raspoloženja, tuge, žalosti, sporijeg govora, smanjenog apetita i nesanice (1). Žene su pod dvostruko većim rizikom za obolijevanje od depresije od muškaraca (3). Nedavna epidemiološka istraživanja govore o globalnoj prevalenciji depresije od čak 10 do 15 posto. Muškarci koji boluju od depresije imaju 20 puta veći rizik od samoubojstva, dok žene imaju čak 27 puta veći rizik u odnosu na opću populaciju (4). Zdravlje je prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) definirano kao stanje potpunoga tjelesnoga, duševnoga i društvenoga blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti i nemoći. Psihičko zdravlje je sastavni dio općeg zdravlja čovjeka, a SZO ga definira kao stanje dobrobiti u kojem se pojedinac može nositi sa svakodnevnim životnim stresorima, doprinositi svojoj zajednici produktivnim radom te stanje u kojem može iskazati svoje sposobnosti (5). Uzrok nastanka psihičke bolesti može biti psihološke, socijalne ili biološke prirode. Američki psihijatar George Engel predložio je 1977. godine cjeloviti model u kojem se svi ti uzroci promatraju istovremeno te smatra da interakcija bioloških, psiholoških i socijalnih faktora utječe na nastanak bolesti. Taj model naziva se biopsihosocijalni te objašnjava da osoba može imati genetsku podlogu za oboljeti od depresije, ali osobne značajke poput rezilijencije ili osobnih pozitivnih crta ličnosti mogu utjecati na to da osoba nikad ne razvije depresivni poremećaj (6).

Pojam rezilijencije može se definirati kao sposobnost osobe da se oporavi od životnih trauma i brojnih stresova. To je psihološka otpornost koja se pripisuje osobama koje su u stanju u potpunosti se oporaviti od teških životnih situacija, trauma i brojnih stresova. Rezilijencija je povezana sa psihičkim zdravljem i ključna komponenta uspješne psihološke prilagodbe na različite životne situacije (7). Brojna istraživanja

govore kako rezilijencija smanjuje rizik od nastanka depresije kod osoba koje su imale loša iskustva u djetinjstvu (8,9). Rezilijencija ima zaštitnu ulogu u nastajanju depresivnih simptoma tako što smanjuje negativne utjecaje rizičnih faktora za nastanak depresije te osobe koje imaju izraženu rezilijenciju imaju manji rizik od nastanka depresije (10).

Postoje razne definicije religioznosti i duhovnosti, a za potrebe ovog rada, pojam religioznosti se odnosi na organizirani sustav vjerovanja, načela, rituala te simbola koji vjernike približava svetoj i konačnoj istini i stvarnosti. Pojam religije obuhvaća i odnose vjernika s drugim ljudima koji su unutar i izvan zajednice koja dijeli istu religiju (11). Religioznost se može definirati kao stupanj predanosti i uključivanja pojedinim ili svim dijelovima religije (12). Gordon Allport dijeli religioznost na intrinzičnu i ekstrinzičnu. Intrinzična religioznost odnosi se na religioznost koja proizlazi iz dubokog uvjerenja te ima središnju ulogu u životu pojedinca, dok je ekstrinzična motivirana vanjskim čimbenicima poput osobne koristi ili društvenog prihvaćanja (13). Pojam duhovnosti uključuje u svojoj definiciji religiju i odnose s drugima u vjerskoj zajednici, ali nije ograničen na koncepte koje prihvaća organizirana religija. Duhovnost uključuje potragu pojedinca za razumijevanjem smisla života i brojnih pitanja o tome što je sveto, transcendentno ili krajnje važno u životu svake osobe (11).

Posljednjih godina puno se istražuje o mogućim pozitivnim učincima duhovnosti i religioznosti u psihijatrijskim bolestima. Brojna istraživanja govore o pozitivnim učincima poput većeg općeg zadovoljstva u životu, traženja smisla života te boljeg psihološkog zdravlja (14). Uz to osobe koje navode da im je religioznost i duhovnost na visokom mjestu prioriteta u životu pokazuju manju prevalenciju depresivnih simptoma i straha od smrti što dovodi i do boljeg psihičkog zdravlja u tih ljudi (15).

4. DUHOVNOST I RELIGIOZNOST U PSIHIJATRIJI KROZ POVIJEST I DANAS

Svaki čovjek uz fizičku i psihološku ima i duhovnu dimenziju, te je duhovnost od početka svijeta bila sastavni dio čovjekovog postojanja. Religija, duhovnost i medicina su međusobno povezani kroz cijelu povijest ljudskog čovječanstva (16).

Kroz povijest, liječenje bolesti je često gledano kroz prizmu različitih religijskih uvjerenja, a u mnogim kulturama liječenje je bilo i sveti čin (17). Prve javne bolnice u zapadnom svijetu su izgradile vjerske organizacije te su u njima bili zaposleni vjerski redovi, a kroz cijeli srednji vijek mnogobrojni liječnici su bili svećenici. Vjerske institucije su kroz to razdoblje povijesti izdavale dozvole liječnicima da se bave medicinskim poslom (16).

U počecima psihijatrije kao medicinske znanosti, u 18 i 19. stoljeću duhovnost i religija su bile sastavni dio liječenja u psihijatrijskim ustanovama. U skrbi psihijatrijskih bolesnika, vjerske institucije su imale veliki utjecaj te su vjerski obredi, molitva i duhovne aktivnosti smatrane korisnima za njihov oporavak (14). U 19. stoljeću u Sjedinjenim Američkim Državama, religija se koristila kao dio moralne terapije, koja je bila sastavni dio liječenja u psihijatrijskim ustanovama (18). Krajem 19. i većim dijelom 20. stoljeća na religioznost i duhovnost, posebice u liječenju psihijatrijskih bolesnika, počelo se gledati kao na nešto negativno. Smatralo se da negativno utječe na samu bolest i uzrokuje histeriju i neurozu. To je uzrokovalo razdor između religije i medicine te posljedično stvorilo negativan stav oko duhovnosti i religije u samom liječenju bolesnika (19). Sigmund Freud 1907. godine opisuje religiju kao „univerzalnu opsesivnu neurozu“, a njegov negativan stav prema religiji preuzimaju brojni psihijatri u provođenju psihoanalize (20). Suprotno njemu, Carl Jung razvija teorije koje su uključivale religijske simbole i duhovne dimenzije te ih uvodi u psihoterapiju (21).

U drugoj polovici 20. stoljeća, postepeno se ponovno počinje javljati interes za uvođenjem duhovnosti i religioznosti u psihijatriju. Krajem 20. stoljeća objavljeno je više istraživanja koja ukazuju na pozitivnu povezanost između duhovnosti i religioznosti i psihičkog zdravlja. U moderno doba duhovnost i religioznost postaju jednom od glavnih tema istraživanja i znanstvenih rasprava u psihijatriji te je sve više istraživanja koja dokazuju pozitivan učinak duhovnosti i religioznosti u samom liječenju i oporavku psihijatrijskih bolesnika (22). Svjetska psihijatrijska asocijacija je 2016. godine objavila da se duhovnost i religioznost trebaju uključiti u kliničko liječenje psihijatrijskih poremećaja (23).

5. TEORIJE NASTANKA DEPRESIJE

Etiologija depresije, kao i svih poremećaja raspoloženja je složena te postoje brojne teorije nastanka koje se mogu podijeliti na biološke i psihosocijalne (2,25).

5.1. Biološke teorije

5.1.1. Genska predispozicija

Depresija se prenosi poligenski, a najbliži srodnici depresivnog bolesnika imaju 1,5 do 3 puta veći rizik za obolijevanje od depresije. U jednojajčanih blizanaca konkordantnost iznosi 40 posto, dok u dvojajčanih iznosi 11 posto (1).

5.1.2 Poremećaj monoamina

Monoamini imaju ulogu u brojnim oblicima ponašanja poput sniženog raspoloženja i agresivnog ponašanja. Uz to su povezani s regulacijom spavanja i tjelesne temperature, libidom, promjenom apetita i psihomotornom agitacijom (24).

Monaminska hipoteza govori kako smanjene koncentracije monoamina (noradrenalina, serotonina i dopamina) ili smanjenje njihove funkcije uzrokuje nastanak depresije. U osoba koje boluju od depresije postoji hipoaktivnost noradrenergičkog, dopaminergičkog i serotoninergičkog sustava što uzrokuje simptome depresije (25).

5.1.3 Teorija neuroplastičnosti

Glutamat je ekscitacijski neurotransmitor koji ima ulogu u pamćenju, učenju i regulaciji raspoloženja. U stanjima stresa, njegova se neurotransmisija povećava što dovodi do povećane koncentracije kortizola (26). Povišene koncentracije kortizola i glutamata dovode do oštećenja i smanjenja volumena hipokampusa što uzrokuje pojavu depresivnih simptoma. Glutamat sudjeluje i u neuroplastičnosti mozga, a smanjenjem volumena hipokampusa dolazi i do smanjene koncentracije moždanog neurotrofnog faktora (engl. *brain-derived neurotrophic factor*, BDNF) koji je važan u oblikovanju novih sinapsi, sprječavanju apoptoze i podržavanju neuroplastičnosti (2).

5.1.4. Poremećaj cirkadijurnog ritma

Promjene u cirkadijurnom ritmu u osoba koje boluju od depresije očituju se u depresivnih bolesnika koji imaju smanjeno sporovalno spavanje, skraćenu REM latenciju te povećanu REM gustoću što uzrokuje oscilacije u raspoloženju (2).

5.1.5. Neuroendokrinološka teorija

Ova teorija proizlazi iz hiperaktivnosti hipotalamo-pituitarne-adrenalne osi koja dovodi do povišene ekskrecije kortizola i drugih hormona (25). Zamijećeno je da depresivni bolesnici imaju povećanu koncentraciju kortizola kao i abnormalno izlučivanje kortizola nakon primjene deksametazona (deksametazonski test) (2).

5.1.6. Neuroanatomija depresije

Nalazi magnetske rezonancije (MR) pokazuju promjene volumena u nekoliko regija mozga u pacijenata s depresijom. Redukcija volumena ponajviše je zamijećena u regijama prefrontalnog i medijalnog orbitofrontalnog korteksa dok je s druge strane u području hipofize zamijećeno povećanje volumena (25). Redukcija volumena prefrontalnog korteksa te njegova smanjena aktivnost dovode do hiperaktivnosti limbičkih struktura što može dovesti do kliničkih simptoma depresije te imati patofiziološku ulogu u njezinom nastajanju (27).

5.1.7. Upalna teorija

Povišene razine proinflammatoryh citokina interleukina 1, interleukina 6, TNF alfa, interferona gama kao i C-reaktivnog proteina utvrđene su kod većine depresivnih bolesnika. Utvrđena je i direktna povezanost između težine depresivnih simptoma te stupnja povišenosti koncentracije citokina (25). Povišene koncentracije citokina mogu smanjiti aktivnost serotonina u presinaptičkom neuronu, ukloniti serotonin iz sinaptičke pukotine, a mogu uzrokovati i promjene serotoninergičkih receptora na samom postsinaptičkom neuronu što može dovesti do pojave simptoma depresije (1).

5.2. Psihosocijalne teorije

5.2.1. Psihodinamska teorija

Psihodinamsku teoriju razvio je Sigmund Freud te prema njoj depresija proizlazi iz unutarnjih sukoba i potisnutih osjećaja koji potječu iz prošlosti i nesvjesnog uma. Prema Freudu, depresija nastaje nakon gubitka voljenog objekta te nezadovoljavajućeg procesa žalovanja za njim. Ova teorija sugerira kako prema gubitku voljenog objekta postoje ambivalentni osjećaji koji stvaraju unutarnji konflikt što na kraju dovodi do depresivnih simptoma (2). Abraham navodi da predispozicija za depresiju kasnije u životu ima korijene u djetinjstvu, točnije u psihološkoj traumi u oralnoj fazi psihoseksualnog razvoja u prvih 18 mjeseci života (28).

Novije psihodinamske teorije objašnjavaju genezu depresije s gledišta ego-psihologije. Bibring opisuje depresiju kao afektivno stanje *ega* koje nastaje kao posljedica doživljaja bespomoćnosti i slabosti (29). Blatt dijeli depresiju na anaklitnu i introjektivnu. Anaklitnu depresiju karakteriziraju strah od napuštanja, osjećaj usamljenosti, bespomoćnosti i velika želja oboljelih da budu voljeni i zaštićeni. Introjektivnu depresiju karakteriziraju osjećaj bezvrijednosti, inferiornosti, nedostojanstva, neuspjeha, krivnje i unutarnje agresije (30). Melanie Klein govori o pojmu „depresivne“ pozicije, te ga definira kao važan razvojni trenutak koji se prvi put doživljava krajem prve godine djetetova života. Njezin teorijski pristup depresiji govori o nesposobnosti uspješnog prevladavanja te pozicije koja je normalna faza u psihološkom razvoju svakog djeteta (31).

5.2.2. Bihevioralna teorija

Bihevioralna teorija govori kako manjak socijalnih vještina i nerazvijeni interpersonalni odnosi kod bolesnika izazivaju negativnu reakciju okoline te se zbog toga još više povlače iz društva što dovodi do pogoršanja depresivnih simptoma (2). Nastanak depresije se objašnjava kao posljedica učestalosti, motivacijskog djelovanja ili varijabiliteta pozitivnog potkrepljenja (32).

5.2.3. Kognitivna teorija

Kognitivna teorija se temelji na mišljenju kako kognitivna iskrivljenja, negativne automatske misli i negativna vjerovanja dovode do simptoma depresije (2). Aaron Beck je 1967.godine opisao kognitivnu trijadu, koja je važna za razvoj depresije. Trijada uključuje negativnu percepciju sebe, svijeta i budućnosti (33). Martin Seligman u svom radu iz 1972. govori o teoriji naučene bespomoćnosti koja se temelji na zapažanjima da u situaciji u kojoj osoba nakon što je izložena neugodnim ili stresnim događajima na koje ne može utjecati, razvija osjećaj bespomoćnosti i nauči da nema kontrolu nad svojom situacijom, čak i kada su promjene moguće (34).

5.2.4. Stresni događaji

Brojna istraživanja ukazuju na povećanu učestalost stresnih životnih događaja prije pojave depresije. Shrout i suradnici su opazili da depresivni bolesnici imaju 2,5 puta više doživljenih stresnih događaja od nedeprativnih osoba (35). Teorija životnih događaja govori kako uspješna prilagodba pojedinca na neki životni događaj neće dovesti do pojave depresije, a ako se pojedinac ne uspije prilagoditi, dolazi do pojave depresivnih simptoma (1). Mehanizam „kindling“ objašnjava zašto su stresni životni događaji češće povezani s pojavom prve depresivne epizode nego kod ponavljajućih depresivnih stanja. Pretpostavka je da stresor izaziva prvu epizodu depresije koja zatim dovodi do fiziološke osjetljivosti središnjeg živčanog sustava, a u konačnici izrazita osjetljivost središnjeg živčanog sustava uzrokuje pojavu depresije i u stanjima bez stresa (2).

6. PREKLAPAJUĆI SIMPTOMI DEPRESIJE I DUHOVNIH FENOMENA

Duhovna psihijatrija se između ostalog bavi proučavanjem mističnih iskustava koji spadaju pod najčešće duhovne fenomene. Mistična iskustva Jakovljević i suradnici opisuju kao stanja svijesti koja nadilaze granicu normalne svijesti u vremenu i prostoru. Ta iskustva ne moraju uvijek biti religiozna, ali su uvijek duhovni fenomeni (36). U ovom odlomku prikazani su simptomi „tamne noći duše“, mističnog stanja koje je opisao Sveti Ivan od Križa te će se usporediti sličnosti i razlike simptoma s depresijom.

6.1. Simptomi depresije

Početak depresivnih simptoma može biti akutan ili se razvija postupno. Tijek bolesti može varirati od nekoliko tjedana, pa sve do nekoliko godina, a prognozu same bolesti nije lako predvidjeti jer na ishod utječe niz različitih čimbenika. Depresija može prijeći u kronični tijek ili završiti remisijom. Uz to mogu se javiti ponavljane epizode, a u najgorem slučaju depresivni poremećaj završava suicidom (1). Simptomi depresije mogu se podijeliti na somatske, emocionalne i kognitivne. Somatski simptomi su nesanica, smanjen tek, oslabljen seksualni nagon, umor i manjak energije.

Emocionalni simptomi su sniženo raspoloženje, žalost, tuga i tjeskoba. Neki od kognitivnih simptoma su pesimizam, suicidalne misli, oslabljena koncentracija, zaboravljanje i slabije pamćenje (37,38). Veliki depresivni poremećaj dijagnosticira se kod pacijenata koji su imali barem jednu veliku depresivnu epizodu koja je trajala minimalno 2 tjedna (39). Prema DSM-5, velika depresivna epizoda mora uključivati pet ili više od sljedećih simptoma: sniženo raspoloženje, insomnija ili hipersomnija, psihomotorna retardacija ili agitacija, oslabljena koncentracija, umor ili gubitak energije, osjećaj krivnje ili bezvrijednosti, velike promjene u težini ili promjene apetita, ponavljajuće suicidalne misli i misli o smrti (40).

6.2. Usporedba tamne noći i depresije

Sveti Ivan od Križa u svojim najpoznatijim djelima (Uspon na goru Karmel, Tamna noć duše, Duhovni spjev i Živi plamen ljubavi) tumači mističku tradiciju o tri puta koja dijele duhovni život na put čišćenja, put prosvjetljenja i put sjedinjenja (41). U svom djelu Duhovni spjev opisuje izraz „tamne noći“ koji potječe iz duhovne tradicije.

Tamna noć se može podijeliti na tamnu noć osjeta i tamnu noć duše. Tamna noć osjeta opisuje duhovno stanje u kojem osoba ne doživljava utjehu i zadovoljstvo u molitvi, osjeća se napušteno i ne može osjetiti Božju prisutnost. To je uobičajena pojava koja ukazuje na rast u duhovnom životu. Tamna noć duše se javlja u kasnijim, naprednijim fazama duhovnog života te opisuje stanje u kojem osoba proživljava duboku duhovnu bol i osjećaj praznine (42). Postoje različiti opisi simptoma koje osobe s tamnom noći duše imaju. Neki od njih nisu u skladu s naukom Svetog Ivana od Križa te se međusobno razlikuju. U ovom radu je navedeno nekoliko različitih opisa tamne noći duše te mogućih preklapajućih simptoma kao i načina razlikovanja tamne noći od kliničke depresije. Glòria Durà-Vilà u svom radu piše kako su preklapajući simptomi depresije i tamne noći duše pasivnost, usporen govor, nisko

samopouzdanje, sniženo raspoloženje, tuga, osjećaj praznine, anhedonija, inhibiranost, plačljivost i tjeskoba. Uz to, osobe koje su u stanju tamne noći duše mogu imati tipične somatske simptome depresije poput gubitka apetita, promjene u težini, nesanicu i umora. Iako se tipični simptomi depresije poput sniženog raspoloženja, tuge i osjećaja praznine javljaju i kod tamne noći duše, Durà-Vilà navodi kako osobe koje prolaze kroz tamnu noć duše imaju zdrav osjećaj krivnje koji dovodi do osjećaja ljubavi te želje za oporavkom, održavaju interpersonalne odnose i život u zajednici, ne gube u potpunosti nadu te imaju jasnu želju da se u potpunosti oporave (43). Aaron Keriathy govori kako je razlika između ta dva stanja u tome što u tamnoj noći ne dolazi do poremećaja raspoloženja, gubitka životne energije, oslabljenog libida i usporavanja kognitivnih i motornih sposobnosti. Uz to navodi kako postoji vrijeme u kojem osobe osjećaju utjehu u tamnoj noći (44). Culligan navodi da osoba može u svojem duhovnom životu istodobno iskusiti tamnu noć i epizodu depresije (41). Američki psiholog Michael O'Connor također navodi da ova dva stanja dijele sličnosti i da se mogu pojaviti istovremeno. On smatra da tamna noć ne utječe na čovjeka na jednakoj razini kao akutna depresija te da će osobe u tom stanju češće tražiti savjet svećenika nego psihoterapeuta (45). Ako psihijatar dijagnosticira depresivni poremećaj kod osobe koja je u stanju tamne noći duše spriječit će duhovni rast te osobe te neće prikladno liječiti uzrok njegovog stanja. Isto tako ako psihijatar propusti dijagnosticirati depresivni poremećaj i ne počne liječiti pacijenta tradicionalnim metodama poput farmakološke terapije, psihoterapije ili elektrokonvulzivne terapije, ugrožit će pacijentovo zdravlje i sam ishod bolesti. Zbog toga je bitno razlikovati ova dva stanja jer dolaze zbog različitih uzroka i zahtijevaju različite oblike tretmana.

7. ULOGA DUHOVNOSTI U TERAPIJSKOJ SURADLJIVOSTI TE U TRANSFERU I KONTRATRANSFERU

7.1 Uloga duhovnosti u terapijskoj suradljivosti

SZO suradljivost definira kao stupanj do kojeg je pacijentovo zdravstveno ponašanje sukladno liječničkim preporukama. Loša terapijska suradnja pacijenta smanjuje učinkovitost liječenja te ugrožava njegovo zdravlje i život. U psihijatrijskom liječenju, kao i općenito u medicinskoj praksi, suradljivost predstavlja čest problem. Najčešći razlog za nesuradljivost, prema istraživanju iz 2005. godine, bila je nedovoljna upućenost u prednosti liječenja, nedostupnost lijekova, nuspojave lijekova te neprijateljski stav doktora (46). Nesuradljivost se najčešće javljala kod depresivnih bolesnika te je 3 puta češća kod pacijenata koji boluju od depresije u usporedbi s pacijentima bez depresije (47). Pozitivan stav o liječenju jedan je od nužnih elemenata suradljivosti bolesnika, a u oblikovanju stava bolesnika prema liječenju izuzetno je važna uloga liječnika koji prepisuje terapiju.

Usprkos modernizaciji, 90 posto globalne populacije je uključeno u neki oblik religijske ili duhovne prakse te brojni pacijenti navode kako su im religijska uvjerenja izvor utjehe i snage u stresnim životnim situacijama poput borbe s bolesti (48). U posljednje vrijeme dolazi do pojačanog interesa za uvođenjem vjere (duhovne ili religiozne) u psihijatrijsko liječenje te istraživanja pokazuju da postoji značajan postotak ljudi s psihičkim problemima koji žele duhovno liječenje (49).

Religijska uvjerenja utječu na odluke pacijenata o liječenju i na njihove zdravstvene navike te mogu utjecati na odgodu traženja pomoći i liječenja kod osobe koja boluje od neke psihičke bolesti (20). Iz tog razloga je pristup doktora prema pacijentu iznimno bitan i može pozitivno utjecati na terapijsku suradljivost i pomoći pacijentu da se lakše nosi s bolesti. Isto tako, podrška vjerske zajednice može pozitivno utjecati na terapijsku suradljivost i može pomoći pacijentu da se lakše nosi s bolesti (22). Bitno je naglasiti kako uvođenje duhovnosti i religije u liječenje treba biti individualno za svakog pacijenta (23). Potrebno je pokazati razumijevanje i poštovanje prema svakom osobnom uvjerenju te poštivati odluku pacijenta ako ne želi razgovarati o svojim religijskim uvjerenjima i duhovnim potrebama te kod takvih pacijenata liječenje treba biti provedeno bez usredotočenosti na duhovnost i religioznost samog

pacijenta. Ključno u odnosu psihijatra i pacijenta jest da psihijatar svojim stavom ne pokazuje osuđivanje nego prihvaćanje svakog pacijenta bez obzira kakve stavove o religiji i duhovnosti imali (11). Svako uključivanje vjere i duhovnosti u psihijatrijsko liječenje mora biti u skladu s pacijentovim vrijednostima i vjerovanjima te željama. Psihijatri bi trebali ulagati u svoje znanje o raznim vjerovanjima i religijama jer tako imaju veću sposobnost razumijevanja pacijenta i njegovih problema (20).

Istraživanja pokazuju da razgovor o religijskim i duhovnim uvjerenjima pacijenta dovodi do kvalitetnijeg odnosa pacijenta i liječnika, boljeg funkcioniranja pacijenta te smanjenja depresivnih simptoma. Bitno je naglasiti kako liječnik nikada ne bi trebao „prepisivati“ religiju nereligioznim pacijentima. Zdravstveni djelatnik svakom pacijentu mora pristupiti individualno te posebnu pažnju treba posvetiti tome da ne uzrokuje osjećaj krivnje kod religioznih osoba u vezi njihove vjerske aktivnosti. Često religiozni pacijenti imaju osjećaj da ih je Bog napustio u životu i da ih kažnjava te takav stav može dovesti do pogoršanja same bolesti i simptoma. U tim slučajevima preporučuje se da psihijatar savjetuje pacijentu razgovor sa svećenikom koji im može pomoći u pogrešnim vjerovanjima (48).

7.2. Uloga duhovnosti i religioznosti u transferu i kontratransferu

Freud u psihoanalizu uvodi pojam transfera, koji se odnosi na prijenos osjećaja, fantazija i stavova iz prošlosti koje pacijent nesvjesno prenosi na psihoterapeuta u sadašnjosti što utječe na odnos psihoterapeuta i pacijenta. Transfer može pozitivno i negativno utjecati na ishod liječenja (50). Pozitivan transfer se javlja kada se kod pacijenta razvijaju osjećaji privrženosti, divljenja i ljubavi prema terapeutu koji mogu dovesti do razvoja povjerenja u psihoterapeuta. To utječe na lakšu suradnju s pacijentom koji se otvara psihoterapeutu te lakše mijenja određena pogrešna uvjerenja i misli koje je stekao tijekom djetinjstva. Negativan transfer javlja se kada pacijent razvija osjećaje ljutnje, mržnje i bijesa prema psihoterapeutu. Spomenuti osjećaji otežavaju suradnju, no psihoterapeut može iskoristiti te negativne emocije i omogućiti pacijentu da se nauči suočiti s tim osjećajima iz prošlosti i ponuditi mu savjete kako da ih se riješi (51).

Kontratransfer opisuje nesvjesno prenošenje vlastitih osjećaja od strane terapeuta prema pacijentu. Javlja se kao posljedica transfera samog pacijenta i govori o

emocionalnim reakcijama terapeuta prema pacijentu. Kontratransfer, kao i transfer, također može biti pozitivan i negativan. Pozitivan kontratransfer odnosi se na situacije kada psihoterapeut osjeća pozitivne emocije poput ljubavi, privrženosti i divljenja prema pacijentu. S druge strane, negativan kontratransfer se odnosi na situacije kada psihoterapeut osjeća negativne emocije poput bijesa i ljutnje prema pacijentu. Važno je da psihoterapeut prepozna nastajanje kontratransfera te da ga bude svjestan, kako bi ga mogao iskoristiti u samom terapijskom procesu. Kontratransfer pruža terapeutu uvid u vlastite osjećaje koji mogu nesvjesno utjecati na samu terapiju (50).

Abernethy u svom radu opisuje četiri tipa religijsko-kulturalnih transfera i kontratransfera koji se javljaju u psihoterapiji koja je utemeljena na religiji i duhovnosti. Međureligijski (engl. *interreligious*) transfer može se javiti kada pacijent primijeti da psihoterapeut ima različita vjerska uvjerenja što može dovesti do toga da pacijent u početku same terapije zaključi kako terapeut neće razumjeti njegove duhovne borbe. Unutarreligijski (engl. *intrareligious*) transfer može se javiti kada pacijent primijeti kako on i psihoterapeut imaju slična vjerska uvjerenja te se u tom slučaju kod pacijenta može javiti strah od osude njegove vjere i duhovnosti od strane terapeuta (52).

Međureligijski kontratransfer može se pojaviti kada psihoterapeut primijeti kako on i pacijent imaju različita vjerska uvjerenja te se kod psihoterapeuta može javiti osjećaj da nije u stanju razgovarati s pacijentom o njegovom vjerskom opredjeljenju s obzirom da ne dijeli ista uvjerenja. Unutarreligijski kontratransfer može se javiti kada psihoterapeut zamijeti kako on i pacijent imaju slična vjerska uvjerenja, u tom slučaju psihoterapeut ponekad stavlja fokus na svoja vjerska stajališta i osobno mišljenje o ispravnom vjerskom putu (53).

8. SUICIDALNOST, DEPRESIJA I DUHOVNOST

Suicidalnost je skup različitih ponašanja kojima je zajedničko ugrožavanje vlastitog života, s ciljem da se učini samoubojstvo. To je složena pojava na koju utječe niz rizičnih čimbenika od kojih su neki još uvijek nepoznati. Suicidalne osobe imaju smanjen nagon za samoodržavanjem što se očituje u rizičnom ponašanju,

razmišljanjima o samoubojstvu, pokušajima samoubojstva i izvršenju samoubojstva (1). Samoubojstva su jedan od prioritarnih javnozdravstvenih problema, a prema SZO oko milijun ljudi godišnje izvrši suicid (2). Prema istraživanju iz 2002. godine, preko 90 posto osoba koje su izvršile samoubojstvo imale su neku psihičku bolest (54). Rizik od samoubojstva je 3 do 13 puta veći u psihijatrijskih bolesnika nego u drugih ljudi. Samoubojstvo se najčešće pojavljuje uz depresivni poremećaj koji je jedan od najznačajnijih rizičnih čimbenika. Oko 80 posto ljudi koji pokušaju izvršiti suicid boluju od depresivnog poremećaja (1). Istraživanja pokazuju kako uspješnije liječenje depresivnog poremećaja dovodi do smanjenja stope suicida (54). U posljednje vrijeme javlja se pojačani interes za istraživanjem povezanosti duhovnosti i stope suicida te velika većina istraživanja pokazuje kako više razine duhovnosti dovode do manjeg broja suicidalnih misli i pokušaja samoubojstva (55). Iako se duhovnost i religioznost u mnogočemu međusobno isprepliću bitno je naglasiti kako ta dva pojma nisu sinonimi iako ih je velika većina istraživanja koja su promatrala povezanost ta dva parametra s depresijom i suicidom zajedno opisivala kao religijski angažman i aktivnost. Manji broj istraživanja promatra povezanost depresije i duhovnosti, kao odvojenog parametra od religioznosti, a rezultati ukazuju na to da je viši stupanj duhovnosti povezan s nižim stupnjem depresivnih simptoma (56).

Brojna istraživanja pokazuju da religioznost i duhovnost reduciraju suicidalnost i depresivne simptome tako što vraćaju nadu, optimizam i osjećaj svrhe i smisla života, ali postoje i istraživanja koja govore suprotno te religioznost povezuju s osjećajem krivnje, višim stupnjem depresije te sniženim samopoštovanjem što dovodi do negativne povezanosti religioznosti i suicida (57). Istraživanja pokazuju da ljudi koji navode duhovnost kao bitnu stavku u životu imaju manji rizik za pojavu suicidalnih misli i pokušaja suicida. Vjeruje se kako bi aktivno pohađanje vjerskih obreda moglo biti zaštitni čimbenik u izvršenju samoubojstva. Rasic u svom istraživanju iz 2011. navodi da smanjeni rizik od suicidalnih misli i pokušaja suicida proizlazi iz činjenice da osobe koje pohode vjerska okupljanja imaju veći pristup društvenim potporama (58).

Postoji preko 70 znanstvenih radova koji proučavaju povezanost duhovnosti i religioznosti s prevalencijom depresivnog poremećaja. Većina radova, njih 42, zabilježili su sniženu prevalenciju depresivnih simptoma kod osoba koje navode da su više religiozne (49). Također, postoje dokazi da uvođenje religijskih intervencija u liječenje može poboljšati oporavak bolesnika od depresije (59). Osobe koje navode

duhovnost kao bitnu stavku u životu imaju posljedično snažnije uvjerenje o smislu i svrsi života što se povezuje sa smanjenom učestalošću suicidalnih misli (60). Uz to, osobe koje navode da su našle smisao i svrhu u životu češće su optimistične i pozitivno gledaju na budućnost.

Optimizam je protektivni faktor u nastajanju depresije i dovodi do manje depresivnih simptoma i boljeg zdravlja kod osoba koje boluju od depresije. Istraživanja pokazuju kako duhovne intervencije i religijska aktivnost dovode do većeg optimizma.

Istraživanje pokazuje kako religijska i standardna kognitivno bihevioralna terapija (KBT) povećavaju pacijentov optimizam, osobe koje su bile više religiozne pokazuju veće povećanje optimizma nakon terapije od osoba koje su bile manje religiozne.

Nije uočena razlika između povećanja optimizma kod pacijenata liječenih KBT utemeljenoj na religiji u usporedbi s onima koji su liječeni standardnom KBT (61).

Iako se smisao života, nada i optimizam često povezuju s religioznošću, ove osobine nisu svojstvene samo za religiozne ljude. Osobe koje navode da nisu religiozne mogu imati jednako snažan osjećaj smisla života i optimističan pogled na život. Neka novija istraživanja govore kako egzistencijalni procesi duhovnosti dovode do većeg smanjenja rizika od suicida od religioznih procesa. Dervic i suradnici smatraju da se zaštitni učinak religijske pripadnosti na povijest pokušaja suicida objašnjava osobnim moralnim uvjerenjima protiv suicida, a nije pronađena razlika u tim moralnim uvjerenjima između osoba koje su religiozne i osoba koje to nisu (62).

9. DUHOVNOST I EMPATIJA U MODERNOM DRUŠTVU

Moderni svijet karakteriziran je brojnim društvenim fenomenima. U proteklih 100 godina društvo je bilo suočeno s brojnim negativnim društvenim fenomenima poput ratova, diktatorskih režima i masovnih ubojstava, no isto tako u novijoj povijesti mogu se pronaći brojni primjeri pozitivnih društvenih fenomena poput humanitarnih akcija i masovnih pomaganja žrtvama rata i prirodnih katastrofa. U proteklih par godina svijet je pogodila globalna pandemija koronavirusa i ratna zbivanja te smo i dalje mogli čitati o brojnim djelima altruizma i o ljudima koji su spremni pomoći osobama u nevolji. Postoje brojni razlozi kojima se mogu objasniti navedeni pozitivni društveni fenomeni čak i u teškim situacijama, a jedan od najbitnijih zasigurno je empatija.

Njemački filozof Robert Vischer 1873. godine prvi je upotrijebio termin *Einfühlung* te ga opisao kao važan termin filozofske estetike tadašnjeg vremena. Theodor Lipps ga potkraj 19. stoljeća uvodi u psihologiju u kojoj je označavao percepciju emocionalnih gesta kod druge osobe što je poticalo iste osjećaje kod promatrača, ali bez ikakve intervencije s obzirom na te emocije. Edward Tichner nekoliko godina kasnije prevodi pojam *Einfühlung* engleskom riječju *empathy* (63). Danas postoje brojne definicije empatije te ne postoji univerzalna definicija oko koje se svi slažu, no empatija se ponajprije odnosi na razumijevanje i prepoznavanje tuđeg emocionalnog stanja te sposobnosti odgovaranja na to stanje, ali uz zadržavanje objektivnosti (64).

Posljednjih desetljeća svjedočimo najbržem rastu i razvoju civilizacije i društva u povijesti, što sa sobom donosi brojne izazove s kojima se moderno društvo mora suočiti. Ubrzani tehnološki rast u posljednjih nekoliko desetljeća promijenio je društvo i ubrzao životni tempo većine ljudi. Uz pozitivne učinke poput lakše komunikacije i veće dostupnosti podataka svim ljudima, tehnološki rast imao je i negativne učinke na komunikaciju i socijalne interakcije u stvarnom životu. Zadnjih desetljeća statistike pokazuju povećani broj suicida, incidencije depresije i ostalih psihičkih bolesti što se može pripisati negativnom utjecaju ubrzanog tehnološkog rasta na moderno društvo (65). U svijetu raste broj ljudi koji navode kako su emocionalno i društveno usamljeni što predstavlja jedan od globalnih problema s kojima se društvo treba suočiti (66).

Empatija se često opisuje kroz dvije osnovne dimenzije, kognitivnu i afektivnu. Kognitivna dimenzija empatije uključuje razumijevanje, interpretaciju i sposobnost zaključivanja o emocionalnom stanju i uvjetima u kojima se druga osoba nalazi dok afektivna dimenzija uključuje emocionalan odgovor na tuđe emocionalne reakcije uz iskazivanje brige zbog dobrobiti druge osobe. Važno je napomenuti da se kognitivna i afektivna dimenzija nadopunjuju te su međusobno povezane. Kombinacija tih dviju dimenzija omogućuje nam da razumijemo osjećaje drugih ljudi na dublji način (67).

Empatija je duboko povezana s duhovnosti koja pozitivno utječe na njezin razvitak u svakoj osobi. Duhovnost često potiče ljude da budu svjesni sebe, svojih emocija i unutarnjeg stanja. Ljudi kroz duhovnu praksu, molitvu ili meditaciju razvijaju dublje razumijevanje svojih osjećaja, a kada postanu svjesni vlastitih osjećaja i patnje sukladno tome postaju osjetljiviji na pojavu sličnih osjećaja u drugih osoba, što može pojačati njihovu empatiju. Duhovnost uz to potiče ljude na ideju povezanosti i zajedničke svijesti. Osjećaj povezanosti također može pozitivno utjecati na razvoj empatije prema drugima jer sreća i patnja drugih ljudi utječe i na njih same.

Važna je i uloga religije na razvoj empatije u društvu. Većina religija potiče svoje vjernike na empatično ponašanje te naglašava njenu važnost u životu kao i važnost suosjećanja i milosrđa (68). Također, vođe vjerskih zajednica u većini slučajeva žive skroman život pun empatije i altruizma te tako šalju ispravnu sliku svojoj vjerskoj zajednici o načinu kako treba živjeti. Postoje brojna istraživanja koja pokazuju kako je duhovnost kod ljudi direktno povezana s višom razinom empatije (69).

Empatija je neophodna za ljudsko preživljavanje i humanost u današnjem svijetu. Ona igra važnu ulogu u izgradnji međuljudskih odnosa koji su u današnje vrijeme narušeni te je nužna u skladnom suživotu pojedinaca i društva.

10. DUHOVNE TERAPIJE I DEPRESIJA

Radovi koji sugeriraju kako bi dobra psihijatrijska skrb trebala uključivati duhovne komponente uzrokovale su kontroverzu i kritike jednog dijela psihijatrijske zajednice. Tomislav Ivančić u svojoj knjizi „Dijagnoza duše i Hagioterapija“ opisuje različite poglede koje su znanstvenici imali o religiji i duhovnosti. Carl Jung navodi religiju kao jednu od najbitnijih manifestacija ljudskog duha te smatra kako je psihologija ne smije zanemarivati. Uz to smatra da je za liječenje duhovne dimenzije čovjeka neophodno religiozno iskustvo. Arthur Jores dolazi do spoznaje da je na području medicinske antropologije pitanje duhovnosti bitno za ostvarenje zdravlja (70). Istraživanja u prethodnih 30 godina nisu došla do univerzalnog zaključka o vrijednosti uključivanja religije i duhovnosti u psihološko liječenje.

Liječenje depresije obično uključuje psihoterapiju, farmakološku terapiju, sudjelovanje u terapijskim skupinama te u nekim slučajevima elektrokonvulzivnu terapiju. Posljednjih godina javlja se pojačani interes za duhovnom terapijom i njezinim učincima u samom liječenju depresije. Bitno je naglasiti kako ona nije zamjena za tradicionalne oblike liječenja i ne bi trebala biti jedini oblik liječenja, pogotovo u težim oblicima bolesti nego može biti korisna u kombinaciji s drugim oblicima liječenja. Rezultati brojnih istraživanja pokazuju prednost psihoterapije utemeljene na religiji i duhovnosti. Vidljivo je kraće vrijeme oporavka i bolja reakcija na prihvaćanje bolesti kod bolesnika kojima je duhovnost bitna stavka u životu (71). U posljednje vrijeme mnogo znanstvenih radova i istraživanja pokazuje kako religioznost i duhovne aktivnosti mogu dovesti do smanjenja depresivnih simptoma

te kako je u liječenju depresije psihoterapija utemeljena na vjeri i duhovnosti jednako učinkovita kao i standardna terapija, a kod osoba koje navode da su religiozne, istraživanja pokazuju kako može biti i učinkovitija. Rebecca Propst u svom istraživanju o učinkovitosti KBT-a utemeljenog na religiji u usporedbi sa standardnim KBT-om u liječenju religioznih depresivnih pacijenata, pronalazi da su pacijenti koji su liječeni KBT-om koji je utemeljen na kršćanstvu, pokazali brži oporavak i smanjenje depresivnih simptoma (72).

Američki neurolog i psihijatar Amen u svojoj knjizi „Liječenje hardwarea duše“ navodi kako je nužno povezati duhovno liječenje sa psihijatrijom jer u liječenju treba uzeti u obzir um, tijelo i duh, a psihijatrija bez duhovnog liječenja ne može liječiti mozak i duhovnu dimenziju. Za liječenje čovjekova duha i mozga predlaže misaonu duhovnu terapiju koja usmjerava misli na dobro i tako mijenja način ponašanja, uvjerenja i rad mozga što se pokazalo korisnim u liječenju depresije (73).

Postoji više oblika duhovne terapije koje potencijalno mogu biti učinkovite u liječenju depresivnih bolesnika. Jedan od oblika je hagioterapija koju je utemeljio Tomislav Ivančić. Hagioterapijski duhovni pristup ima izvor u znanstvenim istraživanjima duhovne dimenzije, mozga i čovjekove svijesti, a nastao je iz prakse apostolata evangelizacije osamdesetih godina u Zagrebu gdje je 1990. godine osnovan prvi Centar za duhovnu pomoć (74). Hagioterapija istražuje čovjekove antropološke dimenzije i zdravlje. To je terapijska metoda za ozdravljenje duhovne dimenzije čovjeka koju može liječiti samo onaj koji ju je stvorio, a to je Bog. Kako bi do toga došlo potrebno je uspostaviti komunikaciju između ranjenoga ljudskog duha i Boga, a to je cilj hagioterapije. Medicina pokušava osloboditi čovjeka od boli na tjelesnoj razini, psihijatrija na psihičkoj, dok hagioterapija ima težnju da se čovjek oslobodi boli na duhovnoj razini (70). Hagioterapija je namijenjena svim ljudima, bez obzira na njihovu vjeroispovijest.

Duhovna dimenzija izravno potječe od Boga te snažna vjera i povjerenje u Boga najsnažnije liječi ljudsku dušu. Hagioterapija istražuje čovjekovu duhovnu dušu, njezine bolesti i nemoći te je njezina zadaća pronaći način kako te rane liječiti (74). Duhovna snaga, koja je lijek za duhovne bolesti, može biti prenesena šutnjom, čežnjama, željama i intuicijom, a kao lijek se osobito prenosi kada terapeut načini obraćenje. Ona se prenosi u trenucima kada terapeut i pacijent počnu pozitivno misliti, govoriti i željeti. Kada se u njima dogodi obrat od poroka prema vrlinama i krepostima, dolazi do aktivacije snage duha koja onda liječi pacijenta. U radu sa

psihičkim bolesnicima naglasak u hagioterapiji treba biti na pozitivnom razgovoru, u kojem terapeut treba svjedočiti kako su se i psihički bolesni pacijenti izliječili te da je Bog jači od svake bolesti i beznađa (75).

U hagioterapiji se primjenjuju tri vrste duhovnih terapija: kognitivna, aksiološka i teološko-antropološka. U kognitivnu terapiju spada ono što treba učiniti kako bi se Božja riječ i ljudska riječ mogle susresti s pacijentom. Nastoji se objasniti egzistencijalna struktura čovjeka, narav duhovne bolesti te način liječenja.

Aksiološkom terapijom se provodi metanoja koja označava obraćenje od grijeha i zaokret prema dobroti i pozitivnom stavu. Ta vrsta terapije traži od pacijenta odluku i uspostavlja zakonitosti čovjekova bića i zdravo funkcioniranje duhovne duše. U teološko-antropološku terapiju spadaju molitve i sakramenti te ona povezuje čovjeka s izvorom njegova postojanja i time omogućuje ozdravljenje (70).

Ivančić navodi kako svakom problemu u ponašanju treba pristupati individualno jer se uzrok samog problema može razlikovati od osobe do osobe. Uz to, navodi kako hagioterapija ne smije ulaziti u područja koja liječe psihijatri i psiholozi. Duhovne bolesti su česte kod psihičkih bolesnika kod kojih prvo treba kontrolirati i liječiti bolest lijekovima kako bi se pacijentu moglo duhovno pomoći (76).

Pri liječenju osobe koja boluje od depresivnog poremećaja, hagioterapeut treba uočiti na što reagira pozitivno i navesti da prizna svoje samosažaljenje te da moli Boga za oprostjenje. Kada se to dogodi, pacijent lakše dolazi do spoznaje od čega se sastoji njegova bolest i kako se može izliječiti. Bitno je potaknuti pacijenta na zahvalnost Bogu koji ga ljubi i oslobađa. Ivančić naglašava kako je bitno pacijenta duže liječiti i nakon prestanka simptoma kako bi se spriječila ponovljena epizoda depresije (70).

Duhovna terapija uključuje pet vrsta posredovanja duhovnog zdravlja, a to su: agapoterapija, pistis-terapija, eireno-terapija, dynamis-terapija i pneumato-terapija. U liječenju depresije indicirane su agapoterapija i pistis-terapija.

Agapoterapija posreduje se tekstovima Svetog pisma koji objavljuju Božju ljubav, nježnost, vjernost i praštanje. Provodi se klasičnom molitvom za Božju ljubav te različitim oblicima molitava koje posreduju pacijentu povjerenje da ga Bog voli kako bi pacijent postao svjestan da ga je Božja prisutnost pratila u svakom trenutku njegova života još od trenutka začeća. U ovoj se terapiji uz molitvu i ljubav posreduje i slikama, poslovicama i meditacijama te se potiče svijest pacijenta da je voljen i željen što ga oslobađa od samoće, straha i depresije.

Pistis-terapija se temelji na molitvama i meditativnom usvajanju tekstova Svetog pisma kojima se pacijentu posreduje povjerenje u Božju ljubav. Cilj ove terapije jest oslobođenje od straha i nepovjerenja te izgradnja vjere, nade i povjerenja u Boga (70).

Crnak navodi da depresija nastaje kada je čovjek, zbog ranjenosti svoje duhovne duše ili teške situacije okrenut isključivo negativnim mislima te ne vjeruje da se njegov život može okrenuti na dobro. Upravo iz tog razloga nužno je liječiti duhovnu dušu jer ona dovodi čovjeka u dodir sa smislom te potiče osobu da dublje spozna uzrok svoje patnje i souči se sa problemima. Bog je središte i izvor čovjekove duhovne dimenzije te je zato vjera u Njega dobar lijek protiv depresije (77).

Molitva također spada pod oblik duhovne terapije te se posljednjih godina istražuje njezina povezanost i učinak na depresiju. Istraživanja pokazuju kako molitva utječe na smanjenje depresivnih simptoma, povećani optimizam i bolju reakciju na bolest (78). Osobe koje boluju od depresivnog poremećaja često imaju osjećaj krivnje, besmislenosti i tjeskobe. Duhovna terapija uz poticanje vjere i duhovnog razvoja kod depresivnog bolesnika može pomoći u uklanjanju tih negativnih osjećaja i samim time pozitivno utjecati na sam oporavak. Čovjek je zdrav kao cjelovito biće samo kada je i njegova duhovna dimenzija zdrava te je stoga u depresiji, uz psihičku, tjelesnu i socijalnu, nužno liječiti i duhovnu dimenziju. Samo tako je moguće spriječiti ponavljanje depresivnih epizoda i postići potpuni oporavak bolesnika.

11. ZAHVALE

Želim se zahvaliti Bogu, svojoj obitelji, zaručnici Ivi i svim prijateljima što su bili uz mene tijekom svih godina studija. Zahvaljujem i mentorici dr. sc. Bjanki Vuksan-Ćusi na pomoći i strpljenju prilikom pisanja ovog diplomskog rada.

12.Literatura

1. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2021.
2. Begić D. (ur.) Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2022.
3. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-National Associations Between Gender and Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*. 2009 Jul 1;66(7):785.
4. Briley M, Lépine JP. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2011 May;7(1):3.
5. World Health Organization. Mental Health [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
6. Engel GL. The Need for a New Medical model: a Challenge for Biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129–36.
7. Shastri P. Resilience: Building immunity in psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*. 2013;55(3):224. doi:10.4103/0019-5545.117134.
8. Poole JC, Dobson KS, Pusch D. Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. *Child Abuse & Neglect*. 2017 Feb;64(64):89–100.
9. Schulz A, Becker M, Van der Auwera S, Barnow S, Appel K, Mahler J, et al. The impact of childhood trauma on depression: Does resilience matter? Population-based results from the Study of Health in Pomerania. *Journal of Psychosomatic Research*. 2014 Aug;77(2):97–103.
10. Ran L, Wang W, Ai M, Kong Y, Chen J, Kuang L. Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*. 2020 Oct;262:113261.
11. Josephson AM, Dell ML. Religion and spirituality in child and adolescent psychiatry: a new frontier. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2004 Jan;13(1):1–15.

12. Zuckerman M, Silberman J, Hall JA. The Relation Between Intelligence and Religiosity. *Personality and Social Psychology Review*. 2013 Aug 6;17(4):325–54.
13. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1967;5(4):432–43. doi:10.1037/h0021212
14. Hirshbein L. Religion and Spirituality, Meaning, and Faith in American Psychiatry From the 19th to the 21st Century. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2020 Aug;208(8):582–6.
15. Coelho-Júnior HJ, Calvani R, Panza F, Allegri RF, Picca A, Marzetti E, et al. Religiosity/spirituality and mental health in older adults: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Medicine*. 2022;9. doi:10.3389/fmed.2022.877213.
16. Koenig HG. Religion, spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012:1–33. doi:10.5402/2012/278730
17. Bathgate D. Psychiatry, Religion and Cognitive Science. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2003 Jun;37(3):277–85.
18. Moral therapy and the problem of morale. *American Journal of Psychiatry*. 1977 Mar;134(3):267–72.
19. Lucchetti G, Koenig HG, Lucchetti ALG. Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. *World Journal of Clinical Cases*. 2021 Sep 16;9(26):7620–31.
20. Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*. 2014 Sep;27(5):358–63.
21. Kim CY. Carl Gustav Jung and Granville Stanley Hall on Religious Experience. *Journal of Religion and Health*. 2016 Apr 19;55(4):1246–60.
22. Koenig H. Spirituality, wellness, and quality of life*1. *Sexuality, Reproduction and Menopause*. 2004 Jun;2(2):76–82.
23. Moreira-Almeida A, Sharma A, van Rensburg BJ, Verhagen PJ, Cook CCH. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry*. 2016 Feb;15(1):87–8.
24. Brigitta B. Pathophysiology of depression and mechanisms of treatment. *Pathophysiology of Depression*. 2022 Apr 1;4(1):7–20.

25. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clinics of North America*. 2012 Mar;35(1):51–71.
26. Pal MM. Glutamate: The Master Neurotransmitter and Its Implications in Chronic Stress and Mood Disorders. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2021 Oct 29;15.
27. Palazidou E. The neurobiology of depression. *British Medical Bulletin*. 2012;101(1):127–45. doi:10.1093/bmb/lds004
28. Abraham K. A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders. In: *Selected Papers on Psychoanalysis* New York, NY: Basic Books, 1953, p. 418-501.
29. Bibring, E. (1953). The Mechanism of Depression. In P. Greenacre (Ed.), *Affective Disorders* (pp. 13-28). New York: International Universities Press
30. 1. Haddad SK, Reiss D, Spotts EL, Ganiban J, Lichtenstein P, Neiderhiser JM. Depression and internally directed aggression: Genetic and environmental contributions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2008;56(2):515–50. doi:10.1177/0003065108319727
31. Klein M. *The writings of Melanie Klein*. London: Hogarth Press And The Institute Of Psycho-Analysis; 1975.
32. Gregurek R. Psihoterapija depresija. *Medicus* [Internet]. 2004 [pristupljeno 02.07.2023.];13(1_Depresija):95-100. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/19811>
33. Beck AT. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979.
34. Seligman MEP. *Learned helplessness*. New York: Psychology Today; 1973.
35. Hammen C. Stress and Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005 Apr;1(1):293–319.
36. Jakovljević M, Loga S, Ćorić ŠŠ, Pajević I, Nikić M, Babić D i drugi. (ur.) *Duhovnost u suvremenoj medicini i psihijatriji: Dileme i izazovi*. Zagreb: Pro Mente, 2010
37. Kennedy SH. Core symptoms of major depressive disorder: Relevance to diagnosis and treatment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2008;10(3):271–7. doi:10.31887/dcns.2008.10.3/shkennedy.
38. Fishbain DA. Re: The meeting of pain and depression: comorbidity in women. 2000 Feb 1;45(1):88–8.

39. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2016 Sep 15;2(1).
40. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depression and Anxiety*. 2013 Nov 22;31(6):459–71.
41. Egan KJ. *Carmelite prayer : a tradition for the 21st century*. New York: Paulist Press, 2003.
42. IVAN OD KRIŽA, *Tamna noć- Split: Symposion*, 2004.
43. Glòria Durà-Vilà. *Sadness, Depression, and the Dark Night of the Soul*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2017
44. Kheriaty AD. *Catholic Guide to Depression*. Nashua: Sophia Institute Press, 2012.
45. O'Connor M. Spiritual Dark Night and Psychological Depression: Some Comparisons and Considerations. *Counseling and Values*. 2002 Jan;46(2):137–48.
46. Taj R, Saleem Ayaz Khan. A study of reasons of non-compliance to psychiatric treatment. 2005 Aug 12;17(2):26–8.
47. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine*. 2000;160(14):2101. doi:10.1001/archinte.160.14.2101
48. Koenig HG. Spirituality and Koenig HG. *Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review*. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009 May;54(5):283–91.
49. Dein S. Religion, spirituality, depression, and anxiety: Theory, research, and practice. *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 2): An applied psychology of religion and spirituality*. 2013;241–55.
50. Jones AC. Transference and Countertransference. *Perspectives In Psychiatric Care*. 2004 Jan;40(1):13–9.
51. Markin RD, McCarthy KS, Barber JP. Transference, countertransference, emotional expression, and session quality over the course of supportive expressive therapy: The raters' perspective. *Psychotherapy Research*. 2013 Mar;23(2):152–68.

52. Abernethy AD, Lancia JJ. Religion and the psychotherapeutic relationship. Transferential and countertransferential dimensions. 1998 Jan 1;7(4):281–9.
53. Spero MH, Mester R. Countertransference envy toward the religious patient. *The American Journal of Psychoanalysis*. 1988 Mar;48(1):43–55.
54. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2016 Mar 28;12(1):307–30.
55. Mihaljević S, Aukst-Margetić B, Vuksan-Ćusa B, Koić E, Milošević M. Hopelessness, suicidality and religious coping in Croatian war veterans with PTSD. *Psychiatria Danubina* 2012;24(3):292-7.
56. Nelson C, Jacobson CM, Weinberger MI, Bhaskaran V, Rosenfeld B, Breitbart W, et al. The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Annals of Behavioral Medicine*. 2009;38(2):105–14. doi:10.1007/s12160-009-9139-y
57. Sorenson AM, Grindstaff CF, Turner RJ. Religious involvement among unmarried adolescent mothers: A source of emotional support? *Soc Rel* 1995; 56:71-81.
58. Rasic D, Robinson JA, Bolton J, Bienvenu OJ, Sareen J. Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: Findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Journal of Psychiatric Research*. 2011 Jun;45(6):848–54.
59. Mihaljevic S, Aukst-Margetic B, Karnicnik S, Vuksan-Cusa B, Milosevic M. Do spirituality and religiousness differ with regard to personality and recovery from depression? A follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*. 2016 Oct;70:17–24..
60. Mihaljević S, Aukst-Margetić B, Vuksan-Ćusa B, Karničnik S, Jakovljević M. Spirituality and Its Relationship with Personality in Depressed People: Preliminary Findings. *Journal of Religion and Health*. 2014 Jul 18;54(6):2099–110.
61. Koenig HG, Pearce MJ, Nelson B, Daher N. Effects of religious versus standard cognitive-behavioral therapy on optimism in persons with

- major depression and chronic medical illness. *Depression and Anxiety*. 2015 Jul 28;32(11):835–42.
62. Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ. Religious Affiliation and Suicide Attempt. *American Journal of Psychiatry*. 2004 Dec;161(12):2303–8.
63. Ganczarek J, Hünefeldt T, Olivetti Belardinelli M. From “Einfühlung” to empathy: exploring the relationship between aesthetic and interpersonal experience. *Cognitive Processing*. 2018 May;19(2):141–5.
64. Wispé L. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986;50(2):314–21.
65. Liu Q, He H, Yang J, Feng X, Zhao F, Lyu J. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of Psychiatric Research*. 2019 Aug;126(126).
66. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. 2010 Jul 22;40(2):218–27.
67. Riess H. The Science of Empathy. *Journal of Patient Experience [Internet]*. 2017 May 9;4(2):74–7.
68. James W. *The Varieties of Religious Experience*. Routledge; 2003.
69. Stewart C, Lawrence S, Burg MA. Exploring the Relationship of personality characteristics and spirituality to empathy: Does spirituality add to our understanding? *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*. 2018 Dec 24;38(1):3–20.
70. Ivančić T, *Dijagnoza duše i hagioterapija*. Treće izdanje. Zagreb: Teovizija, 2006.
71. Berrett ME, Hardman RK, P. Scott Richards. The Role of Spirituality in Eating Disorder Treatment and Recovery. 2010 Jan 1;
72. Propst LR, Ostrom R, Watkins P, Dean T, et al. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992;60(1):94–103.

73. Amen DG. Healing the hardware of the soul : enhance your brain to improve your work, love, and spiritual life. New York: Free Press; 2008.
74. Ivančić T. *Začetak i razvoj hagioterapije*. Zagreb: Teovizija, 2016.
75. Ivančić T. Duhovno pomoći čovjeku. Zagreb: Teovizija, 2008.
76. Ivančić T. Hagioterapija u susretu s čovjekom. Zagreb: Teovizija 2015.
77. Crnak L. Hagioterapijska ljekarna. Zagreb: Teovizija, 2016.
78. Anderson JW, Nunnelley PA. Private prayer associations with depression, anxiety and other health conditions: an analytical review of clinical studies. *Postgraduate Medicine*. 2016 Jul 22;128(7):635–41.

13.ŽIVOTOPIS

Rođen sam u Zagrebu 27. rujna 1998. Nakon završene osnovne škole Gračani, 2014. godine upisujem VII.Gimnaziju, a 2017. upisujem Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.