Stres u kliničkoj medicini – biologijski, psihodinamski i socijalni faktori

Marčinko, Darko; Aurer, Zdenka; Bajs Janović, Maja; Beinrauch, Tihana; Begić, Dražen; Begovac, Ivan; Bestulić, Sara; Bilić, Vedran; Bokić Sabolić, Anđelina; Bolanča Erak, Marina; ...

Edited book / Urednička knjiga

Publication status / Verzija rada: **Published version / Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)**

Publication year / Godina izdavanja: **2021**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:915440

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository

Darko Marčinko i suradnici

“Stres u kliničkoj medicini – biologijski, psihodinamski i socijalni faktori“

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU MEDICINSKI FAKULTET

Darko Marčinko i suradnici

“Stres u kliničkoj medicini – biologijski, psihodinamski i socijalni faktori“

Urednik:

prof. dr. sc. Darko Marčinko, dr. med.

Recenzenti:

prof. dr. sc. Neven Henigsberg, dr.med.

prof. dr. sc. Tomislav Franić, dr. med.

Izdavač i nakladnik:

Sveučilište u Zagrebu

Medicinski fakultet

ISBN: 978-953-6255-84-9

Zagreb, svibanj 2021.

Autorska prava: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2021.

Sadržaj

1. poglavlje	Ličnost liječnika u zdravlju i bolesti	Darko Marčinko	Str. 1
2. poglavlje	Biološki učinci stresa	Marina Šagud, Bjanka Vuksan Ćusa i Nela Pivac	Str. 42
3. poglavlje	Autogeni trening kao metoda suzbijanja stresa	Vedran Bilić i Darko Marčinko	Str. 71
4. poglavlje	Ishodi kriznih intervencija kod medicinskog osoblja	Špiro Janović	Str. 107
5. poglavlje	Stres djeteta iz pozicije dječjeg i adolescentnog psihijatra	Ivan Begovac	Str. 119
6. poglavlje	Psihičko zdravlje liječnika u pandemiji i nakon potresa	Dražen Begić	Str. 126
7. poglavlje	Neuroznanost i briga o sebi	Maja Bajs Janović	Str. 148
8. poglavlje	Metabolički sindrom kod medicinskog osoblja	Bjanka Vuksan Ćusa i Marina Šagud	Str. 165
9. poglavlje	Stres generacija, rat i COVID	Rudolf Gregurek	Str. 172
10. poglavlje	Doživljaj stresa i percepcija rizika kod zdravstvenih djelatnika vezano uz SARS-COV-2	Zorana Kušević, Darko Marčinko i Dunja Jurić Vukelić	Str. 204
11. poglavlje	Stres i poremećaji mentalizacije	Milena Skočić Hanžek	Str. 223
12. poglavlje	Promišljanja o traumatskom sramu: kako biti nevidljiv	Berislav Tentor	Str. 232
13. poglavlje	Razumijevanje značenja lijeka i bolesti	Marija Šarić i Anđelina Bokić Sabolić	Str. 252
14. poglavlje	Psihodinamski pristup u individualnoj terapiji u kojoj je liječnik bolesnik	Sanja Štrbe, Vedran Bilić, Mario Stipčević i Darko Marčinko	Str. 272
15. poglavlje	Stres i stresori na radnom mjestu u kliničkoj medicini- rizični i protektivni faktori	Suzan Kudlek Mikulić i Jasmina Grubišin	Str. 278
16. poglavlje	Opći distres, sindrom sagorijevanja i sekundarna traumatizacija kod medicinskih sestara i tehničara u Covid-19 pandemiji	Sara Bestulić, Nenad Jakšić, Zdenka Aurer i Darko Marčinko	Str. 287
17. poglavlje	Perfekcionizam u medicini	Maja Šeparović Lisak, Duško Rudan i Marija Božičević	Str. 309
18. poglavlje	Uloga nesvjesnog u medicinskoj praksi – anti stresni učinci	Saša Jevtović i Andrea Ražić Pavičić	Str. 323
19. poglavlje	Mehanizmi obrane u liječnika	Marina Bolanča Erak	Str. 335
20. poglavlje	Radnoterapijska perspektiva okupacijske neravnoteže nastale kao posljedica pandemije i njezina uloga u razvoju stresa u kliničkoj medicini	Tihana Beinrauch i Ivana Vasilj	Str. 341

Predgovor urednika

Tekstovi knjige **“Stres u kliničkoj medicini – biologijski, psihodinamski i socijalni faktori”** vezani su uz istoimeni stručno-znanstveni skup. Povod za organiziranje stručno-znanstvenog skupa i izdavanje ove knjige je prepoznavanje i analiza polimorfnih faktora stresa u liječnika te drugih medicinara. Postoji rastuća potreba za pomaganjem medicinskim timovima koji u tijeku pandemije COVID-19 (kao i tijekom distresa vezanog uz posljedice potresa) pojačano rade te imaju nove i brojne izazove. Vodeći autori poglavlja u knjizi, stručnjaci su Klinike za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb, a koji su temeljem vlastitih i iskustava drugih autora razvili usko specijalizirani pristup temi stresa. Želim naglasiti da je 2021. godina, godina u kojoj psihijatrijska klinika na Rebru obilježava 50 godina postojanja (nekadašnja Klinika za psihijatriju osnovana je 1971.g.). Želimo iskoristiti znanja i vještine psihijatrije te psihološke medicine kako bi pomogli kolegama zaposlenim u kliničkoj medicini, u prepoznavanju brojnih faktora stresa. Naša namjera je naglasiti i brojne preventivne te terapijske mogućnosti koje psihijatrija s psihološkom medicinom nudi. S obzirom da smo svjedoci brojnih socijalnih utjecaja na mentalno zdravlje, jedan od naših ciljeva je da uz biologijske i psihodinamske faktore objasnimo i socijalne faktore povezane uz stres u medicini 21. stoljeća. Uzevši u obzir činjenicu da su autori u knjizi liječnici-specijalisti s užim specijalizacijama iz biologijske psihijatrije, psihoterapije te forenzičke psihijatrije, psiholozi, medicinske sestre i radni terapeuti, tekstovima ove knjige pokrivena su brojna bitna područja djelovanja u borbi protiv negativnih posljedica stresa kao i jačanju mentalnog zdravlja.

Prof.dr.sc. Darko Marčinko

Zagreb, svibanj 2021.g.

Podaci o autorima (abecednim redom navedeni):

- Aurer Zdenka, mag.med.techn., Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: zaurer@kbc-zagreb.hr
- Bajs Janović Maja, doc.dr.sc., prim.dr.med., spec.psihijatar, uži spec. biologijske psihijatrije, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: mbajs@yahoo.com
- Beinrauch Tihana, bacc.therap.occup., Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: tihana.beinrauch@kbc-zagreb.hr
- Begić Dražen, prof.dr.sc., dr.med., specijalist psihijatar, uži specijalist biologijske psihijatrije, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: drazen.begic@mef.hr
- Begovac Ivan, prof.dr.sc., prim.dr.med., uži specijalist dječje i adolescentne psihijatrije, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb, E-mail: ivan.begovac@mef.hr
- Bestulić Sara, mag.psih., Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: sara.bestulic@gmail.com
- Bilić Vedran, dr.sc., prim.dr.med., spec.psihijatar, uži specijalist psihoterapije, psihoanalitički psihoterapeut, grupni analitičar, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: vbilic@kbc-zagreb.hr
- Bokić Sabolić Anđelina, dr.med., specijalist psihijatar, uži specijalist dječje i adolescentne psihijatrije, Dom zdravlja Zagreb Istok. E-mail: a.bokic.sabolic@gmail.com.
- Bolanča Erak Marina, dr.med., spec.psihijatar, uži specijalist psihoterapije, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: marina.bolanca@kbc-zagreb.hr
- Božičević Marija, mag.med.techn., Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: marija.bozicevic@kbc-zagreb.hr
- Gregurek Rudolf, prof.dr.sc., dr.med., spec.psihijatar, uži specijalist psihoterapije, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: rudolf.gregurek@mef.hr
- Grubišin Jasmina, prim.dr.sc., dr.med., spec.psihijatar, uži specijalist biologijske psihijatrije, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: jasmina.grubisin@kbc-zagreb.hr

- Jakšić Nenad, mag.psih., Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: nenad_jaksic@yahoo.com
- Janović Špiro, doc.dr.sc., prim.dr.med., specijalist psihijatar, uži specijalist biologijske psihijatrije i forenzičke psihijatrije, Državni tajnik u Ministarstvu hrvatskih branitelja. E-mail: sjanovic@gmail.com
- Jevtović Saša, doc.dr.sc., dr.med., spec.psihijatar, uži specijalist psihoterapije, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: sasa.jevtovic@kbc-zagreb.hr
- Jurić Vukelić Dunja, mag.psih., Fakultet hrvatskih studija – odsjek za psihologiju. E-mail: djuric@hrstud.hr
- Kudlek Mikulić Suzan, dr.sc., dr.med., spec.psihijatar, uži specijalist psihoterapije, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: kudleks@yahoo.com
- Kušević Zorana, prof.dr.sc.,.dr.med., specijalist psihijatar, uži specijalist psihoterapije te dječje i adolescentne psihijatrije, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: zorana.kusevic@kbc-zagreb.hr
- Marčinko Darko, prof.dr.sc., prim.dr.med., spec.psihijatar, uži specijalist biologijske psihijatrije, psihoterapije i forenzičke psihijatrije, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: niarveda@gmail.com
- Pivac Nela, prof.dr.sc., dr.vet.med., red. prof. na Sveučilištu Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Zavod za molekularnu medicinu Instituta Ruđer Bošković u Zagrebu. E-mail: npivac@irb.hr
- Ražić Pavičić Andrea, dr.med., spec.psihijatar, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: anrazic@gmail.com
- Rudan Duško, dr.med., spec.psihijatar, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: dusko.rudan@gmail.com
- Skočić Hanžek Milena, prof.dr.sc., dr.med., spec.psihijatar, uži specijalist biologijske psihijatrije i psihoterapije, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: milena.skocic@gmail.com
- Stipčević Mario, dr.med., spec.psihijatar, uži spec. psihoterapije, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: mario.stipcevic@kbc-zagreb.hr
- Šagud Marina, prof.dr.sc., dr.med., spec.psihijatar, uži specijalist biologijske psihijatrije, Klinika za psihijatriju i

psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: MarinaSagud@mail.com

- Šarić Marija, prim.dr.sc., dr.med., spec.psihijatar, uži specijalist psihoterapije, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: marija.saric@yahoo.com
- Šeparović Lisak Maja, dr.med., spec.psihijatar, uži specijalist biologijske psihijatrije, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: mseparoviclisak@gmail.com
- Štrbe Sanja, dr.sc., dr.med., spec.psihijatar, uži specijalist psihoterapije, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: strbes@gmail.com
- Tentor Berislav, prim. dr.med., spec.psihijatar, uži specijalist psihoterapije, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: berislav.tentor@kbc-zagreb.hr
- Vasilj Ivana, bacc.therap.occup., Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: ivana.vasilj@kbc-zagreb.hr
- Vuksan Ćusa Bjanka, doc.dr.sc., prim.dr.med., spec.psihijatar, uži specijalist biologijske psihijatrije, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb. E-mail: bjanka.vuksan@gmail.com

Recenzije

(1)

Knjiga Darka Marčinka i suradnika sveobuhvatno je djelo koje objedinjuje primjenu suvremenih spoznaja u dijagnostici, terapiji i istraživanjima stresa u kliničkoj medicini, obuhvaćajući svu složenost međudjelovanja psihodinamskih, biologijskih, socijalnih i drugih čimbenika u etiologiji, kliničkoj pojavnosti i prognostičkoj raznolikosti stresa, sa stresom povezanih stanja i njihovih posljedica. Urednik i suradnici koji su svojim doprinosom obogatili kvalitetu knjige vrhunski su stručnjaci na području psihijatrije, a naročito na onom koje je posebno usmjereno k liječenju i istraživanjima vezanim uz stres te srodna stanja i bolesti.

Premda su svi zdravstveni radnici dijelom svjesni svakodnevnog suočavanja sa stresom i iako je stres u kliničkoj medicini svakodnevna tema, iznenađujuće je da je ova knjiga jedan od prvih radova naše znanstvene i stručne publicistike usmjerena isključivo k prepoznavanju kliničkog stresa te načinima otklanjanja situacija koje mogu do njega dovesti.

Uz svakodnevnicu uzrokovanja stresa drugima i proživljavanja stresa kod svakoga od nas, skloniji smo prepoznati posljedice stresa kod nas samih, no moguće smo manje skloni uvidjeti loše posljedice koje iz naših postupaka pod utjecajem stresa proizlaze i opsega do kojeg se naše nezadovoljstvo širi. Ova je knjiga, stoga, ne samo pomoć u prepoznavanju problema onih koji se bave liječenjem drugih, nego pomoć i svima onima koji tu pomoć traže.

Početna je namjena knjige bila stres kao poveznica svih grana kliničke medicine, no obuhvatom povezuje i razradu svih kliničkih posljedica koje su uzrokovane stresom. Takvom širinom najbolje odražava interdisciplinarnost klinički primijenjene neuroznanosti i suočava nas s realitetom nepostojeće podvojenosti emocionalne i kognitivne disfunkcionalnosti od „somatske“ medicine.

Brojnost autora i različitost pristupa osigurali su da knjiga daleko nadmašuje prvotnu namjenu i da postane vrijedan nastavni materijal s primjenom na svim razinama edukacije kako u psihijatriji, tako i u drugim kliničkim granama medicine i medicinske znanosti.

Prof.dr.sc. Neven Henigsberg

(2)

U psihijatriji ne postoje tipično patološka stanja. Čak i halucinacije nisu nužno znak duševne bolesti. Kao profesionalci, mi psihijatri smo stalno na skliskom dijagnostičkom terenu. Nemamo jasne markere što je patološko, a što nije. Stres nije izuzetak, on je naš svakodnevni pratitelj. U količini koja ne prelazi naše kompenzacijske mehanizme mi trebamo sve ono što se aktivira ispod vrha sante leda koju možemo nazvati stres. Sve ono što leži ispod površine, promatrali to psihodinamski ili biološki, je ono što čovjeka drži na životu u okolnostima opasnosti ali ga tjera i naprijed. Kao struka tu smo prilično posebni. Koje su posebnosti vezane za liječničku struku? Pa reklo bi se da je u našem slučaju vaga nagnutija prema nekompenziranoj strani i sagorijevanju jer su utezi rizičnih faktora teži. Pitam se je li potrebno trošiti dodatni prostor da bih otkrio toplu vodu i uvjerio nas kolikom stresu smo izloženi. Je li to posljedica kadrovskog deficita i organizacijskog stanja sustava ili jednostavno osobitostima struke? Sindrom sagorijevanja je u Hrvatskoj kao učestao već utvrđen i u liječnika obiteljske medicine, bolničkih liječnika bez obzira pripadaju li kirurškoj ili nekirurškoj struci te u liječnika na hitnim prijemima. U svim slučajevima govorimo o učestalosti većoj od 20%. Dakle ugroženija smo skupina od opće populacije, ali i lošiji pacijenti osobito psihijatri. U ovoj knjizi su lijepo i razumljivo opisani brojni fenomeni stresa u kliničkoj medicini. Liječnici općenito manje traže pomoć za probleme ako ih primijete ili uopće priznaju sebi da problem postoji. Nebitno je li riječ o najčešćem, a to je generalizirani općeniti stres, ili specifični psihički problemi poput depresije, ovisnosti i slično. Razlog je strah od stigme, negativnih posljedica na poslu ali i narav naše edukacije koja nas usmjerava prema samostalnom rješavanju problema. Poticani smo u vlastitoj omnipotenciji pothranjenoj često i od strane okoline, pa zašto onda ne bi bili sposobni pomoći sami sebi. Tko će ako ne mi sami? Knjiga kroz konkretne primjere daje odgovore na ova pitanja. Stoga sam mišljenja da se ispred nas nalazi tekst koji nas treba potaknuti na razmišljanje i osvijestiti vlastite slabosti kao i neke od načina kako se s njima nositi. Ova knjiga, pod uredništvom prof.dr. Darka Marčinka koji je predstojnik Klinike za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb, odličan je primjer sveobuhvatnog pristupa stresu u kliničkoj medicini. To je i put kojim treba ići u kliničkom, znanstvenom i edukativnom smislu. Raznolikost tema i čak 31 autor u knjizi, ukazuju kako je timski pristup najbolji kada se suočavamo sa stresom u kliničkoj medicini. Siguran sam da će knjiga biti rado čitana, kako od medicinara, tako i od ostatka populacije, a s ciljem dobivanja korisnih informacija koje mogu pomoći u jačanju mentalnog zdravlja.

Prof.dr.sc. Tomislav Franić

1. poglavlje

Ličnost liječnika u zdravlju i bolesti

Darko Marčinko

Freud: dvije su stvari bitne za čovjeka - voljeti i raditi!

Uvod

Medicinska profesija je dinamična i izazovna. Napredak medicine je prisutan na brojnim razinama, što liječnicima omogućuje bolji uvid u razumijevanje nastanka bolesti i poremećaja, a istovremeno nudi sve više terapijskih izazova. Unatoč pozitivnoj dimenziji, medicina ima i dimenziju stresa, a svaki stres utječe na zdravlje. Samim time, stres utječe i na zdravlje liječnika te drugog medicinskog osoblja. Brojna su otvorena pitanja kada je zdravlje samih liječnika u pitanju. Liječnik u svom radu liječi druge ljude. Da li je jednostavno biti u suprotnoj poziciji i postati bolesnik nekog drugog liječnika? Stopa suicida među liječnicima je značajna u tzv. zapadnoj civilizaciji, koji su tome razlozi? Da li liječnici koji se svojim radom bore protiv stigme i predrasuda mogu prihvatiti da stigma vezana uz psihičke poremećaje ipak i danas postoji? Studij nas uči da budemo jaki (prvenstveno kognitivno i iskustveno), a manje nas uči kako da se nosimo s vlastitim slabostima, kako da se nosimo s gubicima koje nosi sama medicina. U nastavku teksta biti će govora i o emocijama koje su sastavni dio medicine, a liječnici ih često nisu svjesni, u fokusu su emocije srama i krivnje kao tzv. master emocije. Isto tako, kroz konkretne primjere naglasit će se pozitivna uloga psihoterapije, kao primjera uspješnog rada na svojim mentalnim potencijalima i pomoći u postizanju psihičkog mira i sklada.

U nastavku teksta navedeni su opisi dijela bitnijih teorija i praktičkih iskustava kao i konkretnih primjera vezanih uz stres i rezilijenciju liječnika.

Psihodinamika i liječnici: kako pobijediti „zatvorenika prošlosti" u sebi?

Termin dinamika (ili psihodinamika), odnosi se na psihičku dinamiku mentalnog funkcioniranja čovjeka, s posebnim naglaskom na nesvjesnim procesima. Liječnici, kao i drugi ljudi, imaju život koji nije samo u domeni svjesnog, nego dijelom i pod okriljem nesvjesnog, a isto tako uz kognitivni-intelektualni dio postoje i njegove emocionalne sastavnice. Da bismo bolje razumjeli dinamiku i funkcioniranje liječnika, kako na poslu (u medicinskom okruženju) tako i kroz tzv. slobodno vrijeme, psihodinamika nam daje utemeljena objašnjenja. Opservacija fenomena vanjske realnosti, udružena s analizom unutrašnje realnosti osobe (i grupe) daje nam cjelovit doživljaj. U analizi unutrašnjeg realiteta, psihodinamska analiza je temeljna. Termin "zatvorenici prošlosti" opisuje dinamiku opetovanih problemskih ponašanja osobe koja su uvjetovana ranijim psihološki konfliktnim temama koje osoba nije razriješila i stalno ih nosi u sebi. Psihoterapijski pristup, odnosno dubinska analiza s naglaskom na problemsko i nesvjesno, donosi odgovore na brojna pitanja koja si liječnik postavlja. Unatoč želji za odgovorima na sva pitanja, to nije skroz jednostavno. Odgovori dolaze postupno i procesno, a rad na vlastitim strahovima i drugim osjećajima omogućuje liječniku pronalazak mjere. Mjera znači sklad, a to je analogija duševnog mira. Freud je davno identificirao ljubav i rad kao dva ključna faktora čovjekovog zadovoljstva, a navedeno vrijedi i za liječnike. Važno je objasniti i jedan manje poznati termin koji odražava problem funkcioniranja liječnika na razini posao- obiteljski život, a to je **psihologija postponiranja**. Termin psihologija postponiranja (Gabbard i Menninger, 1989) očituje se time da bolnički liječnici redovno ostaju duže na poslu, dolaze i subotama i nedjeljama na posao van dežurstava, a s ciljem da pokažu (bolesnicima, drugim kolegama) svoj požrtvovni pristup. Navedeno dugo ostajanje na poslu

racionalizira se činjenicom da je to samo prolazno i da je situacijski uvjetovano. Ultimativno, psihologija postponiranja mogla bi se nazvati i **psihologijom izbjegavanja** (Gabbard i Menninger 1989). Liječnik koristi pretjeranu aktivnost na poslu kao bijeg, odnosno izbjegavanje intimnosti u bliskim obiteljskim i partnerskim odnosima, a pri tome kroz racionalizaciju i ostale mehanizme obrane pronalazi "logično objašnjenje". Istraživanje na 134 liječnika i 125 njihovih supružnika (Gabbard i sur., 1987), pokazuje da se različito doživljavaju temeljni uzroci bračnih problema. Liječnici smatraju da je izvor bračnih sukoba produženo vrijeme boravka liječnika na poslu, dok supružnici liječnika smatraju da je temeljan problem nedostatak intimnosti. Jedan od zaključaka ovog istraživanja je da pretjerano vrijeme koje liječnik provede na poslu više simptom, a manje uzrok bračnih problema. Primijenjena psihodinamika naglašava važnost slušanja u poboljšanju bračnih odnosa, slušanja koje nije praćeno moralizirajućim komentarima već empatijom. Dio liječnika pretjerano bira poslovni ambijent jer imaju bolju kontrolu i bolji osjećaj moći nego kod kuće, gdje su stvari spontanije i van njihove kontrole, a tamo vrijede i drugačiji psihološki zakoni nego na poslu. Prehrana liječnika kao i fizička aktivnost mogu biti kompromitirani pretjerano dugim ostajanjem na poslu, a gubi se i prirodni zakon ravnoteže između rada i odmora. Pretjerani angažman i dugo ostajanje na poslu mogu potencirati nepovoljne mehanizme suočavanja sa stresom. Jedan od nepovoljnih oblika suočavanja sa stresom je i primjena sredstava iz kruga raznih ovisnosti. Gabbard ističe da rečenica koja otvara put prema ovisnosti o alkoholu u liječnika glasi: "Nakon dugog i teškog dana zaslužujem piće za smirenje".

Primjer osjećaja krivnje radi nemogućnosti stvaranja balansa na razini posao-obitelj.

37-godišnja liječnica, specijalist je interne medicine, rukovoditelj odjela, a uz to i fakultetski nastavnik. Udata je i majka 3-godišnjeg djeteta. Zadnjih par godina primjećuje da se s obzirom na napredovanje u struci, pojačava i spektar njezinih dnevnih obveza na radnom mjestu tako da često ostaje na poslu i nakon završetka radnog

vremena. Zbog bolesti djeteta, u par navrata je koristila bolovanje. Navodi da kada je nema par dana na poslu radi bolovanja vezanog uz brigu o djetetu, ima osjećaj krivnje prema svojim bolesnicima o kojima tada ne može brinuti. S druge strane, kada radi, često ostaje prekovremeno, a tada ima osjećaj krivnje jer ne provodi dovoljno vremena sa svojom obitelji. Perfekcionizam koji neki liječnici pokazuju na poslu, prisutan je i u funkciji njihove roditeljske uloge. Perfekcionizam je praćen idealizacijama i osjećajem anksioznosti jer ishod ponašanja (kako na poslu, tako i u obitelji) nikada nije dovoljno dobar, radi previsokih ego ideala. Žene liječnice tradicionalno imaju jači angažman na razini obiteljskih obveza, što ukazuje na jači osjećaj krivnje ako nije postignut balans na razini posao-obitelj. Ovaj osjećaj krivnje povećava rizik od depresivnih reakcija. Ukoliko nije postignut neki optimum ravnoteže, postoji veća vulnerabilnost za burn-out, depresiju i suicidalno ponašanje. Ova liječnica uključila se u vježbanje autogenog treninga. Unatoč brojnim obvezama, shvatila je kako joj autogeni trening značajno pomaže u očuvanju životne ravnoteže. Psihodinamske poruke koje je nakon vježbi autogenog treninga dobivala od voditelja autogenog treninga, otvorile su joj nove dimenzije razvoja osobnosti.

Od tradicionalnog, biomedicinskog (redukcionističkog) do holističkog (integrativnog) pristupa u medicini

Istraživanje Josie A. Wilson fokusiralo se na razlike između liječnika koji koriste biomedicinski pristup u odnosu na liječnike koji su skloniji holističkom pristupu. Promatrana su tri vremenska razdoblja za liječnike: prije završetka studija medicine, na početku liječničke prakse i kasnije tijekom aktualne liječničke prakse. Dvije druge bile su dosta slične u nizu parametara kao i bitnom faktoru da su s vremenom trajanje medicinske prakse, obje grupe više vjerovale u holistički pristup u medicini. Ustanovljena je razlika između dviju skupina po pitanju korištenja psiholoških mehanizama obrane. Biomedicinska grupa više je koristila nezreli mehanizam poricanja, izbjegavanja kao i neke druge pasivne strategije suočavanja sa stresom kao što je racionalizacija. Holistička grupa više se identificirala s dubljim

duhovnim, filozofskim i političkim stavovima. U holističkoj grupi više su se koristile tehnike relaksacije, vježbanje i rad na nutritivnim modelima. Razina izloženosti stresu nije se značajno razlikovala između dvije grupe, liječnika. Holistička grupa manje je bila sklona ignoriranju stresa i koristila je više aktivnije te direktnije načine suočavanja sa stresom kao i alternativne mogućnosti koje nudi holistička medicina. Integrativni pristup medicinskim specijalizacijama, uključuje kombinaciju tehničkog pristupa (dominantan u specijalizacijama kao što je radiologija) s interpersonalnim (bliže specijalizacijama kao što je psihijatrija). Socijalni faktori su bitni za zdravlje, a medicina je pod utjecajem socijalnih promjena zadnjih desetljeća dosta orijentirala od tradicionalnog medicinskog modela razumijevanja bolesti prema širem, više holističkom pristupu. Istraživanje Chernissa ukazuje da liječnici koji su skloni idealizacijama u medicini imaju veći rizik razvoja sindroma sagorijevanja. Poricanje kod liječnika ne mora nužno biti maladaptivni mehanizam, nego može biti i adaptivno, optimalno ponašanje. Bitno je naglasiti da psihološki mehanizam obrane nije nužno loš ili dobar, jer je bitan i kontekst. Poricanje se smatra manje zrelim mehanizmom obrane, no postoji i adaptivni oblik. Adaptivno poricanje omogućuje liječniku lakše nošenje s dnevnim kliničkim stresom te odmak od teških emocija koje nose teške životne i medicinske priče bolesnika. Patološko, maladaptivno poricanje liječnika odnosi se na skotome za ponašanja ili postupke koji su štetni po funkcioniranje. Gabbard i Menninger (1988) smatraju da neki liječnici mogu imati problem s anksioznosti vezanom uz smrt tako što pokušavaju trijumfirati u bitkama koje se ne mogu dobiti. Trijumf nad smrti nije moguć uvijek jer medicina ne može pomoći baš uvijek, osobito kada se radi o terminalnim fazama teških bolesti. Neki specijalisti, kao primjerice psihijatri, imaju značajniji problem anksioznosti vezane uz smrt, u odnosu na druge specijaliste (Viswanathan,1996) te se zato mogu naglašeno loše osjećati nakon suicida psihijatrijskog bolesnika kojeg su liječili. Istraživanje Vaillanta i suradnika ukazuje da se liječnici koji imaju pretjeranu brigu za druge, često koriste psihološki mehanizam obrane reaktivne formacije, a putem kojeg se brane od nepriznatih osjećaja vlastitih ovisnih potreba i osjećaja uskraćenosti. Mnogi liječnici su skloni poteškoće povezivati sa stresom na radnom mjestu, međutim istraživanje Vaillanta i

suradnika pokazuje da je upravo suprotno. Dakle, radni stres postaje značajan faktor distresa zbog vulnerabilnosti na razini ličnosti liječnika. Reakcija i adaptacija na radni stres uvjetovani su faktorima ličnosti pojedinog liječnika koji nastaju kroz razvoj, puno ranije nego se završi studij medicine. Istraživanje Baldwina i suradnika (1997) pokazuje da među 142 škotska studenta medicine prve godine koji su kasnije praćeni tijekom njihove specijalizacije, psihički sindrom sagorijevanja nije bio signifikantno povezan sa satima rada u kliničkoj praksi.

"Puno je lakše prepoznati zabludu nego otkriti istinu. Zabluda leži na površini i s njom ćemo lako izići na kraj. Istina počiva u dubini. Tragati za njom nije svačija stvar." Goethe

Lijenost i radoholizam nisu onakvi kakvim se na prvu čine.

Freud je davno (1930) iznio teoriju o principu ugode, u kojoj navodi kako ljudi teže principu ugode i užitka, a odmiču se od neugodnih sadržaja. U knjizi “Pedeset nijansi sive” (James, 2012), opisuju se fantazije različitih vrsta, uključujući seks, nasilje, kaznu i lijenost. U objašnjenju lijenosti, uz modele privrženosti (siguran model privrženosti optimalno regulira afekt te daje temelj sigurnosti djetetu) mogu pomoći analiza separacija—individuacije, identiteta i psihičkog konflikta. Akhtar smatra kako se kroz kompromisnu formaciju može bolje objasniti lijenost nego kroz koncept dijalektike. Freud je smatrao da je u podlozi ljudske inhibicije (na razini seksualnog ili agresivnog poriva) osjećaj srama ili krivnje. Tada može doći do regresije (kao psihološke obrane), kako bi se ostvarilo zadovoljstvo na oralnoj (npr. poremećaj hranjenja) ili analnoj (npr. opsesivno kompulzivni simptomi) razini razvoja. Kompromisna formacija sadrži u sebi karakterni (dubinski) i simptomatski dio (više površinski). U njenom formiranju bitne su želje, superego (krivnja/sram), mehanizmi obrane, percepcija realnosti i afekti. Radoholičar je suprotan model ponašanja od lijenosti. Radoholičar radi naporno, obično duže ostaje na poslu, ima problem kada se treba opustiti, sklon je perfekcionizmu. Od obrana često rabi racionalizacije i reaktivnu formaciju. S obzirom na visoke ego ideale, koji su često nedostižni, postoji stalni rizik srama. Bitno je

psihodinamski razumjeti i paradokse psihe. S obzirom da termin lijen, lijenost i sl., često stvaraju osjećaj srama, osoba putem reaktivne formacije može lijenost pretvoriti u drugo obilježje svog ponašanja. Tako i perfekcionizam nekada može biti reaktivna formacija nastala od izvorne potrebe da se ništa ne radi i da se odmara. Psihodinamski oblici psihoterapija rade na prepoznavanju i rastvaranju reaktivnih formacija, što u konačnici znači da autentični dijelovi ličnosti (koji su obranama bili zaklonjeni) mogu biti aktivniji dio psihičkog funkcioniranja. Sličnosti između lijenosti i radoholizma su prisutne prema dijelu psihodinamskih spoznaja, a tumače se putem sličnosti kompromisne formacije oba modela ponašanja.

Primjer liječnika s paničnim napadajima pred odlazak u mirovinu.

Liječnik koji je postigao velike uspjehe u životu na planu socijalnih, medicinskih, akademskih i drugih vanjskih mjerila uspjeha, počinje osjećati prije 65. godine života visoku anksioznost kao i panične napadaje, upravo pred planirani odlazak u mirovinu. Smatrao je kako treba ostati raditi jer ga bolesnici trebaju te da nije u redu da ih ostavi tek tako. U svom radu bio je poznat kao iznimno vrijedan, visoko organiziran te sklon redu i pravilima. Tijekom karijere uvijek je naglašavao kako ne razumije lijenost kao ljudsku osobinu i kako nikada neće shvatiti zašto neki ljudi kada govore o lijenosti i odmaranju osjećaju jaku ugodu. Ranijih godina, govorio je kako jedva čeka odlazak u mirovinu, kada će se posvetiti nekim aktivnostima van medicine. To je bilo na svjesnoj razini. Anksioznost je ukazivala da postoje i nesvjesni dijelovi njegove psihičke istine. Psihoterapija je otkrila da je u podlozi anksioznosti nesklad vanjske slike s tzv. unutrašnjom psihičkom realnosti, a koja je bila dosta opterećujuća, pod utjecajem strogog super ega. Bilo bi za očekivati da je period pred mirovinu, kao i mirovina vezana uz psihičko smirenje. No, kod ovog liječnika upravo sada, kada manje radi (pred mirovinu), javljaju se nelagoda i anksioznost koja prominira do razine paničnih napadaja. Organska obrada je pokazala uredne nalaze. Uključuje se u psihoterapijski proces gdje se verificira jaki sram vezan uz gratifikaciju oralnih želja čiji korijen ide u djetinjstvo (navedeno podržava psihički

konflikt). Izloženost gratifikacijama pojačava unutrašnji psihički problem što dovodi do mehanizama obrane koji rezultiraju anksioznošću kao simptomom. U psihoterapiji je otvorio prikrivene, ali autentične dijelove ličnosti. Spoznao je kako pretjerana radna aktivnost nekada može biti i kompromisna formacija, preobražaj u suprotno, a da su u podlozi suprotstavljeni osjećaji. Kroz psihoterapiju ulazi u doticaj i s manje poželjnim dijelovima svoje ličnosti koji uključuju i ono od čega je zazirao kod drugih ljudi, a to je povremeni osjećaj lijenosti. Shvatio je da lijenost i nije tako crna, kao što ju je doživljavao. Ta spoznaja nije mu teško pala! Lijenost je vrlo često pojam kojim se opisuju negativna obilježja nečijeg funkcioniranja. Najčešći faktor mentalnog funkcioniranja koji je suprotan lijenosti je sram. Tzv. "tsunami oralnih želja" uključuje želju za hranom, pićem, brigom od strane drugih, ali i želju da se ništa ne mora raditi (ovo je blisko pojmu lijenosti). Lijenost bi po tome isto bila reaktivna formacija. Psihoterapija je otkrila da kod liječnika, pred odlazak u mirovinu postoji reaktiviran jaki strah od smrti te kroz simptome anksioznosti i negiranja odlaska u mirovinu, ovaj liječnik želi sebi dokazati da je „još uvijek živ". Psihoterapija je omogućila verbaliziranje želja, emocija i ponašanja, koje su u odnosu s psihoterapeutom dobile simboličko značenje. Simptomi su prihvaćeni kao obrana od unutrašnje nelagode i anksioznosti s kojom se liječnik, pred mirovinu, nije mogao nositi. U svakom slučaju, psihičko smirenje koje je nastupilo kroz psihoterapiju je omogućilo bolju kvalitetu života ovog liječnika. Odlazak u mirovinu nije psihološki protumačen kao napad na njega, nego kao prirodno stanje.

Jungovi postulati i liječnička profesija

„Sve ono što te nervira kod drugih može te odvesti do boljeg razumijevanja samoga sebe." Carl Gustav Jung

Jungov model psihe uključuje tripartitni model koji čine ego (svjesni dio), individualno nesvjesno i kolektivno nesvjesno. Temelj osobnog nesvjesnog čine kompleksi, odnosno skupina ideja koje imaju emocionalnu bazu te utječu na ponašanje pojedinca. Kolektivno

nesvjesno predstavlja skladište nesvjesnih sadržaja nastalih tijekom ljudske evolucije. Po tome je kolektivno nesvjesno skup univerzalnih ljudskih iskustava koja su nastala kroz povijest čovječanstva te u formi raznih motiva, odnosno slika (koji se ponavljaju kroz povijest) postoje i danas. Arhetipovi su temeljna baza kolektivnog nesvjesnog te predstavljaju psihičke strukture zajedničke ljudima kroz povijest. Radi se o naslijeđenim modelima koji uvjetuju individualno iskustvo, mišljenje i djelovanje. Jedan od češćih arhetipova koji se vezuje uz liječnika je arhetip spasitelja. Spasitelj s jedne strane ima humanu misiju kroz pomaganje ljudima te iscjeljivanje njihovih rana. No, s druge strane, ukoliko se jedan liječnik pretjerano identificira s arhetipskom slikom spasitelja može nastupiti i problem. Konkretno, ukoliko liječnik apsolutno identificiran s ulogom spasitelja nema intrapsihički širi doživljaj sebe i svoje misije može se razočarati ili obeshrabriti u situacijama kada njegova liječnička znanja i vještine ne uspijevaju pomoći drugim ljudima. Netko tko je apsolutno angažiran kao spasitelj može imati skotome za ograničenja koje su dio svih pomagačkih misija. Medicina unatoč značajnim dostignućima u terapijskom smislu, ima i neka ograničenja. Analiza kolektivnog nesvjesnog i arhetipova može nam značajno pomoći u vlastitoj individuaciji, odnosno radu na vlastitim mentalnim potencijalima. Arhetipovi koje smo prepoznali i optimalno analizirali, postaju integrirani arhetipovi te daju dodatnu snagu našoj ličnosti. S druge strane, dezintegrirani sadržaji arhetipova mogu biti stalno opterećenje našeg mentalnog funkcioniranja. Analizirajući arhetip prema kojem smo svjesno ili nesvjesno identificirani možemo predvidjeti i neke naše reakcije. Arhetipovi predstavljaju univerzalne unutarnje prototipove ljudskih ponašanja. Svaki arhetip predstavlja obrazac ponašanja koji ima više dimenzija, sadrži psihološki, socijalni, duhovni, ali i biološki aspekt. Svaki instinkt ima svoj arhetipski ekvivalent i svaki arhetip svoju instinktivnu bazu. Pri tome su važni i neki zakoni na koje se Jung pozivao, a vrlo su aktualni. Zakon enantiodromije implicira da svaka pojavi u prirodi teži prelasku u svoju krajnost, tako dan prelazi u noć, život u smrt i sl. Zakon sinkroniciteta ukazuje da su pojave često nekauzalno povezane, što ukazuje da brojni procesi (npr. u medicini) imaju razne poveznice koje je prvotno gledajući, teško povezati.

Psihodinamika nas uči da zakoni koji postoje u nesvjesnom (uključuje niz proturječnosti, logički i racionalni procesi nisu dominantni), nisu sukladni zakonima u svjesnom, koji su više razumljivi i logični.

Jung definira i tri principa funkcioniranja psihe: princip suprotnosti, ekvivalencije i entropije. Pri tome Jung naglašava kako je ljudska psiha samo-regulirajući mehanizam čiji su sastavni dijelovi u stalnoj interakciji, što čini temelj napretka (baziranog na postupnom osvještavanju nesvjesnih dijelova psihe). S obzirom da arhetipovi predstavljaju strukture koje nesvjesno utječu na psihu pojedinca i grupe, upotreba arhetipova je u visoko prisutna u okviru kolektivnih medijskih poruka, odnosno subliminalnog i svjesnog utjecaja na pojedince i grupu. Osnovni arhetipovi (prema Jungu) koji se mogu prepoznati u svakoj osobi su: SJENA, ANIMA/ANIMUS (arhetip utjecaja suprotnog spola, animus je praslika muškarca u ženi, a anima praslika žene u muškarcu), PERSONA (ili maska) i SELF. Individuacija je proces kojim se arhetipovi integriraju u cjelinu psihe te se tako stvara napredak u radu psihe. Sjena je temeljna zapreka koja iznutra (iz nesvjesnog) blokira osobu u ostvarenju punih potencijala. Sjena je analogija "unutarnjeg demona" ili zbroj raznih autodestruktivnih potencijala u nesvjesnom dijelu ljudske psihe. Sjena predstavlja dio ličnosti koji je odcijepljen od svjesnog te je povezan s manje diferenciranim te nediferenciranim funkcijama, odnosno psihološkim funkcijama koje nisu dovoljno razvijene. Unatoč tome što ju osoba svjesno odbacuje, radi raznih razloga (etičkih, obrazovnih, pedagoških), sjena je stalno aktivna u nesvjesnom dijelu psihe te šalje poruke u svjesni dio. Osoba se često brani protiv sadržaja svoje sjene tako da ju percipira kao projekciju (primjer - netko drugi mi je kriv, a zapravo se radi o dijelovima vlastite psihe koji su neprihvatljivi). Životno bi bilo dobro da osoba procesno (korak po korak) integrira i sadržaj sjene u svjesni dio ličnosti. Suočavanje s vlastitom sjenom, nudi sjajne mogućnosti, kao u poslovici koja kaže da je lakše pobijediti stotinu vojnika nego samog sebe i vlastite strahove. Na taj način postiže se integracija, a sadržaj sjene više nije ugrožavajući. Samim time što radimo na nekom problemu, priznajemo ga i stavljamo u fokus, taj problem dobiva u našem doživljaju manje opterećujuću težinu. Persona predstavlja našu sliku prema van (psihički kontakt s

vanjskim svijetom), odnosno kompromis između zahtjeva okoline i vlastite osobnosti. Nastanak persone vezan je uz adaptacijske procese, ali ne odgovara cjelokupnoj osobnosti. Više je vezan uz ono što obitelj i društvo želi da budemo, a manje uz autentični self. Stoga liječnici trebaju težiti ravnoteži, odnosno uskladiti vanjsku s unutrašnjom psihičkom realnošću. To je put prema postizanju sklada, odnosno psihičke ravnoteže.

Perfekcionizam i reakcija na stres u liječnika

Problem obolijevanja ili reakcije na stres u liječnika nije moguće sagledati binarnom podjelom, u kojem jedni imaju, a drugi nemaju problem, jer se radi o problemu koji je procesnog tipa. Termin "oštećen" liječnik implicira binarno mišljenje jer ako postoje oštećeni onda postoje i sačuvani. Istina, odnosno oštećenje, leži u okviru kontinuuma, a ne u kategorijskoj, binarnoj podjeli. Najbolja prevencija bazira se na prepoznavanju faktora vulnerabilnosti i stresora. Psihološke reakcije liječnika na stres u medicini su polimorfne te individualno uvjetovanje, a problemskim se izdvajaju izražen perfekcionizam i samooptuživanje (bazirano na pretjeranom osjećaju krivnje). Navedeno ima i svoj nastavak, dimenziju koja vodi u psihosomatski tip reagiranja ili čak auto-destrukciju (do razine suicidalnosti). Perfekcionizam u medicini je paradoksalan jer ga bolesnici često žele vidjeti kod svog liječnika (primjer su priče o naj-doktorima), a liječnik koji ga ima, ukoliko ga ne korigira, može završiti osobno zdravstveno i životno loše. Kao što temeljni farmakološki postulat naglašava kako lijek može u nekoj dozi djelovati i kao otrov tako i perfekcionizam može za liječnika u konačnici biti toksičan. Razvoj medicine koji je nezaustavljiv te ide u smjeru postizanja sve boljih ishoda na razini dijagnostike i terapije. U tom smislu termin "perfektno" opisuje visoka postignuća. Postavlja se pitanje gdje je točna razlika između mjerljivih perfektnih rezultata medicinara i intrapsihičkog perfekcionizma kod medicinara? Očito tokovi (kultura) medicine potenciraju intrapsihički perfekcionizam kod liječnika. Perfekcionizam u velikoj mjeri nije adaptivan, što znači da je povezan s disfunkcionalnim posljedicama. Mnogi perfekcionisti smatraju da će ih drugi cijeniti samo ako budu perfektni. Naravno, u okviru bipolarnosti

na razini svemoć-nemoć, kada ne dobiju potvrdu da su perfektni, mogu osjećati osjećaj nemoći, što je put prema depresivnim ili čak suicidalnim modelima ponašanja. Klinički rad psihijatara Gabbarda i Menningera s liječnicima ukazuje da oni s perfekcionističkim obilježjima imaju problem optimalnog vrednovanja u djetinjstvu od strane svojih roditelja (Gabbard i Menninger, 1988). Liječnik perfekcionist stalno je na nekom rubu i nikako da dostigne puno zadovoljstvo postignutim jer ga perfekcionizam u njemu koči od osjećaja psihičke ispunjenosti. Poslovice perfekcionizma tipa "uvijek može bolje" ne dozvoljavaju psihičko smirenje, a intrapsihički nemir postaje jedan od temeljnih opisa svakodnevnog psihičkog funkcioniranja.

Perfekcionizam limitira osjećaj zadovoljstva i kao kronični distres prediponira psihosomatski tip reagiranja.

Liječnik koji funkcionira na modelu perfekcionizma, obično diže standarde i u smislu visokih očekivanja njegovih kolega tako da je stalno prisutan visok tempo, često do granice izdržljivosti. Stoga je tzv. sindrom sagorijevanja logična posljedica perfekcionističkih obrazaca ponašanja. U toj točki, liječnik perfekcionist još uvijek ima izbora odlučiti želi li mijenjati stvari. Na žalost, lakše je mijenjati stvari izvana jer motor intrapsihičkog perfekcionizma neumorno radi i još neumornije troši. Jedno istraživanje (Beevers i Miller, 2004) ukazuje kako je perfekcionizam neovisni faktor rizika za beznađe, koji se smatra jednim od prediktora suicidalnog ponašanja. Što bi onda bilo optimalno rješenje i "lijek" za perfekcionizam? Prva razina bila bi priznanje, ali samom sebi da postoji perfekcionizam. Ova spoznaja, ali ne formalistički rečena, nego iskreno doživljena, omogućuje put optimalne analize. Analiza, po mogućnosti od strane osoba kojima liječnik vjeruje, otvara mogućnost prihvaćanja raznih procesa (psihičkih i životnih) u podlozi. Razgovor i prorada tih procesa omogućuje bolji uvid u intrapsihičke dinamizme. Ne treba umanjivati moć i snagu perfekcionizma tim prije jer znamo da je duboko

ukorijenjen, u nesvjesnom dijelu psihe. Perfekcionizam je protivnik kojeg treba jako respektirati jer ima veliku snagu i moć, snažan destruktivni melos i niz kompulzivnih pratećih ponašanja. No, dobra taktika omogućuje stavljanje perfekcionizma u granice adaptivnog i prihvatljivog. Tada liječnik prestaje biti rob strogog gospodara koji je unutar njega samoga.

Perfekcionizam i druge kompulzivne crte ličnosti su prisutne kod dijela liječnika i mogu stvoriti rizike za depresiju, anksioznost, sindrom sagorijevanja pa čak i suicidalnost. Kompulzivna trijada (sastoji se od sumnje u sebe uz stalno preispitivanje, osjećaja krivnje i pretjerano naglašenog osjećaja odgovornosti) može biti isto tako problem kod dijela liječnika.

Obilježja liječnika perfekcionista:

- posvećenost poslu uz nesposobnost da se posao delegira na druge,
- nedostatak kapaciteta za opuštanje i aktivnosti van medicine,
- rigidnost i tvrdoglavost na razini donošenja odluka,
- stalno preispitivanje koje prati kronična anksioznost.

Primjer perfekcionizma i psihosomatskog načina reagiranja u liječnika.

Liječnik u srednjim 30-im godinama, na specijalizaciji iz patologije. Prethodno je prekinuo specijalizaciju iz kirurgije, a temeljem visoke ambivalencije koja se očitovala kroz nemogućnost donošenja odluka u kliničkoj praksi. Smatrao je da će promjena specijalizacije dovesti do poboljšanja njegovog funkcioniranja i smanjenja sumnje u sebe, ali to se nije dogodilo. Pomoć psihoterapeuta potražio je jer je doživio depresiju i sindrom sagorijevanja na radnom mjestu. U psihoterapiji je otkriveno kako je u podlozi njegovog preispitivanja i sumnji bio bazični

osjećaj nesigurnosti i negativne evaluacije sebe. U psihoterapiji je razmatrana i atmosfera ranog razvoja te odgoj u kojem su dominirali roditelji skloni perfekcionizmu tako da se on uvijek osjećao nedovoljno adekvatan. Izbor specijalizacije iz kirurgije bio je uvjetovan u značajnoj mjeri vanjskim faktorima te podržan izvrsnim akademskim rezultatima tijekom studija te neposredno nakon završetka studija. Nedostajala je intrinzička motivacija za bavljenje kliničkom kirurgijom, što se očitovalo stalnim traženjima razloga da se ne ulazi u kiruršku salu, kao i akademskim opravdanjima vezanim uz kliničke obaveze. Razvio je i ozbiljnu internističku bolest, zbog čega je morao otići na duže bolovanje, poradi potrebe bolničkog liječenja. Ovo bolovanje bilo je određena prekretnica u njegovom životu. Gledajući sebe i druge bolesnike na odjelu gdje se liječio, spoznao je kako njegove smetnje vjerojatno imaju značajnu povezanost s negativnim stresom koji je doživljavao u recentnom periodu. On sam, po pitanju svoje adaptacije tijekom specijalizacije, imao je sukladan stav mišljenju kolega iz radne sredine, a to je kako postoji jaka ambivalencija. Odlučio se za promjenu specijalizacije. Sama promjena specijalizacije nije donijela trenutno smirenje. Uključio se i u individualnu psihoanalitičku psihoterapiju. U psihoterapiji su otvoreni autentični osjećaji kao i interesi koji ne uključuju samo medicinu. Imao je brojne talente, od umjetnosti preko kiparstva do sviranja instrumenata. Korak po korak, simptomi depresije te anksioznosti su se postupno smanjivali, kako je rastao emocionalni uvid vezan uz korijene nastanka smetnji. Psihološki modeli koje je dobio u obitelji bili su prilično surovi, a strog način odgoja nije mu ostavljao puno prostora za razmišljanja o tome kako se osjeća i koji su njegovi pravi motivi za medicinom kao profesijom. Odgojne poruke bile su da uvijek mora težiti biti dobro te da nastoji ne pokazivati loše osjećaje. To se očitovalo time da je često osjećao izrazito jaku ljutnju i bijes, ali to je nekako uspijevao kompenzirati, koristeći dominantno psihološke obrambene mehanizme reaktivne formacije i premještanja. Navedeno je bilo naročito prisutno prije nego li je došlo do egzacerbacije njegove internističke bolesti koja je zahtijevala bolničko liječenje. Dublja spoznaja istina o sebi kao i uvid u svoje intrapsihičke dinamizme stvorili su i veći stupanj zadovoljstva samim sobom, kao i smanjenje perfekcionističkih težnji, što je omogućilo mirniji nastavak nove

specijalizacije koju je prihvatio kao nešto pozitivno. Shvatio je kako je u podlozi brojnih nezadovoljstava, nakupljeni bijes i negativne emocije (u značajnoj mjeri interpersonalno uvjetovane), a koje su se negativno odrazile na njegovo zdravlje. Sama spoznaja i uvid donijeli su psihičko smirenje. Imao je osjećaj da to što razgovara o svom životu tijekom psihoterapije u velikoj mjeri hrani njegovu psihu i smanjuje razinu stresa. Imao je osjećaj da je stupanj lažnog selfa sada značajno manji te je sve manje osjećao navale bijesa. Njegov život, postao je mirniji, a njegovi interesi više autentični te manje uvjetovani očekivanjima okoline.

Sudski sporovi i stres liječnika

Medicina je ispunjena i teškim situacijama, kao što su negativni ishodi u kliničkoj medicini. Iako sam negativni ishod nekog dijagnostičkog ili terapijskog postupka nužno ne implicira postojanje nečije odgovornosti (ili greške), postoje brojni primjeri koji završavaju u sudskim sporovima. U sudskim sporovima obično se razmatra postojanje nečije odgovornosti - razina moguće pogreške, a što može implicirati i kaznenu odgovornost. Druga mogućnost je komplikacija koju medicinski postupci sami po sebi nose. Dodatni stres može stvoriti i medijsko izvještavanje te uskraćivanje prava na privatnost, u okviru procesa koji mogu biti dugotrajni i mučni za stranke u sporu. Javno objavljeni detalji sudskih procesa (s negativnim medijskim implikacijama uz često posramljivanje medicinara) u kojima liječnici budu u poziciji nekog tko je optužen da je napravio medicinsku komplikaciju ili čak grešku, samo pojačavaju perfekcionističke i kompulzivne modele razmišljanja, osobito kod mlađih liječnika. Međutim, perfekcionizam i kompulzivnost ne mogu biti optimalan odgovor na javno posramljivanje nego je odgovor prikazivanje istine u stručnom kontekstu. Zato je bitno da medicinari budi oni koji razumiju jedni druge i s više empatije se odnose jedni prema drugima. Jer ako novinari i javnost krenu “ocjenjivati” kompleksnost rada liječničke profesije, ishod je u skladu s edukacijom onog tko ocjenjuje i on je nedostatan, limitiran i netočan. U skladu s time, liječnici se mogu javno posramljivati i ruši im se autoritet i prije provedenih ekspertiza te

završetka sudskih sporova, što jasno nije dobro ni za koga u priči (javnost, bolesnici, liječnici). Sudski procesi vezani uz medicinu često su usmjereni na traženje krivca kada postoji nepovoljan ishod u liječenju. U medicinskim ekspertizama traži se odgovor na pitanje da li je nepovoljan ishod liječenja posljedica greške ili komplikacije liječenja, što ima značajne sudske implikacije. Primjerice, osjećaj krivnje liječnika (realno ili fantazmatski utemeljen) može rezonirati sa željom odvjetnika tužitelja koji želi pronaći, odnosno označiti krivca, a nepovoljan ishod proglasiti liječničkom greškom. U skladu s idealizirajućom medicinom spominje se i sukladan, idealizirajući termin "error-free medicine". Stav kolektiva, posebno rukovoditelja ustrojbenih jedinica, može igrati značajnu protektivnu ulogu kada je u pitanju stres kroz koji medicinari prolaze. Atmosfera u radnim sredinama iznimno je bitna, a to se posebno osjeti u visoko stresnim situacijama kao što su sudske situacije. Radni kolektiv, psihodinamski gledano, ima obilježja obitelji, dakle to je okvir gdje i u problemskim situacijama treba težiti razumijevanju te optimalnoj podršci nekome tko je njegov sastavni dio.

Suicidi i liječnici

Jedan od značajnih pokazatelja visoke psihičke vulnerabilnosti liječnika je relativno visok rizik suicida u ovoj profesiji. U općoj populaciji je stopa suicida kod muškaraca 3 do 4 puta viša nego kod žena, dok kod liječnika stopa suicida ne pokazuje značajne razlike između muškaraca i žena (Silverman 2000). Smatra se da je ovo povezano s višom prevalencijom depresije kod žena nego kod muškaraca koji su liječnici. Značajan profesionalni angažman i vrijeme posvećeno u medicini, liječniku često otežava uspostavljanje ravnoteže na razini posao - privatni život. Schernhammer i Colditz (2004) su napravili meta-analizu 25 istraživanja koja su proučavala suicide liječnika i dokazali da je omjer suicida za muškarce liječnike 1.41 prema 1 u općoj populaciji muškaraca, dok je kod žena liječnica omjer 2.27 prema 1 u općoj populaciji žena. Američko udruženje prevencije suicida (2002) objavila je studije unatrag 40 godina i ustanovilo da je u SAD-u smrt radi suicida 70% izvjesnija kod liječnika

muškog spola u odnosu na druge profesije, a čak 250-400% vjerojatnija kod liječnica, u odnosu na druge profesije. Za razliku od opće populacije, gdje je rizik suicida 3 do 4 puta veći kod muškaraca nego žena, u liječničkoj profesiji je podjednak rizik suicida za muškarce i žene. Istraživanje Hawtona i suradnika (2001) proučavalo je suicide liječnika u Engleskoj i Velsu, a kada su uzeli u obzir specijalizacije, ustanovljeno je kako prevladavaju suicidi kod anesteziologa, liječnika javnog zdravstva, obiteljskih liječnika i psihijatara. Metoda za izvršenje suicida u liječničkoj profesiji koja je bila izraženija nego u općoj populaciji, bila je putem uzimanja lijekova u visokim dozama, posebno barbiturate. Navedeno je bilo naročito prisutno kod anesteziologa. Kada su u pitanju suicidi liječnika, kao i u ostatku populacije, koristi se model stres dijateze (Mann i sur., 1999), koji uključuje kako predisponirajuće tako i precipitirajuće faktore u okviru bio-psiho-socijalno-duhovnog modela. Model stres dijateze kao bitan eksplanatorni model suicidalnog ponašanja navodi jasnu gradaciju između stresora, kao precipitirajućih faktora i dijateze, koja je predispozicijski skup faktora. Među faktorima dijateze osobito se ističu impulzivnost kao i beznađe. Istraživanja u suicidologiji pokazuju da oko 90% suicida u podlozi ima neki od psihijatrijskih poremećaja (dijagnosticiranih tijekom života ili prepoznatih metodama psihološke obdukcije nakon suicida). Kod dijela liječnika suicidalnost nije dio depresije nego je ego-sintoni način izražavanja patnje. Suicidalni pokušaji kod liječnika mogu biti vrlo ozbiljni, prema dijelu istraživanja samo manji dio liječnika koji su preminuli zbog suicida su imali ranije suicidalne pokušaje.

U kontekstu suicidalnosti, liječnička profesija nosi dodatni rizik suicidalnosti iz slijedećih razloga:

- ➔ liječnik zna puno više od ostatka populacije o metodama suicida te dozama i izboru lijekova za suicidalni čin
- ➔ liječnik zna da kada se verbalizira suicidalnost treba razmotriti bolničko liječenje, koje može biti i putem prisilne hospitalizacije
- ➔ nesanica je čest problem u liječničkoj profesiji, što je dijelom povezano i s dežurstvima te pojačanom razinom stresa

koju medicina sama po sebi nosi

➔ stigma u medicinskoj profesiji dijelom je vezana i uz drugačiji doživljaj bolesti kod samih liječnika, a samim time je i prevencija psihičkih poremećaja u liječnika kompleksnija nego u općoj populaciji

➔ mentalizacija je promijenjena kod suicidalnih osoba, a rad na poboljšanju kapaciteta za mentalizaciju je bitan u terapijskom, ali i preventivnom smislu.

Rizični faktori suicida liječnika (prema Silvermanu i prema Gabbardu):

➔ Dob- muškarci: 45 i više godina, žene: 50 i više godina

➔ Bračni status: rastavljeni, samci ili s naglašenim aktualnim bračnim problemima

➔ Navike: štetna uporaba alkohola ili drugih sredstava ovisnosti

➔ "Radoholičari" koji su uz to skloni rizičnim odlukama

➔ Psihijatrijski simptomi (i dijagnoze): naglašena anksioznost i depresija, deluzije, dualne dijagnoze (npr. depresija i ovisnost ili BAP i poremećaj ličnosti)

➔ Somatski simptomi: kronična bol, kronične i onesposobljavajuće bolesti

➔ Promjene u profesionalnom statusu i životni stresori: narcistične povrede vezane uz gubitak statusa, financijske sigurnosti, životni gubici i drugi veliki stresori kao što su sudski sporovi

➔ Nesanica – osobito medijalna i terminalna

➔ Subjektivni osjećaj da je stariji od svoje kronološke dobi (odraz iscrpljenosti ili depresije)

➔ Dostupnost medikamentima koji mogu biti letalni.

➔ Stigma (internalizirana) vezana uz psihičke probleme, praćena osjećajem srama i usamljenosti.

Kako obolijevaju liječnici?

Klinička medicina kao i sam život sastoji se od emocionalno pozitivnih, ali i teških, problemskih situacija. Gubitak bliskih osoba, separacije, gubitak zdravlja, sve to zahtijeva procese žalovanja u brzom tempu koji nameću socijalni kriteriji. Liječnik se u svojoj karijeri nosi i s profesionalnim gubicima, kao što su smrti bolesnika i problemske situacije u svakodnevnoj praksi. Rad u medicini dijelom otežava procese žalovanja jer liječnik u principu ima relativno malo slobodnog vremena, posebno ako je dodatno angažiran u medicini (akademske i druge obaveze). U knjizi "Liječnik kao bolesnik", Myers i Gabbard (2008) se pozivaju na istraživanja koja ukazuju kako liječnici, za razliku od opće populacije, često imaju osjećaj stigme i za bolesti koje inače ne pobuđuju sram, kao što su šećerna bolest, bolesti srca i karcinomi. Navedeno se objašnjava osjećajima iz kruga perfekcionizma i srčanosti, a koji su karakteristike medicinske kulture. Neki liječnici vlastitu bolest doživljavaju kao odraz slabosti i zato postoji faktor negativne percepcije i stigme. Myers i Gabbard (2008) navode rezultate istraživanja koje su analizirala smrtnost liječnika u SAD-u što pokazuje da liječnici umiru stariji od ostatka opće populacije, a uzroci smrti su isti kao u ostatku populacije, a to su bolesti srca, cerebrovaskularne bolesti i karcinomi. Navode i kako su liječnici kao grupa zdraviji u odnosu na ostatak populacije. Stopa mortaliteta je za bolesti srca i karcinome niža u liječnika nego u ostatku populacije, ali je zato stopa suicida liječnika viša (Carpenter i sur. 1997; Torre i sur. 2000). Depresija je glavni rizični faktor suicida kod liječnika (Holmes i sur. 1990) kao i druge kronične i progredirajuće bolesti (Center i sur. 2003), za koje liječnici znaju (bolje od ljudi u općoj populaciji) kakva je medicinska prognoza i komplikacije. Mandell i Spiro (1987) spominju izraz "ego supermena" kada opisuju reakciju na bolesti kod liječnika. Liječnici mogu isto tako razviti psihičke smetnje. Unatoč medicinskoj naobrazbi niti liječnici nisu lišeni postojanja izvjesne stigme (internalizirane) vezane uz psihičke poremećaje. Liječnik je dio društvene zajednice, a društvo psihički oboljele često doživljava pod prizmom stigma. Još uvijek radi neznanja psihički poremećaji se u dijela ljudi doživljavaju kao slabost, inferiornost, rizik nasilnog ponašanja. Biomedicinska rigidnost isključuje psihološke i socijalne

faktore, kao i duhovne. Bitno je naglasiti kako postojanje psihičkih smetnji kod liječnika nije nespojivo s njegovom radnom funkcionalnošću. Psihijatrijsko liječenje upravo teži tome da poboljša opću, a unutar nje i radnu funkcionalnost. Liječnici mogu pokazivati veću i dužu toleranciju na simptome, što je povezano i s kasnijim javljanjem na liječenje. Najčešći psihički poremećaji kod liječnika su oni iz grupe anksioznih i afektivnih poremećaja. Liječnici na specijalizaciji obično imaju pojačani stres vezano uz rad u hitnim službama i dežurstvima, ali stres može biti i posljedica narušenih interpersonalnih odnosa. Opisuje se stres vezan uz posramljivanje od strane kolega na višim pozicijama, kao i razni oblici traumatskih iskustava u formi raznih oblika zlostavljanja. Stres u medicini može uključivati i traumatska iskustva (npr. iznenadna smrt bolesnika uz kojeg se liječnik vezao u procesu liječenja), koja mogu rezultirati naglašenim akutnim reakcijama na stres, poremećajem prilagodbe ili čak PTSP-om, kao i drugim uz stres vezanim poremećajima

Problemi psiholoških mehanizama obrane liječnika vezanih uz doživljaj vlastitog obolijevanja:

- ➔ Liječnici često poriču vlastitu vulnerabilnost na bolesti i radije se koncentriraju na bolesti kod svojih bolesnika.
- ➔ Jedna od zadnjih stvari o kojoj liječnici razmišljaju je da i sami mogu biti bolesnici.
- ➔ Stigma vezana uz psihičke poremećaje je često duboko internalizirana u liječnika. Samim time postoji i otpor prema potrebi prepoznavanja i liječenja psihičkih smetnji i poremećaja i kod samih liječnika.
- ➔ Vlastita bolest u psihi liječnika može biti izjednačena sa slabosti, a studij medicine i specijalizacije nas uče da trebamo biti jaki (vlastita slabost nije predviđena u spomenutim edukacijama).

Stigma prati brojne bolesti u kliničkoj medicini (npr. niz neuroloških bolesti), a stigma vezana uz psihijatrijske poremećaje često je praćena

i dodatnim osjećajem nelagode. Strah liječnika vezan uz vlastito obolijevanje vezan je uz teškoće prihvaćanja da ih drugi vide kao slabe ili ovisne. Liječnici kao i drugi ljudi, koriste brojne psihološke mehanizme obrane kako bi smanjili prihvaćanje ili doživljaj bolesti kod sebe, od poricanja, racionalizacija, minimiziranja, premještanja, reaktivne formacije i sl. Profesionalna deformacija obično ide putem racionalizacija da moraju puno raditi pa da ne stignu voditi brigu o svom zdravlju, pravilno se hraniti ili baviti se fizičkom aktivnosti. Uživjeti se u ulogu da sam postaje nečiji bolesnik brojnim je liječnicima teško prihvatljivo iskustvo.

Objašnjenje stigme vezane uz vlastito zdravlje liječnika

1) moguća bolest se doživljava kao **slabost**
2) psihološki mehanizam obrane **poricanje** često dominira
3) **brz tempo života otežava proradu teških iskustava** pa se kroz psihološke mehanizme obrane kao što je racionalizacija odgađa suočavanje s bolesti
4) **suočavanje s bolesti dolazi odgođeno**, posebno ako su u pitanju psihički problemi (ovdje nekada postoji stigma i strah liječnika da će okolina saznati da ima nalaz psihijatra ili preporuku uzimanja psihijatrijskih lijekova, odnosno da bi mogao imati problem na radnom mjestu)
5) stigma može postojati izvana (objektivniji pristup), preko komentara ili osuda kolega liječnika ili iznutra (subjektivno iskustvo), kao unutrašnji osjećaj kritike ili osude

Smetnje (i poremećaji) ličnosti liječnika

Liječnici (kao i ostatak ljudi) imaju crte ličnosti koje su temelj njihovog karaktera i temperamenta. Samo kada su te crte neprilagođene, dolazi do problema u funkcioniranju. Neprilagođene crte ličnosti mogu postojati situacijski ili se radi o trajnom stanju. Američki psihijatar Otto Kernberg, putem svog rada o graničnoj organizaciji ličnosti (1967) dao je dobar okvir za sve ljude sa smetnjama strukture ličnosti.

Pojednostavljeno rečeno, granično organizirane ličnosti nalaze se između neurotične i psihotične organizacije ličnosti. Myers i Gabbard (2008) za liječnike s crtama ili punom formom poremećaja ličnosti koriste termin ometeni (engl. disruptive) liječnici, objašnjavajući da kroz taj termin postoji određeni eufemizam za ponašanje iz kruga poremećaja ličnosti. Izdvajaju tri tipa poremećaja ličnosti u liječničkoj profesiji: narcistični, granični i opsesivno-kompulzivni. Problem poremećaja ličnosti je što je dio simptoma ego-sinton, dakle ne stvara direktni distres kod osobe koja ima poremećaj, nego kod ljudi u okolini. Liječnici s opsesivno-kompulzivnim poremećajem ličnosti su skloni pretjeranom angažmanu na poslu, perfekcionističkim modelima ponašanja, uz rizik za sindrom sagorijevanja i depresiju. Obilježja patološkog narcizma kod osoba s narcističnim poremećajem su grandiozni doživljaj vlastite važnosti, fokusiranost fantazijama neograničenog uspjeha i moći, zahtijevanje posebnog divljenja, iskorištavanje drugih osoba, nedostatak empatije, zavist nad dobrim kod drugih osoba, arogantno ponašanje. Arogancija je obrana od osjećaja manje vrijednosti, dok nedostatak empatije može biti odraz deficita kapaciteta mentalizacije. Narcistične ličnosti obično imaju naglašen problem prihvaćanja starenja i vlastitih tjelesnih promjena. Liječnici s narcističnim poremećajem ličnosti obično koriste projektivne mehanizme (optužuju druge za vlastite probleme), velikim dijelom negiraju vlastite psihološke distorzije, tako da ih nije jednostavno motivirati za radom na sebi (psihoterapija). Liječnici s graničnim poremećajem ličnosti imaju jake strahove (realne ili imaginarne) od toga da će biti napušteni, uz obrazac nestabilnih interpersonalnih odnosa koji osciliraju između idealizacija i devaluacija. Postoji i naglašen problem vlastitog identiteta (nestabilna slika o sebi) kao i impulzivnost, poteškoće kontrole ljutnje te suicidalno ponašanje. Obično postoji i kronični osjećaj unutrašnje praznine, a ponekad i paranoidne ideje te disocijativni simptomi. Osobe s opsesivno kompulzivnim crtama ili poremećajem ličnosti su zaokupljene detaljima i pravilima, pokazuju naglašen perfekcionizam koji ih ometa u završavanju aktivnosti, nedostaje im fleksibilnosti, pokazuju psihičku rigidnost, imaju problem delegiranja posla na druge. Određene crte opsesivno kompulzivnog ponašanja (kao perfekcionizam) mogu biti adaptivne i omogućiti uspjeh u profesionalnom radu. Dugoročna

primjena perfekcionizma ulazi u sferu maladaptivnih modela ponašanja i obično stvara sekundarne negativne posljedice na razini funkcioniranja. S obzirom da termin “poremećaji ličnosti” još uvijek kod dijela javnosti ima pejorativno značenje, a na žalost nekada se neopravdano koristi i termin “psihopatija” (netočan i arhaičan naziv u ovom kontekstu), dosta je otvorenih pitanja kada je u pitanju postavljanje dijagnoza iz ovog kruga. U svakom slučaju, psihijatar bi trebao prije postavljanja dijagnoze iz kruga poremećaja ličnosti, diskutirati s bolesnikom, a koji može biti i njegov kolega, o mogućim varijacijama crta ličnosti te dužini trajanja disfunkcionalnih ponašanja jer će tada i prihvaćanje dijagnoze biti lakše. Dakle, prvo opisna analiza crta ličnosti od normale prema patologiji (uz naglasak na dinamici, vremenu trajanja smetnji kao i posljedicama po funkcioniranje), a tek zatim postavljanje dijagnoze. S obzirom na delikatnost dijagnoze iz ovog kruga, optimalnije je preko sadržaja (npr. maladaptivne crte ličnosti) ići na formu (dijagnoza) nego od formalizacije dijagnoze prema sadržajima. Isto tako psihijatar treba dati jasna objašnjenja da postojanje dijagnoze iz ovog spektra ne utječe na gubitak licence te da terapija može značajno pomoći. Gabbard smatra da liječnici lakše prihvaćaju termin mješoviti poremećaj ličnosti nego termine granični ili narcistični poremećaj ličnosti. Dio psihijatara smatra da bi bolji termin za poremećaje ličnosti bio poremećaj adaptacije jer se radi o osobama koje su permanentno u problemu adaptacije. Nisu svi poremećaji ličnosti eksternalizirajući, odnosno ekspresivni u smislu upadnih vanjskih pokazatelja u ponašanju, neki poremećaji ličnosti su više internalizirajućeg tipa te mogu voditi prema bržem razvoju sindroma sagorijevanja i depresije.

Granični i narcistični tip poremećaja ličnosti imaju jasne deficite mentalizacije i poremećaj vidljiv na razini interpersonalnih odnosa, dok opsesivno kompulzivni tip (izražen dugotrajni perfekcionizam i rigidnost) ima veći rizik za sindrom sagorijevanja i depresiju.

U kontekstu radu na poboljšanju kapaciteta vlastite ličnosti bitno je raditi na brojnim osjećajima te doživljajima, a koji su u podlozi spoznaja. Jedan od osjećaja koji liječniku može stvoriti problem jest i omnipotencija. Omnipotencija u razmišljanju može utjecati da liječnik misli kako je osobno odgovoran za sve što se dogodi bolesniku kojeg liječi, a da pri tome ne vidi širu, sistemsku podlogu nastanka nečijih smetnji i tijeka liječenja. Ukoliko omnipotencija prevladava, liječnik ne može percipirati kako on daje preporuke bolesniku, a bolesnik je ključan faktor procesa liječenja te uspjeh liječenja u velikoj mjeri ovisi i o bolesnikovom prihvaćanju preporuka koje je dobio. Svaki nezdravi tip narcizma pa tako i narcizam liječnika teži impresioniranju drugih. U krajnjim formama patološkog narcizma suštinski se radi o obrani od vlastitog osjećaja nesigurnosti i sumnji u sebe. Kroz termin radoholičar (engl. “workaholic”) promiču se perfekcionistički modeli ponašanja koji su u konačnici autodestruktivni, jer ne poznaju pojmove mjere i optimuma. Kultura medicine koja respektira medicinski perfekcionizam i visoku razinu samo-kritičnosti, otvara put iskustvima vezanim uz sram. Psihološki problem dijela liječnika je borba (psihološke obrane) protiv vlastitih ovisnih potreba i potreba za pripadanjem jer u medicini je često potrebno samostalno donositi odluke i ovisne potrebe se u poslovnim odlukama mogu tumačiti kao slabost. Pretjerana briga za bolesnike često je način obrane od prihvaćanja vlastitih ovisnih potreba. Problemi s mentalizacijom (samo-refleksijom) prisutni su kod smanjeno funkcionalnih liječnika. Poremećaji mentalizacije su područje djelovanja psihoterapije, kako individualne tako i grupne te partnerske. Liječnik s obilježjima patološkog narcizma ne može optimalno mentalizirati, patološki narcizam ga koči u interpersonalnim odnosima. S obzirom da je navedeno van zone svjesnog postoji i krivo povezivanje te pseudo-logični zaključci. Kada je patološki konstrukt (patološki narcizam) visoko izražen, osoba donosi izjave i odluke koje djeluju potpuno alogično tako da postoji i psihološki termin pseudo-stupidnost. Objašnjenje navedenog je da negativni afekt blokira spoznajne procese te osoba može djelovati kao da ima intelektualni problem, a zapravo se radi o svojevrsnoj invaziji psihičke patologije na mentalni aparat s poticanjem maladaptivnih te upadnih ponašanja. Na razini radne sredine, patološki narcistična ponašanja stvaraju i probleme u interpersonalnim odnosima. Obično postoji emocionalno

dominantno negativna radna atmosfera, a put objašnjenja sukoba za osobu pod dominacijom patološkog narcizma je projektivan, po tipu „drugi mi je uvijek za sve kriv“. Upravo psihoterapija, treba omogućiti realniji doživljaj sebe kao i odnosa sebe s drugim osobama. Indikator uspješnog rada na sebi bit će i osjećaj unutrašnjeg mira, odnosno sklad koji je osoba pronašla u sebi, neovisno o mišljenjima i procjenama drugih osoba.

Bitno je razlikovati narcistične obrane, koje su prolazne i često situacijski uvjetovane, od narcističnog poremećaja, koji je pervazivan i dugog je trajanja. Ne treba aktualne mehanizme obrane automatski svoditi na poremećaj strukture ličnosti nego je potrebno svaki psihološki mehanizam staviti u širi, procesni kontekst nečijeg funkcioniranja.

Opsesivno-kompulzivni modeli ponašanja često ide uz mehanizme obrane kao što su intelektualizacija i izolacija afekta pa u skladu s time i u psihoterapiji ponavljaju takve obrane. Tako primjerice liječnici s naglašenim opsesivno kompulzivnim modelima ponašanja i u psihoterapiji intelektualiziraju i izoliraju emocionalna stanja te na taj način ometaju uvid u autentično psihološko. Njihov fokus je puno više na racionalnom nego na emocionalnom, gdje obično postoji problem. Čest pratilac ovih ponašanja je i perfekcionizam, koji u maladaptivnoj formi itekako stvara psihički distres. U poslu se to može očitovati kao nerealna očekivanja od samog sebe, ali i od suradnika, što rezultira narušenim interpersonalnim odnosima i tenzioniranom atmosferom.

Psihoanalitičke terapije bolje djeluju na osobe s opsesivno-kompulzivnim crtama ili čak poremećajem ličnosti nego na osobe koje imaju opsesivno-kompulzivni poremećaj (koji je u značajnijoj mjeri biologijski uvjetovan). Psihoterapija omogućuje da se kroz terapijski savez (terapeut-klijent) radi na maladaptivnim psihološkim mehanizmima obrane i da osoba postupno koristi zrelije mehanizme obrane. Primjer zrelijeg mehanizma obrane je humor, kojim se relativiziraju perfekcionistički standardi i osoba se udaljava od

nerealno visokih očekivanja. Reaktivna formacija (preobražaj u suprotno) je često korišten psihološki obrambeni mehanizam kod ovog modela ponašanja (npr. osoba je nasmiješena u društvu, a u sebi osjeća negativne emocije, dakle postoji jaki nesklad unutrašnjeg i vanjskog!), a služi kao obrana od unutrašnjeg osjećaja ljutnje ili agresije. Pretjerana i stalno naglašavana briga za druge (primjerice liječnika prema bolesnicima), često je obrana (nekada do razine poricanja) od negativnih emocija ili čak destruktivnih poriva prema tim istim drugim osobama. U psihoterapiji se radi na prihvaćanju ograničenja, kako vlastitih tako i kod drugih ljudi. Navedeno je put prema postizanju mjere, koja implicira veći stupanj psihičkog sklada i zadovoljstva. Dakle, psihoterapija omogućuje da se krajnosti (iz kruga perfekcionizma), koje su u sferi psihički nezdravog, pretvore u umjerenost što dolazi kroz procese rada na sebi.

Neprimjereni seksualni kontakti s bolesnicima kao primjer ozbiljnog kršenja etičkih kodeksa

Psihoanalitičar Karl Menninger davno je primijetio (1957) kako medicinska praksa omogućuje među ostalim i iskazivanje prikrivenog sadizma (svjesnog i nesvjesnog). Gabbard se sa svojim timom dosta bavio problemom kršenja etičkih postulata u liječničkoj profesiji (u literaturi navedeni njegovi radovi iz 1994, 1995, 2003 i 2005) te smatra kako liječnici koji ulaze u etički nedopuštene (i kažnjive) seksualne kontakte s osobama koje liječe čine to zbog četiri razloga: psihotična stanja, predatorska ponašanja i parafilije, zaljubljivanje uslijed osobnih životnih kriza te mazohistički model ponašanja. Psihotična stanja su najrjeđi uzrok, primjer je liječnik koji je ušao u distorziju realiteta, odnosno razvio psihotičnu epizodu. Predatorska ponašanja i parafilije spadaju u težu psihopatologiju. Ovdje ne postoji krivnja i empatija, radi se kod predatora obično o težim poremećajima ličnosti (narcistični tip, uz maligni narcizam ili antisocijalni tip), često udruženim s bolesti ovisnosti, s time da kod parafilije ne mora nužno postojati tipično psihopatski model ponašanja. Primjer parafilije je liječnik koji stalno pregledava stopala bolesnika bez medicinskog razloga, jer tako doživljava seksualno uzbuđenje. Zaljubljivanje uslijed osobnih životnih

kriza je obično u situacijama kada liječnik prolazi krize kao što su razvod, žalovanje, razočaranje u struku i slično, tako da neprimjereno ponašanje dijelom opravdava osjećajem životne praznine ili depresije. Ovdje liječnici mogu objašnjavati kako se radi o “pravoj ljubavi” te da nema potrebe za njihovim tretmanom. Mogu zbog dominacije iluzija (nalik na zanesenost “medenog mjeseca”) negirati postojanje ozbiljnog etičkog problema. Liječnik mora prepoznati uvid u štetnog svojeg ponašanja te imati osjećaj krivnje te empatije kako bi se moglo terapijski pomoći i ući u procese reparacije. Pomoć je potrebna kako bolesniku (oštećena strana) tako i liječniku jer neprimjereno ponašanje liječnika proizlazi iz psihopatologije. Mazohistički model ponašanja se očituje na slijedeći način. Racionalizacije kod ovog modela obično uključuju nemogućnost odbijanja zahtjeva bolesnicima koji su u teškom stanju, često se radi o bolesnicima s težim poremećajima ličnosti koji nekada prijete i suicidalnošću, a s druge strane o liječnicima koji patološki rezoniraju s navedenim i ne mogu optimalno postaviti granice prema bolesnim željama bolesnika. Prva dva modela ponašanja (psihotična stanja, predatorska ponašanja i parafilije), obično nisu praćena krivnjom i željom za promjenom (često se radi o ponavljajućim ponašanjima), dok druga dva modela ponašanja (zaljubljivanje uslijed osobnih životnih kriza te mazohistički model ponašanja) obično uključuju izolirane situacije, bez ponavljanja te često budu praćena krivnjom i motivacijom za promjenom disfunkcionalnih obrazaca ponašanja. Supervizije u psihijatrijskoj struci, trebaju pomoći psihijatrima da se bolje nose sa stresom i da se potencijalni problemi unaprijed prepoznaju te da se preveniraju neželjena ponašanja i kršenja etičkih pravila u odnosu liječnik-bolesnik. Celenza i Gabbard u svojem radu (2003) naglašavaju važnost razlike autentičnog kajanja (engl. remorse) od narcistične umrtvljenosti (engl. mortification). Kajanje uključuje sposobnost dubljeg prihvaćanja štete koja je nanesena, dok je narcistična umrtvljenost odraz egoističnog doživljaja ugroženosti vlastite reputacije zbog štetnog događaja.

Sram u medicinskoj profesiji

Lansky i Morrison (u seriji svojih radova, navedenih u literaturi ovog teksta), koji spadaju među vodeće istraživače srama, smatraju kako je porast istraživanja o sramu nastupio tek od 1980-ih, a navedeno tumače velikim utjecajem radova Heiza Kohuta i self psihologije (radovi iz 1970-ih). Sram u zapadnoj kulturi postao je aktualan u vrijeme kada narcistični modeli ponašanja i kompetitivnost postaju visoko socijalno prisutni. Povijesno gledano, stara Grčka kao kultura bila je obilježena sramom, daleko više nego krivnjom. Postupno, u vremenima Sofokla i Sokrata, moralnost se internalizira i to se smatra temeljem kulture bazirane na krivnji.

Sram se relativno kasno pojavio na psihoanalitičkoj istraživačkoj sceni, iza anksioznosti, krivnje, depresije i žalovanja. Opisi porasta narcizma u zapadnoj kulturi, Hubris izdvojen kao socijalno prihvatljiv fenomen s tim u vezi, otvorili su put važnosti emocije srama. Sram se istražuje iz brojnih perspektiva, od psihoanalitičke, preko filozofske, antropološke i sociološke, a Scheff i Retzinger (1997) nazivaju sram "master emocijom". Neki istraživači smatraju da je u zapadnoj kulturi došlo do smanjenja srama, što drugi osporavaju činjenicom da sram ima brojna lica (postoji i tzv. skriveni sram). Istočnjačka kultura, smatra se povijesno gledano kulturom s naglašenim sramom. Henry Lowenfeld's (1976) koristi termin "kultura besramnosti", koja paradoksalno gledano ima itekako veze sa samim sramom i njegovim brojnim manifestacijama (otvorenim i prikrivenim). Naglašena besramnost, koja to suštinski nije, otvara put prema sramu s njegovim patološkim licima. Osamu Kitayama (2009) govori o "kulturi srama" i pri tome se referira na društva Dalekog istoka. Sve je više ljudi u zapadnoj civilizaciji čija organizacija ličnosti producira anksioznost koja nije direktno vezana uz konflikt instinktivno moralne sfere već uz prijeteći ili realni osjećaj poniženja.

Krivnja se psihoanalitički tumači kao produkt konflikta između ega i superega, dok je sram reakcija na neodobravanje okoline i produkt konflikta između ega i ego ideala.

Ego ideal obuhvaća internalizirane vrijednosti i moralna načela, idealizirani objekt. Kada se ciljevi ego ideala ne ispune, identitet je uzdrman i pojačana je narcistična vulnerabilnost. U trenutku kada ego ideal nije ostvaren, javlja se sram. Sram obuhvaća cijeli self (za razliku od krivnje koja je fokalna) i predstavlja narcistični odgovor na neostvarene ciljeve ego ideala. Ponašajno gledano, česta obrambena reakcija protiv srama je skrivanje ili bijeg. Morrison (serija radova o sramu) je ustanovio da kod deficita selfa, postoji smanjenje narcističnog samopoštovanja, što rezultira osjećajem srama. Isto tako, gubitak idealizirane slike selfa rezultira sramom. Medicina koja je puna idealizacija (od razdoblja studija medicine, preko očekivanja okoline do ego ideala samog liječnika), otvara put prema sramu. Sram prati unutrašnji osjećaj neadekvatnosti i selfa kao defektnog. Preverbalni, pre-edipalni stupanj razvoja kada se slike tijela i selfa idealiziraju, dolazi do defekta na razini selfa, koji je praćen afektom srama. Erik Erikson (1950; 1968) je utemeljio razvojne stadije i na svakoj razini ponudio polarizirajuće pozicije: autonomija vs sram i sumnja. Prepoznao je često preklapanje srama i krivnje i nedovoljno razumijevanje. Smatrao je kako je sram nedovoljno istražena emocija zato jer je u civilizaciji rano i lagano apsorbirana emocijom krivnje. On je povezivao sram s analnom fazom razvoja u kojoj razvoj autonomije treba biti praćen osjećajem sigurnosti i povjerenja. Bez ovoga, dijete internalizira osjećaj selfa kao loš i defektan. Psihodinamika naglašava važnost odnosa roditelj-majka u formiranju ličnosti djeteta i prevladavanja lošeg osjećaja selfa. Slika 1 prikazuje rani razvoj i sram kao afekt. Vrlo je bitno razumjeti da psihološki mehanizam premještanja može biti važan u razumijevanja u teških emocija. Freud opisuje kako car Wilhelm vlastitu narcističnu vulnerabilnost ne duguje fizičkom defektu nego kao rezultat povlačenja njegove majke jer se nije mogla nositi s defektom svojeg djeteta (što je rezultiralo smanjenom podrškom prema djetetu). Stres u medicini može utjecati da medicinari imaju prolazne teškoće učenja i memorije, a vrlo vjerojatno i kognitivne psihogene deficite (unutrašnji distres blokira kognitivne procese).

Slika 1. Rani razvoj i sram kao afekt

preverbalni, pre-edipalni period

⇩

deficit selfa (strukture ličnosti)

⇩

osjećaj bespomoćnosti i strah da neće biti dovoljno dobri i voljeni

⇩

samopouzdanje je oštećeno

⇩

sram se javlja popratni afekt

Razni su oblici srama, od svjesne do nesvjesne razine. Kao što postoji nesvjesna krivnja, tako i sram može biti na nesvjesnoj razini, o čemu je dosta pisao Lansky (1997, 2004, 2005, 2007). H. B. Lewis (1971) kroz koncept zaobilaznog ("bypass") srama u kojem se sram ne izražava kao emocija već kao ponašanje koje povređuje druge. Signalni sram značio bi anticipaciju budućih događaja, uz aktivaciju nesvjesnih obrana kako bi se izbjeglo iskustvo nepodnošljivog srama u bitnim odnosima s drugim osobama (važni su i intrapsihički relacijski dinamizmi).

Tri su razine srama: svjesna – sram kao vidljivi afekt; predsvjesna – sram kao triger ili signal; nesvjesna – tzv. skriveni (ali realno vrlo aktivni) sram.

Sram je riječ koja se lakše opiše nego što se može definirati. U rječniku psihoanalize od Akhtara (Akhtar, 2009) navodi se kako je sram bolno iskustvo koje ima pet komponenti:

- kolaps samopouzdanja
- osjećaj poniženja
- prekid kontinuiteta slike o sebi
- osjećaj izolacije i nepripadanja grupi
- osjećaj promatranja i kritike od strane drugih.

U kasnijem radu, Salman Akhtar (2012) naglašava komponentu samo-izlaganja, vizualni element (crvenilo u licu kao primjer i odraz neispunjenja zahtjeva superega te potrebu za sakrivanjem) kao i samosvjesnost u nastanku srama. Psihološki mehanizmi obrane protiv srama su:

1. narcistično samo-isticanje
2. povlačenje
3. okretanje pasivnosti u aktivnost
4. posramljivanje drugih.

Twitchell (1997) navodi kako su nedostatak srama i posramljenost paradoksalno gledano slične, kada netko nema srama to može biti razlog da se osjeti posramljeno. Helen Lewis (1971) piše o tri vrste srama: svjesnom iskustvu srama, tzv. bypass sramu (kada je sram doživljen, ali nema fokusa na njega) i nesvjesnom sramu (postoji iskustvo srama, ali bez svjesnosti o tome). Andrew Morrison (1989) opisuje fenomen poricanja srama, koji štiti osobu od toga da teški psihički sadržaji vezani uz sram prijeđu u svjesno. Potrebno je napraviti razliku između prolaznog srama (najčešće ne ostavlja posljedice) i dugotrajnog srama, koji značajno opterećuje psihičko funkcioniranje. Mary Ayers (2003) koristi termin “apsolutni sram” koji vodi u fragmentaciju i pražnjenje selfa te može biti vrlo opasan (npr. rizik suicidalnog ponašanja). Ovaj apsolutni sram može biti prediktor suicidalnosti, jer osoba se osjeća apsolutno impregnirana negativnim emocijama koje više ne može kontrolirati i reaktivno se potencira

suicidalnost. Kada razmatramo uzroke srama, bitno je naglasiti ulogu ranog razvoja. Psihičko sazrijevanje i razvoj selfa se povezuju i uz atribuciju mentalnih stanja sebe i drugih, što ide kroz interakciju s roditeljima, a pri tome su bitni procesi ogledanja (engl. mirroring). Unutarnja koherencija i mentalna separacija selfa i objekta zahtijeva fizičku prisutnost drugog, zato je bitno shvatiti važnost prisutnosti roditelja u ranom razvoju, posebno u kontekstu profesija kao što je liječnička (radno vrijeme liječnika kliničara uključuje potrebu dužeg ostajanja na poslu, ddežurstva kao i odsutnost vikendima radi istog). Sram je češći kod ljudi koji imaju veću senzitivnost i razumijevanje intersubjektivnog konteksta u kojem se javlja sram. Afektivna poruka ranog odnosa roditelj-dijete u formi osjećaja manje vrijednosti je triger za sram. Poremećaj u razmjeni afektivnih iskustava između roditelja i djeteta dio istraživača smatra trigerom za sram (Broucek, u seriji radova). Klinička iskustva pokazuju kako je sram češći kod osoba koja pervazivno proživljavaju afektivna stanja primarno negativno obojena. Većina istraživača naglašava intersubjektivnu dimenziju u nastanku i održavanju osjećaja srama. Morrison's (1994) naglašava intersubjektivno iskustvo neostvarene želje i afekta kao odraz nedovoljnog usklađivanja (engl. mis-attunement) u nastanku srama. Neuroznanstvenik Schore (1994) povezuje rano iskustvo srama s fazom separacija-individuacija (12. do 18. mjesec života) opisanom od Margaret Mahler. Navodi regulatornu funkciju srama u ranom razvoju, kao inhibitora u stanjima pretjerane pobuđenosti koja se javljaju u odnosu djeteta i roditelja. Dakle, u stanjima ekscitacija, koje su odraz neusklađenosti roditelja i djeteta (poradi roditeljeve grandioznosti i ekspanzivnosti), sram štiti dijete od pojačanja istih, primarno negativno afektivno obojenih ekscitacija. Objektivna samosvjesnost (engl. objective self-awareness - OSA) bitna je za formiranje selfa kao i procese kognitivne maturacije. Nastanak ranih mentalnih reprezentacija vezan je uz interpersonalna iskustva i više je afektivan nego kognitivan. S obzirom da su rane mentalne reprezentacije smještene u zoni nesvjesnog, navedeno objašnjava zašto se rano naučeni obrasci teško mijenjaju (put od rezistencija u nesvjesnom do olakšanja u svjesnom može biti dug). Zato i u odrasloj dobi, liječnik može imati problem s disfunkcionalnim sramom. Sram je u jednoj mjeri adaptivan, no kada koči i stvara psihičku nelagodu, sram ulazi u

kategoriju disfunkcionalnih emocija koje mogu biti teške do razine paralize psihičkog sustava. Klinička medicina nosi potrebu brzog odlučivanja uz puno stresnih situacija, koje mogu biti povezane s emocijama kao što su sram i krivnja. Induciranje srama postaje visoko prevalentno u eri kada perfekcionizam postaje jedno od mjerila uspjeha. Djecu se od roditelja, učitelja, vršnjaka i putem socijalnih mreža često posramljuje, pod geslom "poticanja na bolje rezultate" i poruke da neće dobiti dovoljno pažnje i ljubavi ako ne dosegnu socijalna mjerila uspješnosti, koja su često nerealno postavljena. Socijalni faktori povezani su s kulturom srama i kulturom krivnje, koje se dijelom i preklapaju, a značajno utječu na psihičke modele funkcioniranja ljudi. Uskraćivanje osjećaja prihvaćenosti, može biti triger faktor za pojavu srama, koji nepovoljno utječe na sliku sebe, a u krajnjim slučajevima to može rezultirati i autodestruktivnim ponašanjima do razine suicidalnog. Upravo disfunkcionalni sram se povezuje s rizikom suicida, koji je relativno visok u liječničkoj profesiji. Psihoterapija i druga korektivna iskustva mogu ponuditi bolju mentalizaciju (samo-evaluaciju) osobama koje imaju problem sa sramom i osjećajem inferiornosti. Psihodinamski se sram u medicini tumači kao odraz tenzije između ega i ego ideala te povezuje se s prijetnjom odbacivanja ili napuštanja. Morrison (1983) navodi kako sram ide na cijeli self i povezan je s nemogućnosti postizanja ideala, dakle radi se o narcističnoj reakciji. Erikson povezuje sram s iskustvom "biti izložen i viđen" koje zbog nepovoljnih okolnosti posramljena osoba želi pretvoriti u to da postane nevidljiva drugim osobama. Psihoanalitički radovi pokazuju da je za optimalno prevladavanje srama bitno da roditelj djetetu u ranom razvoju podrži individuaciju i razvoj samosvjesnosti, a bez potrebe za spajanjem s drugom osobom. Takve osobe onda optimalno reagiraju na socijalnu izloženost, jer ih adaptacija, autonomija i samosvjesnost štite od mogućih kritika i komentara drugih osoba. Atmosfera u radnim sredinama je vrlo bitna, tako da medicinski odjeli gdje voditelji odjela potiču pozitivne dimenzije svojih djelatnika mogu smanjiti problem disfunkcionalnog srama. Leon Wurmser (1981; 2013) navodi tri bitna stanja vezana uz sram: anksioznost vezana uz sram (sram da se bude izložen, viđen i ponižen); afekt srama (negativno obojeni osjećaji, nakon izlaganja iskustvu srama) kao i preventivni/protektivni sram (crta karaktera koja

prevenira iskustva posramljivanja). Ayers (2003) smatra kako je sram vezan uz preranu separaciju djeteta od majke, što tumači putem simboličkog mišljenja (navodi izbacivanje Adama i Eve iz raja). Sram bi značio ponovno sjedinjenje s majkom. Paradoksalno navodi da se osoba u sramu skriva, kako bi bila pronađena, simbolički - s ciljem ponovnog sjedinjenja s majkom (potraga za sigurnosti). Komentirajući novije društvene tokove, James Twitchell (1997) opisuje relativni nedostatak srama u konzumerističkoj kulturi. Smatra kako sram ima korektivni učinak na stabilizaciju kulture kroz limitiranje određenih ponašanja. Kao potencijalno "cjepivo protiv srama" navodi prihvaćanje osobe od strane drugih i smisao za auto-ironiju. Novije doba i komunikacija putem raznih društvenih mreža, otvara brojne mogućnosti za posramljivanje drugih ljudi. Termin "besraman" često se koristi u novije vrijeme. Doslovno gledajući to bi značilo da netko nema sram, a psihodinamski gledano puno je vjerojatnije da se radi o vanjskoj manifestaciji ponašanja koje je obrana od jakog internaliziranog osjećaja srama. Po toj logici, besramni su zapravo duboko impregnirani sramom, ali to poriču jer im je ta emocija preteška za prihvaćanje. Bitno je sram razmatrati s afektivne i kognitivne razine. Akhtar (2016) govoreći o besramnosti navodi pet kategorija: razvojna, obrambena, instinktivna, temeljena na psihičkom defektu i na dignitetu bazirana. Pri tome navodi kako prva i zadnja od navednih pet, ne trebaju biti nužno patološke. Besramnost je psihodinamski gledano kompleksna obrambena reakcija. Ponašanje besramnosti je varijanta "kriminala iz osjećaja krivnje", gdje kroz često banalne kriminalne aktivnosti i naknadnu kaznu osoba doživljava određeno smirenje, samo da se ne mora suočiti s dubljim osjećajima unutarnje krivnje koji ju muče. Mehanicistički gledano, loš unutrašnji osjećaj koji je teško uzročno definirati premješta se na površniju razinu funkcioniranja. Iz pozicije mehanizama obrane, to bi bila "reaktivna formacija protiv reaktivne formacije". Besramnost je reaktivna formacija protiv srama, koji je reaktivna formacija protiv neprihvatljivih želja. Postojanje besramnosti bi psihodinamski gledano ukazivalo na postojanje dubljeg osjećaja srama koji je premješten. Besramnost bi figurativno bila poput lista koji štiti osobu od genuinog osjećaja srama. Euripides (413 godine prije naše ere) je besramnost nazvao najtežom ljudskom bolesti. Osobe sa sindromom malignog narcizma (Kernberg, 2004)

pokazuju besramnost, koji je zapravo mehanizam obrane od teških unutrašnjih psiholoških sadržaja. Emotivna hladnoća malignih narcisa i potreba da budu superiorni je zapravo odraz srama zbog toga što nisu bili voljeni u djetinjstvu. Kod osoba s patološkim narcizmom, pojedini dijelovi selfa postaju disocirani i ne mogu biti spontano prihvaćeni (integrirani) bez jake narcistične boli. Narcistični zahtjevi često idu uz besramnost u ponašanju, posebno kada je u pitanju manipulativnost u okviru iskorištavanja drugih osoba. U podlozi je jaki osjećaj zavisti, često nesvjestan, koji koči patološkog narcisa od postizanja zahvalnosti i zrelog održavanja interpersonalnih odnosa. U psihoterapiji je vidljivo kako narcistični bolesnici imaju jaku sklonost da se osjećaju posramljeno te da u terapijskom odnosu mehanizmom projektivne identifikacije upućuju svom terapeutu sadržaje (self reprezentacije) vezane uz sram. U nastavku navodim primjer poricanja srama uz važnost psihoterapije kao lječidbenog faktora.

Primjer poricanja srama u liječnika

A.A. specijalist radiolog, zaposlen na rukovodećoj poziciji, često naglašeno iznosi kako nikada ne osjeća sram te kako ne razumije druge ljude kojima sram smeta u profesionalnim aktivnostima. U svom radu je poznat kao osoba koja primjećuje detalje kod drugih osoba, često ima potrebu i sadistički ponižavati svoje podređene, pravdajući to činjenicom da su kroz njegov profesionalni razvoj i njegovi nadređeni često ponižavali njega. Tijekom dva profesionalna zahvata, doživljava neuspjehe koji mu osobito teško padaju. Navedeno pripisuje pogreškama u djelovanju drugih kolega, mada to nije bila realna činjenica. Unatoč rezultatima neovisnog nadzora, otvoreno govori o greškama drugih te problem vlastite krive procjene pripisuje kolegama koji s navedenim nisu povezani. Na nagovor supruge, uključuje se u individualnu psihoterapiju. Psihodinamska terapija, otvara jaki narcistični segment ličnosti koji ga koči čitav niz godina. U psihoterapiji se otvara problem patološkog straha od toga da bude negativno komentiran, a u podlozi je jaki osjećaj internaliziranog srama koji seže u period ranog djetinjstva. Psihoterapeutu se povjerio, kako osjećaj da ga netko posrami smatra najvećim životnim promašajem te

da je u konkretnoj problemskoj situaciji, uz pomoć psihoterapeuta osvijestio dubinski osjećaj srama. Integracija tog osjećaja uz popratne spoznaje pomažu mu da se osjeća bolje te postaje psihički mirniji. Shvaća da je perfekcionizam bio sami psihološki mehanizam obrane koji je prikrivao dijelove njegovog autentičnog selfa, koji unatoč tome što ne uključuju savršenstvo nisu neprihvatljivi.

Razlike srama od krivnje

Medicinska profesija puna je dinamičnih emocionalnih interakcija tako da su sram i krivnja sastavni dio psihologije u medicini. Radi se o evolucijski prisutnim i interpersonalno uvjetovanim emocijama. Fenomeni srama i krivnje su univerzalno prisutni, imaju i biologijsku osnovu, snažni su, a u njihovoj analizi bitno je uključiti i psihološke mehanizme obrane, posebno na razini afekata i aktivnosti. Bernard Williams (1993) navodi kako je sram superioran krivnji te da "sram bolje razumije krivnju, nego što krivnja razumije sram" - sram može pomoći u reparaciji selfa nakon što se nešto pogrešno napravi. Kršćanstvo krivnju općenito vezuje uz "originalni grijeh", Adama i Evu. J. David Velleman (2001) naglašava kako je sram nastupio prije krivnje kod Adama i Eve, navodeći kako su Adam i Eva pokrivali seksualnu regiju poradi osjećaja srama. Platon je davno ustanovio kako je sram esencijalan u društvu i ima ulogu socijalnog modulatora. Krivnja se u zapadnoj kulturi vezuje uz izdaju (kršenje pravila) interesa grupe (vjera naglašava ulogu svevišnjeg), dok je sram više vezan uz izopćenje iz grupe. Po tome, dinamika krivnje ide iznutra prema van, dok sram više ide smjerom izvana (izloženost) prema unutra. Isto tako, krivnja je vrlo bitno u procesu oprosta koji ima povijesnih i socijalnih implikacija. Sram u kulturi istoka istoka se povijesno više istraživao nego u kulturi zapada. Indija se smatra podnebljem koje podržava sram u kulturi. Oba velika Indijska epa, Ramayana (450 g. prije nove ere) i Mahabharata (450 g. prije nove ere) sadržavaju bitne opise srama kod žena. U novijoj povijesti Indije, još donedavno je bilo neprimjereno da se u filmovima prikazuju eksplicitni poljupci muškaraca i žene, uz popratno povezivanje srama uz navedeno. Sram se još uvijek smatra tabu temom u medicinskoj kulturi, unatoč tome što je sram u značajnoj

mjeri „kolonizirao” tu istu kulturu i nametnuo se kao dominantan u odnosu na krivnju i druge emocije. Hijerarhijski gledano, a iz pozicije psihodinamskih teorija, sram je jači, odnosno opasniji nego krivnja. Dokaz za to je i suicidalnost (sram je čest prediktor i medijator) kao i stupanj nelagode koji izaziva kod ljudi. Kontinuum model nudi analizu srama i krivnje od blaže razine, do razine intenzivnijih proživljavanja (puni osjećaj srama i krivnje). Psihološki mehanizam bliži krivnji bila bi introjekcija, dok je sramu, po toj analogiji, bliža identifikacija. Twitchell (1997) koristi primjer Viktorijanaca koji su izjednačavali sram s crvenilom. Po njihovoj teoriji jedino ljudima koji osjećaju i pokazuju sram se može vjerovati, a s obzirom da Afrikanci i Indijanci nemaju crvenila u licu, njih se etiketiralo kao osobe bez srama. Psihoanalitički autori ne mogu dati jedinstvenu ocjenu da li je došlo do smanjenja srama u novije doba ili je sram postao manje vidljiv i manje se prepoznaje? Kako bi razumjeli sram trebamo analizirati i dihotomije bitnih psihoanalitičkih postulata: Freudov postulat “nesvjesno - svjesno” ili Winnicotov postulat “pravi self – lažni self”. Isto tako odnos unutrašnjeg i vanjskog psihičkog realiteta je bitan u procjeni, kao i pitanje potencijalnog prostora. U socijalnom smisliu postoji dihotomija “kulture bazirane na sramu” i “kulture bazirane na krivnji”. Teorije koje govore o nedostatku srama u društvu ukazuju da je gubitak srama prepreka razvoju civiliziranog društva. Christopher Lasch govori o “narcističnoj kulturi”, terminu koji se sve više rabi zadnjih godina. U vremenu kada društvene mreže nezaustavljivo rastu, gubi se prostor privatnosti što je povezano i s osjećajem srama. Sram je vezan uz self, krivnja više uz objektne odnose i temeljena je na višem stupnju koherencije ega. Teleološki, sram je bitan kao zaštitnik primarnih procesa mišljenja - jezika selfa. Krivnja je više vezana uz sekundarne procese mišljenja – jezik objektnih odnosa. Morrison (1989) navodi kako su identitet i self ključni za razumijevanje srama, a sram je temeljni disforični afekt narcističnog fenomena.

Akhtar (2016) navodi nekoliko temeljnih razlika srama od krivnje:

- osjeti - sram je vizualan, krivnja auditivna
- konflikti - sram je vezan uz konflikt oko egzibicionizma, krivnja uz konflikte kršenja pravila

- self ili objekt - sram je fokusiran na self, krivnja na objekte
- fiziološki - sram ima fiziološke markere (npr. crvenilo, palpitacije), krivnja nema
- greška - sram je rezultat greške postizanja željene slike selfa, krivnja je rezultat nepostizanja aktualnog ili internaliziranog autoriteta
- strukturalno – sram je posljedica tenzije između ega i ego ideala, krivnja je posljedica tenzije između ega i supeega
- razvojno – sram nastupa ranije od krivnje
- ponašanje - sram teži skrivanju, krivnja teži priznanju
- obrane protiv srama – narcistično samo isticanje, socijalno povlačenje i posramljivanje drugih; obrane protiv krivnje – okrivljavanje drugih, očekivanje vanjske kazne i mazohistično samoozljeđivanje.

Obilježja disfunkcionalnog srama u kliničkoj medicini:

- kolaps samopouzdanja
- osjećaj poniženja
- prekid kontinuiteta funkcije selfa (psihogeni kognitivni deficiti)
- osjećaj izoliranosti od okoline
- osjećaj promatranja od strane značajnih drugih osoba, kao što su kolege ili bolesnici.

Zaključak

Bitna poruka za liječnike i druge medicinske djelatnike je kako je veliki segment našeg mentalnog funkcioniranja na nesvjesnoj razini. Samim time, nije moguće isključivo racionalnim zakonitostima odgovoriti na brojna temeljna ljudska pitanja, jer problemi su smješteni u zoni nesvjesnog, gdje vrijede i neki drugi zakoni, manje racionalni i manje logični. Stoga je rad na emocionalnim aspektima ličnosti, rad na poboljšanju empatije i razumijevanja sebe i drugog duboko smislen. Samo kvalitetna integracija kognitivnih i emocionalnih spoznaja dovodi do rezultata, dok fragmentirani pristup donosi parcijalnu istinu ili neistinu u psihološkom smislu. Upravo nemir i anksioznost ukazuju kako nešto ne štima iznutra. Ono što formira naše osjećaje, misli i

ponašanja je izvan razine svjesnog, odnosno nalazi se na dubljoj, nesvjesnoj razini. Pri tome je bitan rani razvoj čovjeka, kada psihološki faktori moduliraju temeljni biološki mentalni sklop osobe. Povoljna atmosfera odrastanja stvara bolje preduvjete za formiranje zrelije strukture ličnosti i bolje mentalno funkcioniranje, a pri tome je vrlo bitna i genetska, biološka baza. Isto tako, važno je raditi na poboljšanju atmosfere na razini radnih sredina. Osobe koje rukovode sustavom su poput roditelja, što su više autentični i svojim primjerom pokazuju pozitivna ponašanja, njihovi suradnici će biti bolje motivirani. Što bi rekao profesor Vladimir Gruden - „sve je igra“, a u toj igri treba težiti istini i prirodnim zakonitostima. Put prema vlastitim dubljim spoznajama (put istine) je koji put mukotrpan, ali je zato duboko smislen i koristan. U ranijim knjigama našeg tima (Marčinko, Rudan, Jakovljević, Bilić i suradnici; kroz period 2011.-2019., popis naveden u literaturi) obradili smo brojne psihološke teme s naglaskom na boljem razumijevanju psihičkog funkcioniranja čovjeka kao i povezivanju psihodinamike s biologijskim, socijalnim, duhovnim i drugim bitnim dimenzijama ljudskog funkcioniranja.

Tim stručnjaka Klinike za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb, u ovoj knjizi želi dati teorijske i praktične spoznaje koje se tiču stresa u kliničkoj medicini, a istovremeno ponuditi i višestruke načine smanjenja negativnog stresa te prevladavanja pozitivnih potencijala ličnosti koje svaki čovjek u sebi nosi, a često ih nedovoljno koristi.

Literatura

- Akhtar S. (2016). Shame: Developmental, Cultural, and Clinical Realms. Karnac Book.
- Akhtar, S. (2009). Comprehensive Dictionary of Psychoanalysis. London:Karnac.
- Akhtar, S. (2012). The Book of Emotions. New Delhi: Roli.
- Ayers, M. (2003). Mother-Infant Attachment and Psychoanalysis. London: Routledge.
- Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RW: Young doctors’ health, I: how do working conditions affect attitudes, health, and performance? Journal of Social Science and Medicine 1997; 45:35–40.
- Beevers CG, Miller IW. Perfectionism, cognitive bias, and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation. Suicide Life Threat Behav 2004; 34:126–137.
- Broucek, F. J. (1982). Shame and its relationship to early narcissistic

developments. International Journal of Psychoanalysis, 63: 369–378.
- Broucek, F. J. (1991). Shame and the Self. New York: Guilford Press.
- Carpenter LM, Swerdlow AJ, Fear NT: Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20,000 NHS consultants. Occup Environ Med 1997; 54:388–395.
- Celenza A, Gabbard GO: Analysts who commit sexual boundary violations: a lost cause? J Am Psychoanal Assoc 2003; 51:618–636.
- Center C, Davis M, Detre T, et al: Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. JAMA 2003; 289:3161–3166.
- Cherniss C (1980). Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger.
- Erikson, E. H. (1950). Childhood and Society. New York: W. W. Norton.
- Erikson, E. H. (1968). Identity: Youth and Crisis. New York: W. W. Norton.
- Freud, S. (1930). Civilization and Its Discontents. S. E., 21: 59–145. London: Hogarth.
- Gabbard GO, Menninger RW, Coyne L: Sources of conflict in the medical marriage. Am J Psychiatry 1987; 144:567–572.
- Gabbard GO, Menninger RW: The psychology of postponement in the medical marriage. JAMA 1989; 262:2378–2381,
- Gabbard GO: Sexual misconduct, in American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol 13. Edited by Oldham JM, Riba MB. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994, pp 433–456.
- Gabbard GO: Transference and countertransference in the psychotherapy of therapists charged with sexual misconduct. Psychiatr Ann 1995; 25:100–105.
- Gabbard GO, Lester EP: Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2003.
- Gabbard GO, Martinez M: Professional boundary violations by physicians. Journal of Medical Licensure and Discipline 2005; 91:10–15.
- Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, et al: Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979–1995. J Epidemiol Community Health 2001; 55:296–300.
- Holmes VF, Rich CL: Suicide among physicians, in Suicide Over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment and Treatment of Suicidal Patients. Edited by Blumenthal S, Kupfer D. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990, pp 599–615.
- James, E. (2012). Fifty Shades of Grey. New York: Vintage.
- Kitayama, O. (2009). Psychotherapy in the “shame culture” of Japan: a “dramatic” point of view. In: S. Akhtar (Ed.), Freud and the Far East: Psychoanalytic Perspectives on the People and Culture of China, Japan, and Korea (pp. 89–104). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Kernberg O. Borderline Personality Organization. J Am Psychoanal Assoc. 1967;15(3):641-85.
- Kernberg, O. F. (2004). Aggressivity, Narcissism and Self-Destructivenes in the Psychotherapeutic Relationship. Yale University Press.
- Lansky, M., & Morrison, A. (Eds.) (1997). The Widening Scope of Shame.

Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Lansky, M. Trigger and screen: shame conflicts and the dynamics of instigation in Freud's dreams. Journal of the American Psychoanalytic Association 2004; 32: 441–469.
- Lansky, M. Hidden shame. Journal of the American Psychoanalytic Association 2005; 53: 865–890.
- Lansky, M. Unbearable shame, splitting, and forgiveness in the resolution of vengefulness. Journal of the American Psychoanalytic Association 2007; 55: 571–593.
- Lewis, H. B. (1971). Shame and Guilt in Neurosis. New York: International Universities Press.
- Lowenfeld, H. Notes on shamelessness. Psychoanalytic Quarterly 1976;45: 62–72.
- Mandell H, Spiro H: When Doctors Get Sick. New York, Plenum, 1987, p xi
- Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Towards a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry 1999; 156:181–189.
- Marčinko D i sur. Suicidologija – udžbenik Sveučilišta u Zagrebu. Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- Marčinko D, Rudan V i suradnici. "NARCISTIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI I NJEGOVA DIJAGNOSTIČKA OPRAVDANOST – DOPRINOS MEĐUNARODNOJ RASPRAVI", Medicinska naklada, Zagreb, 2013a.
- Marčinko D. i sur. "Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja", Medicinska naklada, 2013b.
- Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V i suradnici. "Poremećaji ličnosti – stvarni ljudi, stvarni problemi", Medicinska naklada, Zagreb, 2015.
- Marčinko D, Rudan V i suradnici. "Psihoanalitički modeli komunikacije u vremenu brzih promjena", Medicinska naklada, Zagreb, 2016.
- Marčinko D, Rudan V i suradnici. "Histerija", Medicinska naklada, Zagreb, 2017.
- Marčinko D, Rudan V i suradnici. "Nelagoda u kulturi 21.stoljeća – psihodinamska rasprava", Medicinska naklada, Zagreb, 2018.
- Marčinko D. "Psihodinamika poslovnih odnosa", Medicinska naklada, Zagreb, 2019.
- Marčinko D, Rudan V, Jakovljević M. "Psihodinamika ljubavi i mržnje", Medicinska naklada, Zagreb, 2019.
- Menninger KA: Psychological factors in the choice of medicine as a profession: part II. Bull Menninger Clin 1957; 21:99–106.
- Morrison, A. Shame, ideal self, and narcissism. Contemporary Psychoanalysis 1983;19: 295–318.
- Morrison, A. (1989). Shame: The Underside of Narcissism. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Morrison, A. The breadth and boundaries of a self-psychological immersion in shame. Psychoanalytic Dialogues 1994;4: 19–35.
- Myers MF, Gabbard GO. The Physician as Patient. A Clinical Handbook for Mental Health Professionals. Washington, DC. Books published by American Psychiatric Publishing, 2008.

- Scheff, T., & Retzinger, S. (1997). Shame in social theory. In: M. Lansky & A. Morrison (Eds.), The Widening Scope of Shame. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Schernhammer ES, Colditz GA: Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). Am J Psychiatry 2004;161: 2295–2302.
- Schore, A. (1994). The dialogical self and the emergence of consciousness. In: A. Schore (Ed.), Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development (pp. 490–498). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Silverman MM: "Physicians and Suicide," in The Handbook of Physician Health. Edited by Goldman LS, Myers M, Dickstein LJ. Chicago, IL, American Medical Association, 2000.
- Torre D, Wang NY, Mead LA, et al: Mortality in a prospective study of physicians. J Gen Intern Med 15(suppl):150, 2000.
- Twitchell, J. (1997). For Shame: The Loss of Common Decency in American Culture. New York: St. Martin's Press.
- Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C: Some psychological vulnerabilities of physicians. N Engl J Med 1972; 287:372–375.
- Velleman, J. D. The genesis of shame. Philosophy and Public Affairs 2001;30: 27–52.
- Viswanathan R: Death anxiety, locus of control, and purpose in life of physicians: their relationship to patient death notification. Psychosomatics 1996; 37:339–345.
- Williams, B. (1993). Shame and Necessity. Berkeley, CA: University of California Press.
- Wilson J.A. From medical model to holism: Personal and professional changes of 20 American physician. Georgia State University, Dissertation,1985.
- Wurmser, L. (1981). The Mask of Shame. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1994.
- Wurmser, L. (2013). Shame and Its Vicious Cycles. Lecture delivered at the IPA meeting in Prague, Czech Republic, July 27.

2. poglavlje

Biološki učinci stresa

Marina Šagud, Bjanka Vuksan Ćusa, Nela Pivac

Uvod

Izreka „zdrav duh u zdravom tijelu“ govori da su već stanovnici antičke Grčke prepoznali neophodnost harmonije uma, duše i tijela za dobro psihičko i tjelesno zdravlje“ Iftikhar i sur., 2021.

Porijeklo pojma „stres” datira iz 30ih godina prošlog stoljeća, kada je utvrđeno da različiti toksični čimbenici dovode do sličnog fiziološkog odgovora u laboratorijskih životinja-hipertrofije nadbubrežnih žlijezda, atrofije limfnog sustava, te želučanih ulceracija, s posljedičnim povećanim oslobađanjem kortizola (Herman i sur., 2020). U isto vrijeme je utvrđeno da laboratorijske životinje ne mogu preživjeti ako im se odstrane nadbubrežne žlijezde. Danas je definicija stresa nejasna, iako bi ispravno bilo uzrok nazivati stresorom, a njegovu fiziološku posljedicu stresom, ili distresom (Herman i sur., 2020), ili odgovorom na stres (Sorrells i Sapolsky, 2007). Stresom se smatra fiziološki i psihološki odgovor na prijeteći ili ugrožavajući događaj, koji predstavlja ugrozu integritetu, s ciljem modulacije ponašanja radi izbjegavanja neželjenih posljedica. Stres može biti posljedica univerzalnih čimbenika, poput rata, prirodnih katastrofa ili pandemije, ili individualnih okolnosti, poput siromaštva, gubitka bliske osobe, fizičkog napada, teške tjelesne bolesti, ali i problema na radnom mjestu. Adaptacija na stres može biti korisna ili štetna. Raspon odgovora se kreće između rezilijencije ili otpornosti, pa do vrlo štetnih učinaka, a odgovori ovise o jačini i vrsti stresora, te psihološkim i fiziološkim osobinama osobe izložene stresoru. Stresor do određene razine poboljšava sposobnost odgovora na izazove života, te dovodi do jačanja prilagodbenih kapaciteta (izreka: „što me ne ubije, to me ojača“), ali, nakon određene jačine, gubi svoj pozitivan učinak i postaje razoran, te izaziva štetu. U svakom slučaju, mozak je organ koji

određuje što je opasno i štetno, ali i organ u kojem započinje kaskada odgovora na stresni događaj (Šagud i sur., 2017), jer regulira emocije i ponašanje ključne ne samo za preživljavanje, nego i za normalno funkcioniranje u svakodnevnom životu. Emocije su čvrsto povezane sa fiziološkim odgovorom, odnosno, imaju snažnu fiziološku komponentu.

Biološki sustavi ključni za reakciju na stres

Zato što život nije uvijek lagan, sva živa bića su razvila mehanizme nošenja sa izazovnim situacijama (Sorrells i Sapolsky, 2007)

Bitno je da se drukčiji procesi odvijaju u pozadini akutne i kronične stresne reakcije. U akutnoj stresnoj reakciji mozak se ponaša ekonomično, te sve resurse usmjerava prema sustavima koji su ključni za preživljavanje. Upravo ovaj nagli porast glukokortikoida i kateholamina dovodi do reakcije borbe ili bijega (eng. *fight or flight*). Svrha tog odgovora jest (Sorrells i Sapolsky, 2007):

1) Kateholamini: ↑ porast cirkulacije i opskrbe krvlju kardiovaskularnog sustava, mozga i mišića.
2) Kateholamini i glukokortikoidi (GK): Mobilizacija energije iz masnog tkiva i jetre.
3) GK: ↓ manje bitnih aktivnosti (hranjenje, probava, seks, upalna reakcija).

Pretjerivanje u ovakvoj reakciji je štetno za organizam, te organizam to sprječava pomoću mehanizma negativne povratne sprege. Međutim, ako ovaj sustav izmakne kontroli, te nadjača kapacitete „puferiranja“, učinci mogu biti razorni. Velika je razlika, npr., između akutnog učinka visokih razina GK, te njihovih kroničnog učinka. Dok akutni učinak, kao odgovor na stres, dovodi do porasta neuroplastičnosti u hipokampusu, korteksu i amigdalama, kronični učinak dovodi do gubitka dendrita i oštećenja pamćenja (Juszczak i Stankiewicz, 2018). Vrlo pojednostavljeno, nagli porast kortizola uslijed stresa može dovesti do pojačanog upamćivanja snažno emocionalno „obojenih“ događaja, dok produžena izloženost stresu dovodi do oslabljenog pamćenja (Juszczak i Stankiewicz, 2018).
Razliku između akutnog i kroničnog učinka stresa pokazuje tablica 1.

Tablica 1. Razlike u fiziološkom odgovoru na stres kod akutne i kronične izloženosti stresu

Vrsta stresa	Stresor	Fiziološki odgovor
Akutni	Određeni akutni događaj	Akutno hitno stanje-eng. *emergency mode*; mobilizacija energije za aktivaciju i odgovor na nove zahtjeve, ↑ investicija: dotok energije za bitne sustave (miokard, mišići) pomoću aktivacije simpatikusa, i ↓ investicija: dotok energije za trenutno nebitne sustave (imunološki sustav, rast neurona), ↑ eliminacija nepotrebnih elemenata (autofagija)
Kronični	Kontinuirana ili povremena izloženost (kronični stres)	Izostanak negativne povratne sprege, periferna i centralna rezistencija na stalno visoke vrijednosti kortizola, promjena metaboličke i imunološke aktivnosti, oštećenje neurogeneze

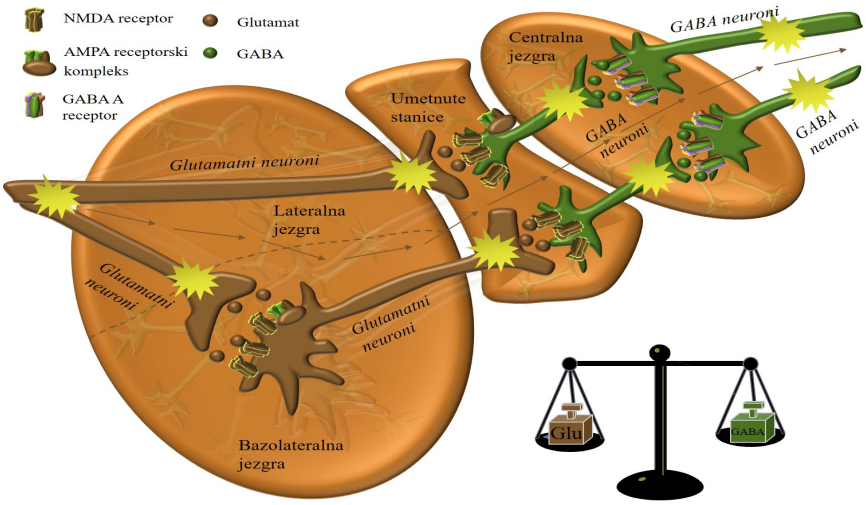
Prema: Juszczak i Stankiewicz, 2018; Kolacz i sur., 2019; Herman i sur., 2020; Salomon i sur., 2020

U osnovi, učinak odgovora na akutni stres je potencijalno koristan za organizam, dok je učinak produženog stresa potencijalno štetan. Kakav će točno poremećaj uslijediti, ovisi o mnogim čimbenicima, poput dobi, vrsti, intenzitetu i trajanju stresa. Učinak stresa je hijerarhijski integriran, i dešava se u kaskadama: snažan psihološki odgovor dovodi do poremećaju u funkcioniranju mozga te u konačnici do psihopatoloških promjena (van Praag, 2004). Pri tome su ključna četiri biološka sustava: 1) amigdala, 2) os hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (HHN), 3) simpatički živčani sustav, te 4) imunološki sustav.

1) Amigdala

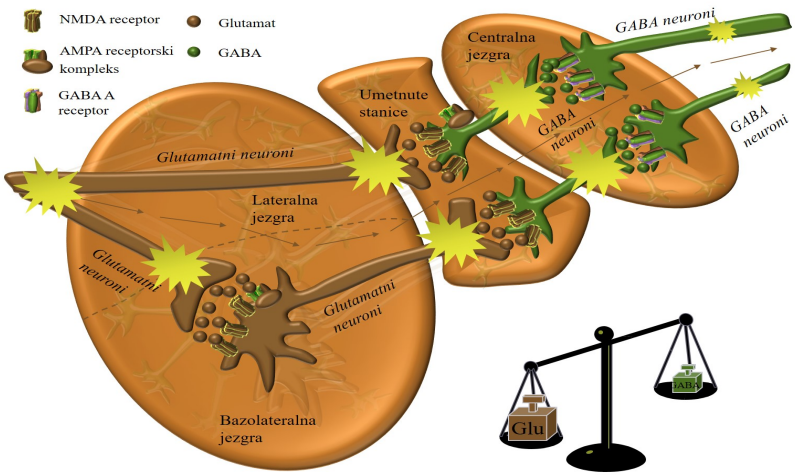
Amigdala ima jedinstvenu ulogu pretvaranja osjetnih informacija u fiziološki odgovor i promjenu ponašanja. Pojednostavljeno, amigdala, koja se još naziva i raskršćem mnogobrojnih moždanih putova, stalno provodi emocionalnu obradu svih osjeta odnosno ona je „specijalizirana za procesiranje emocija“. Amigdala prima neobrađene informacije iz talamusa i obrađene informacije iz moždane kore, te daje emocionalnu valenciju i važnost svakom događaju (Šagud i Šimić, 2020). U mirnim uvjetima aktivnost amigdala je posljedica ravnoteže između inhibicijskih i pobuđujućih impulsa, a njihov konačan rezultat bazalna je aktivnost amigdala. Funkcioniranje amigdala u uvjetima ravnoteže prikazuje slika 1.

Slika 1. Funkcioniranje amigdala u mirnim okolnostima (prilagođeno prema Šagud i Šimić, 2020, uz dozvolu autora)



Čimbenici povezani sa stresom, koji dovode do ekscitacije amigdala, bilo da se radi o „normalnoj“ ekscitaciji u zdrave osobe ili kad je riječ o pretjeranoj ekscitaciji kod raznih poremećaja, dovode do smanjenja aktivnosti projekcijskih GABA-ergičkih neurona koji izlaze iz središnje jezgre amigdala, što dovodi do prekomjerne aktivnosti glutamatnih neurona u lateralnoj jezgri amigdala. Nadalje, putem stimulacije paraventrikularne jezgre hipotalamusa, dolazi do disinhibicije osi HHN, kao i niza centara u moždanom deblu što se nalaze „pod kontrolom“ tih putova (Šagud i Šimić, 2020; Moisan, 2021). Nadalje, stres dovodi do pojačane sinteze i oslobađanja čimbenika koji oslobađa kortikotropin (eng. *corticotropin-releasing factor*, CRH) u središnjoj i bazolateralnoj jezgri amigdala što ima anksiogeni učinak (de Andrade i sur., 2018). Upravo se CRH smatra „odgovornim“ za anksiogeni učinak brojnih stresora. Do porasta CRH uslijed stresa dolazi u amigdalama, hipotalamusu, hipokampusu, cingularnom korteksu, periakveduktalnoj sivoj tvari te u jezgrama rafe, iako se ovaj porast razlikuje po regijama ovisno radi li se o akutnom ili kroničnom stresu (de Andrade i sur., 2018). U amigdalama, dakle, započinje proces aktivacije osi HHN i kaskade fiziološkog odgovora na akutni stres. Slika 2. prikazuje funkcioniranje amigdala pod utjecajem reakcije na stres.

Slika 2. Ekscitacija amigdala pod utjecajem stresnih događaja (prilagođeno prema Šagud i Šimić, 2020, uz dozvolu autora)



2) Os hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda

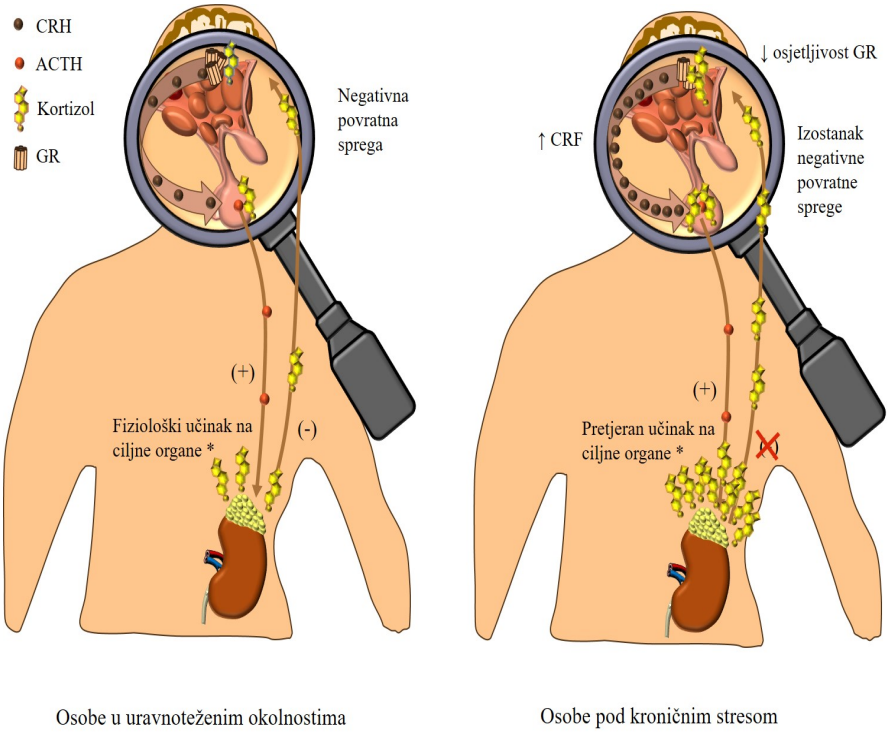
Reakcija organizma na stres se događa u sekundama, pri čemu najprije dolazi do porasta oslobađanja kateholamina iz simpatičkog sustava (Sorrells i Sapolsky, 2007), te automatski do smanjenja aktivnosti parasimpatikusa. Naime, autonomni živčani sustav omogućuje trenutnu prilagodbu na promjene, koje imaju „visoku metaboličku cijenu". Zatim, u slijedećim minutama se u hipotalamusu oslobađa CRH (Sorrells i Sapolsky, 2007), koji dovodi do oslobađanja adrenokortikotropnog hormona (ACTH) u hipofizi, te posljedično do porasta adrenalnih GK. Ključna poveznica stresa i poremećaja izazvanih stresom je os HHN. Upravo je aktivnost osi HHN, te koncentracija kortizola, najistraživaniji parametar vezan za odgovor na stres (Salomon i sur., 2020). Koncentracija kortizola može se izmjeriti u krvi, slini, urinu, ili kosi (Salomon i sur., 2020). Aktivacija osi HHN započinje u hipotalamusu, koji prima impulse iz različitih dijelova mozga, prije svega iz amigdala. Naime, kod percepcije prijetnje za

organizam dolazi do aktivacije amigdale, koja dovodi do porasta sinteze i oslobađanja CRH iz paraventrikularne jezgre hipotalamusa, što dovodi do porasta oslobađanja ACTH iz hipofize, te u konačnici do naglog porasta GK koji se oslobađaju iz kore nadbubrežne žlijezde, što se ponovo smanjuje kada prijetnja prestane, a zahvaljujući vrlo preciznoj regulaciji putem negativne povratne sprege (Moisan, 2021). Endogeni GK imaju ključnu ulogu u prilagodbi na stresnu okolinu, s ciljem održavanja i zadržavanja homeostaze, a najvažniji i najzastupljeniji GK u ljudi je kortizol. Oni svoj učinak ostvaruju putem mineralokortikoidnih i glukokortikoidnih receptora. Pri tome je važno istaknuti da se fiziološka uloga kortizola značajno razlikuje od njegove uloge u okolnostima značajnog stresa. Naime, budući da mineralokortikoidni receptori imaju veći afinitet za kortizol, oni su okupirani njime u svakodnevnim okolnostima, te imaju bitnu ulogu u stvaranju energije, odnosno, održavanju razine glukoze, funkcioniranju membrana neurona, održavanju aktivnosti imunološkog sustava, neurotransmisiji i održavanju neuroplastičnosti. S druge strane, glukokortikoidni receptori imaju 10 puta slabiji afinitet, pa se kortizol za njih veže samo kada su koncentracije više, a to je u stresnim okolnostima, pri čemu dolazi do modulacije (slabljenja) imunološkog odgovora, autofagije i oksidacijskog stresa, te smanjenja proliferacije i diferencijacije neurona (Juszczak i Stankiewicz, 2018; Moisan, 2021).

Endogeni GK kontroliraju veličinu vlastite sinteze negativnom povratnom spregom učinkom na mozak, pri čemu dovode do smanjenja ekspresije gena koji kontroliraju receptore za CRH u limbičkim strukturama, hipotalamusu, i hipofizi (Moisan, 2021). Putem negativne povratne sprege, a u sklopu svakodnevnih životnih okolnosti, aktivnost osi HHN je vrlo precizno regulirana, te se prilagođuje malim promjenama ovih okolnosti. Npr., trenutne pozitivne emocije su povezane sa nižim, a negativne sa višim razinama kortizola (Joseph i sur., 2021). U laboratorijskim pokusima utvrđene su i spolne razlike, pri čemu je u žena došlo do većeg porasta razine kortizola uslijed odbacivanja iz društva, a u muškaraca uslijed nedovoljnog društvenog postignuća (Stroud i sur., 2002). Međutim, kod prolongiranih stresova, koji nadmašuju i dugotrajno iscrpljuju kapacitete prilagodbe, može doći do slabljenja ovog kontrolnog mehanizma, te gubitka negativne povratne sprege, a to rezultira

gubitkom kontrole i prekomjernim izlučivanjem kortizola. S vremenom može doći i do „iscrpljivanja” čimbenika povećane aktivnosti HHN, poput receptora za CRH, te hipoaktivnosti osi HHN (Khoury i sur., 2019). Unatoč povišenim razinama kortizola, koncentracija CRH je i dalje visoka kod kroničnog stresa (de Andrade i sur., 2018). Kronični poremećaj regulacije osi HHN uslijed stresa u konačnici može biti i hiper- i hipo- funkcija. Razliku između funkcioniranja osi HHN u uobičajenim, mirnim, te kroničnim stresnim okolnostima, pokazuje slika 3.

Slika 3. Aktivnost osi HHN u mirnim i u kroničnim iscrpljujućim stresnim okolnostima



*KV sustav, metabolizam, mišići, mozak, imunološki sustav

Učinjeno prema: de Andrade i sur., 2018; Moisan, 2021

3) Autonomni živčani sustav

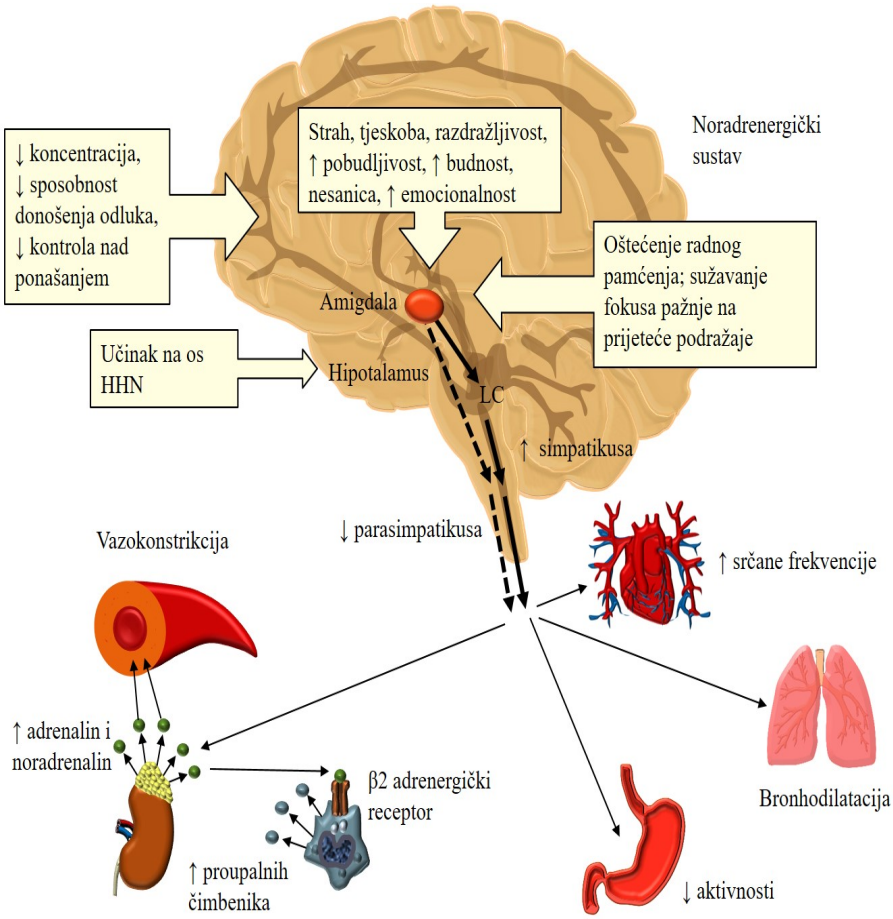
Ishodište noradrenergičkih neurona nalazi se u LC, odakle neuroni odlaze u ostala područja mozga, uključujući amigdalu i frontalni korteks. Porast CRH dovodi i do akutne, te također i dugotrajne, stimulacije lokusa ceruleusa (LC) (Ross i Van Bockstaele, 2021), što opet dovodi do pojačane pobudljivosti, konsolidacije pamćenja putem amigdala, te regulacije pobudljivosti hipokampusa i talamusa. Pojačana aktivnost LC dovodi do daljnjeg porasta CRH u hipokampusu (Limanaqi i sur., 2020), na koji način se potencira „začarani krug“. Pretkliničke su studije utvrdile da čak i jednokratni stresni događaj dovodi do dugotrajne anksioznosti, te porasta izbijanja noradrenalina iz lokusa LC, te je čak i tjedan dana kasnije podražljivost ovih neurona povećana (Borodovitsyna i sur., 2018). Nadalje, kortizol sprečava desenzitizaciju β adrenergičkih receptora na pojačanu prisutnost noradrenalina i adrenalina, što omogućuje prolongiran učinak simpatikusa (Juszczak i Stankiewicz, 2018). Pretjerana aktivnost ovog sustava dovodi do osjećaja napetosti, razdražljivosti i nesanice. Posebno je štetan učinak na prefrontalni korteks (PFC), koji je „zadužen“ za najviše kognitivne funkcije, i kontrolu aktivnosti drugih dijelova mozga. Naime, za optimalno funkcioniranje PFC, noradrenergička aktivnost slijedi izvrnutu U krivulju. Stoga pretjerana aktivacija PFC dovodi do slabljenja njegove funkcije, oštećenja radnog pamćenja, sposobnosti donošenja odluka, kontrole ponašanja, koncentracije na zadatke i planiranja (Arnsten i Shanafelt, 2021). S druge strane, povećana noradrenergička aktivnost u amigdalama povećava emocionalni odgovor. Pod utjecajem stresa također dolazi do porasta sinteze i oslobađanja histamina, koji dodatno dovodi do aktivacije simpatikusa, supresije apetita, povećavanja lipolize, te povećanja budnosti (Juszczak i Stankiewicz, 2018). Osim na simpatički i histaminski, stres ima učinak i na dopaminski sustav. Noradrenergički i dopaminski sustav djeluju istodobno i paralelno, i u međusobnoj sinergiji, pri čemu je noradrenergički sustav prilikom stresa „nadređen“ dopaminskom, jer se aktivira mnogo brže (Limanaqi i sur., 2020). Ukratko, nagli porast aktivnosti u LC dovodi do dvostrukog učinka na dopaminski sustav: povećanje aktivnosti u

mezolimbičkom, a smanjenje u mezokortikalnom sustavu, a oba učinka posredovana su α1 receptorima, ovisno o njihovoj lokaciji, na dopaminergičkim, GABA ili glutamatnim neuronima (Limanaqi i sur., 2020). Kronična izloženost stresu, međutim, dovodi do atrofije dopaminskog i noradrenergičkog sustava, potaknuto upalom, autofagijom i neurotoksičnošću (Limanaqi i sur., 2020), te do atrofije PFC, uz gubitak njegovih funkcija (Arnsten i Shanafelt, 2021).

Aktivnost simpatikusa u stalnoj je interakciji s aktivnošću parasimpatikusa, te konačan učinak, npr. na frekvenciju srca, ovisi o zbroju ovih učinaka. Npr. učinak simpatikusa „bijeg ili borba“ je u suprotnosti s učinkom parasimpatikusa „odmor i probava“ (eng. „rest and digest“), kada dolazi do stimulacije vagusa i osobađanja acetilkolina koji aktivira muskarinske receptore. Smatra se da za vrijeme mirovanja dominira učinak parasimpatikusa, koji ujedno predstavlja i „vagalnu kočnicu” (Kolacz i sur., 2019; Pozzato i sur., 2021) za simpatikus. Međutim, zbog visoke gustoće enzima kolinesteraze u sinusnom čvoru, učinak parasimpatikusa je kratak. Oslobođeni acetilkolin ujedno i koči aktivnost simpatikusa. Srčana frekvencija posljedica je interakcije simpatikusa i parasimpatikusa, te se zbog toga stalno mijenja, a ove fluktuacije još se nazivaju raspon srčane frekvencije (eng. „heart rate variability”). Smanjen raspon u mirovanju se povezuje sa smanjenom bazalnom aktivnošću parasimpatikusa, te sa većom vulnerabilnošću na stres (Pozzato i sur., 2021). Iako je u ovih osoba bazalna aktivnost simpatikusa nepromijenjena, prespora „vagalna kočnica” dovodi do prevage simpatikusa.

Učinak aktivacije simpatikusa, koji ima svoje ishodište u amigalama, pokazuje slika 4.

Slika 4. Centralni i periferni učinci aktivacije simpatikusa



Učinjeno prema: Juszczak i Stankiewicz, 2018; Kolacz i sur., 2019; Langgartner i sur., 2019; von Känel i sur., 2020; Arnsten i Shanafelt, 2021; Pozzato i sur., 2021;

4) Upalni čimbenici

Odgovor na stres posredovan sa osi HHN, kao i s imunim sustavom je dobro poznat, te se kod svakog određivanja ovih parametara preporučuje uzeti u obzir i razinu stresa, iako se to još uvijek rijetko čini (Nikolac Perković i sur., 2021). U samom početku kod akutne stresne reakcije dolazi do stimulacije imunog sustava, možda zbog ranog učinka kateholamina (Sorrells i Sapolsky, 2007), odnosno, do porasta koncentracije imunoglobulina IgA, IgG i IgM (Khan i sur., 2021). Tek više koncentracije GK imaju imunosupresivni učinak (Sorrells i Sapolsky, 2007). Snažan imunosupresivni učinak kod većeg porasta razina GK može se činiti paradoksalan, jer „bijeg ili borba“ reakcija može povećati rizik upale ili ozljede (Juszczak i Stankiewicz, 2018). Međutim, ovakav učinak ima svoje objašnjenje: visoke razine GK sprečavaju oštećenje organizma uslijed presnažne imune reakcije, kao i pojavu umora koju bi proizvela povećana koncentracija citokina, što bi onemogućilo mišićnu spremnost za „bijeg ili borbu“, te potrošnju kisika, nutritijenata i željeza, koje imuni sustav inače troši u velikim količinama za upalnu reakciju (Juszczak i Stankiewicz, 2018). Danas prevladava stav da kronični psihosocijalni stres dovodi do upale niskog stupnja (eng. „low grade inflammation”), što se može predstavljati poveznicu prema tjelesnim i psihijatrijskim poremećajima (Langgartner i sur., 2019).

Također se čini da GK, dok na periferiji imaju imunosupresivni učinak, u mozgu zapravo mogu imati proupalni učinak (Sorrells i Sapolsky, 2007). Naime, velika je razlika između centralne i periferne regulacije upale. Iako su proupalne molekule jednake u oba sustava, drugačije stanice iz proizvode: makrofagi i mastociti na periferiji, a astrociti i mikroglija u mozgu (Sorrells i Sapolsky, 2007). Iako se smatra da je stres, u svojoj biti, „protuupalan” radi učinka kojim povećava oslobađanje GK, to nije uvijek tako (Sorrells i Sapolsky, 2007). Dugotrajan poremećaj regulacije osi HHN dovodi do poremećaja u regulaciji imunog sustava. Naime, dugotrajno povišene razine GK dovode do smanjene osjetljivosti njihovih receptora, te u konačnici njihovog smanjenog antiupalnog učinka, što pogoduje upali. GK utječu

na transkripciju nekoliko stotina gena u mozgu, pri čemu su najkonzistentniji dokazi za sada za Errfi1 i Ddit4 gene, te za brojne druge koji reguliraju potrošnju energije, imunološki sustav, homeostazu kalcija, vezikularni transport, aktivnost simpatikusa (Juszczak i Stankiewicz, 2018). Nadalje, osim što se uslijed stresa povisuje aktivnost simpatikusa, smanjuje se aktivnost parasimpatikusa, što dovodi do proupalnog djelovanja. Npr. u zdravih je osoba utvrđeno da eksperimentalna izloženost psihosocijalnom stresu dovodi do smanjena vagalne aktivnosti, uz istodobno povišenje vrijednosti TNF-α i IL-6 (Woody i sur., 2017), a IL-6 utječe na sve elemente imunog sustava.

Opisane fiziološke reakcije na stres nastale su tijekom evolucije. Tada su stresori bili gotovo isključivo prijetnja fizičkom ozljedom od strane predatora, te je povećanje upalnog odgovora, u vidu porasta proupalnih citokina, CRP-a, fibrinogena i leukocita, bilo u funkciji saniranja ozljede, te zaštite od moguće infekcije (Langgartner i sur., 2019). Danas, međutim, prevladava izloženost sasvim drugačijem obliku stresa, a to je psihosocijalni stres, koji ne prijeti niti fizičkom integritetu, a niti nastanku infekcije. Najviše su istraživani stres na poslu, zbog nezaposlenosti, te stres zbog stalne brige o bolesnom članu obitelji (eng. „caregiving stress“). U ovih su osoba zapažene povišene vrijednosti različitih proupalnih parametara, koji su se donekle razlikovali ovisno kakvoj vrsti stresa je osoba bila izložena (Langgartner i sur., 2019).

BDNF i stres

Stres je zajednički čimbenik rizika za veći dio neuropsihijatrijskih poremećaja a posebice za stresom izazvane poremećaje. Upravo zato je važno razlučiti, osim neurobiološke podloge stresa, također i molekularne mehanizme koji su uključeni ili u adaptacijske odgovore na stres ili genetske mehanizme i medijatore koji su uključeni u vulnerabilnost (ranjivost) na stres. Osim stresom izazvane aktivacije osi HHN i posljedičnog oslobađanja CRH, ACTH i kortizola, koji putem mehanizama negativne povratne sprege regulira svoje oslobađanje

vezanjem za glukokortikoidne receptore, u odgovor na stres je uključen i važan protein u središnjem živčanom sustavu (SŽS), moždani neurotropni čimbenik ili BDNF (eng. *brain derived neurotrophic factor*). On pripada porodici neurotrofina koju još čine čimbenik rasta živaca (NGF; eng. *nerve growth factor*), neurotrofin-3 (NT-3), neurotrofin-4/5 (NT-4/5) i neurotrofin-6 (NT-6). Svi neurotropini značajno utječu na normalni razvoj mozga i normalnu SŽS funkciju. BDNF u SŽS-u djeluje putem dvije vrste receptora: tropomiozin-receptor-kinaze tipa B (TrkB) ali i putem pan-neurotrofinskog receptora (p75NTR). Njegovi učinci se dijametralno razlikuju ovisno o zrelosti proteina i vrsti receptora pa tako zreli protein BDNF preko TrkB receptora ostvaruje povoljne učinke, potiče preživljenje i diferencijaciju neurona, regeneraciju, plastičnost i regulira sinaptičku transmisiju, dok se prekursorski oblik (pro-BDNF) veže za p75NTR-sortilin receptorski kompleks i uključen je u procese apoptoze. Ekspresija BDNF-a u odraslom mozgu varira po regijama, ovisna je o razvojnom stadiju i o spolu. Smatra se da kod djece i mladih ima više pro-BDNF proteina dok u odraslih osoba 90% BDNF-a čini zreli protein a oko 10% pro-BDNF. Ta prijetvorba se dešava upravo u vrijeme adolescnencije kada mogu nastati određene neuropsihijatrijske bolesti i u vrijeme kada su adolescenti i mlađe osobe, posebice ženskog spola, osjetljivije prema razvoju stresom izazvanih poremećaja. Osim toga, spolni dimorfizam i spolno izazvane fluktuacije u koncentraciji BDNF-a potvrđuje i činjenica da BDNF gen sadrži element ovisan o estrogenu. Osim spola i faze razvoja, koncentracija BDNF značajno ovisi i o regiji mozga. BDNF je eksprimiran u hipokampusu, neokorteksu, strijatumu, amigdali i malom mozgu, odnosno u regijama koje su bitne za regulaciju raspoloženja. Životni stresovi dovode do smanjenja aktivnosti BDNF sustava. Naime, produžena izloženost visokim razinama GK inhibira regulacijske sustava putem kojih djeluje BDNF, poput MAPK/ERK, PI3K/AKT i mTORC1 sustava (Juszczak i Stankiewicz, 2018).

Različiti polimorfizmi na genu BDNF mogu utjecati na njegovu koncentraciju, pakiranje, sortiranje i oslobađanje, a mogu također poticati apoptozu jer mogu smanjiti oslobađanje zrelog BDNF-a i pojačati dostupnost pro-BDNF-a. BDNF je važan u odgovoru na stres

i kondicioniranju strahom i stvaranju strahom izazvanih sjećanja. Pokusi na animalnim modelima (na glodavcima) su pokazali kako stresovi kao što su kondicioniranje strahom ili izlaganje glodavaca vodenom Morrisovom labirintu izazivaju povećanu ekspresiju BDNF mRNA u hipokampusu (Notaras i van den Buuse, 2020). Međutim ti su učinci regionalno specifični i stres koji blokira pokrete smanjuje ekspresiju BDNF u hipokampusu ali je povećava u hipotalamusu. S druge strane, kronično oslobađanje ili primjena kortizola smanjuje ekspresiju BDNF-a i to se modulira putem glukokortikoidnih receptora. Taj je odnos dvosmjeran te tako i BDNF modulira odgovor osi HHN jer modulira ekspresiju CRH u paravetrikularnoj jezgri hipotalamusa a glukokortiokoidni receptori moduliraju BDNF ekspresiju u istoj regiji.

Upravo su radi toga i važna istraživanja polimorfizama gena BDNF jer funkcionalni polimorfizmi (npr. Val66Met) utječu na reaktivnost osi HHN te na odgovor na stres. Taj polimorfizam (BDNF Val66Met) značajno utječe na povećanu osjetljivost na stres i razvoj stresom izazvanih poremećaja (PTSP, reaktivna depresija, izgaranje na poslu) i na druge stresom izazvane biološke, ponašajne i stresom izazvane fenotipove kao što su pojačana pobudljivost na stresom izazvana sjećanja i poremećaj ekstinkcije strahom izazvanih sjećanja. Pretpostavlja se da postoje značajne interakcije između BDNF proteina (koje mogu biti izazvane i genetskim varijantama Val66Met), koje utječu na neravnotežu osi HHN i povezane su s osjetljivosti i vulnerabilnosti na stres koje rezultiraju stresom izazvanim poremećajima. Takva preosjetljivost je povezana s kroničnim stresom koji opet negativno utječe na os HHN. Budući da je poznato da fizička aktivnost i tjelovježba značajno potiče ekspresiju BDNF-a, to je jednostavna, svima dostupna i jeftina intervencija koja uzrokuje neuroprotekciju kod različitih stresom izazvanih poremećaja, pa tako i PTSP-a. Povezanost između BDNF-a i odgovora na stres je vrlo komplicirana i dio je genetski regulirane biološke mreže u kojoj BDNF pod utjecajem čimbenika iz okoline sudjeluje s drugim aktivnim molekulama u tom odgovoru. Ta je mreža različito povezana i s odgovorima na stres i sa stresom uzrokovanim sjećanjima te sa stresom izazvanim poremećajima (Notaras i van den Buuse, 2020).

Prilikom tumačenja biomarkera bitno je istaknuti njihova ograničenja. Naime, za neke od njih ne postoji raspon normalnih vrijednosti (npr. za BDNF), a na mnoge utječe vrijeme uzimanja uzorka (dnevni ritam), prehrana, fizička aktivnost, pušenje, somatski komorbiditeti, te mnogi drugi (Nikolac Perković i sur., 2021; Pivac i sur., 2020). Nadalje, zbog ogromne složenosti bioloških sustava, gotovo je nemoguće odjednom izmjeriti sve moguće učinke stresa na te markere (Nedic Erjavec i sur., 2020; Nikolac Perković i sur., 2021).

Psihološki čimbenici

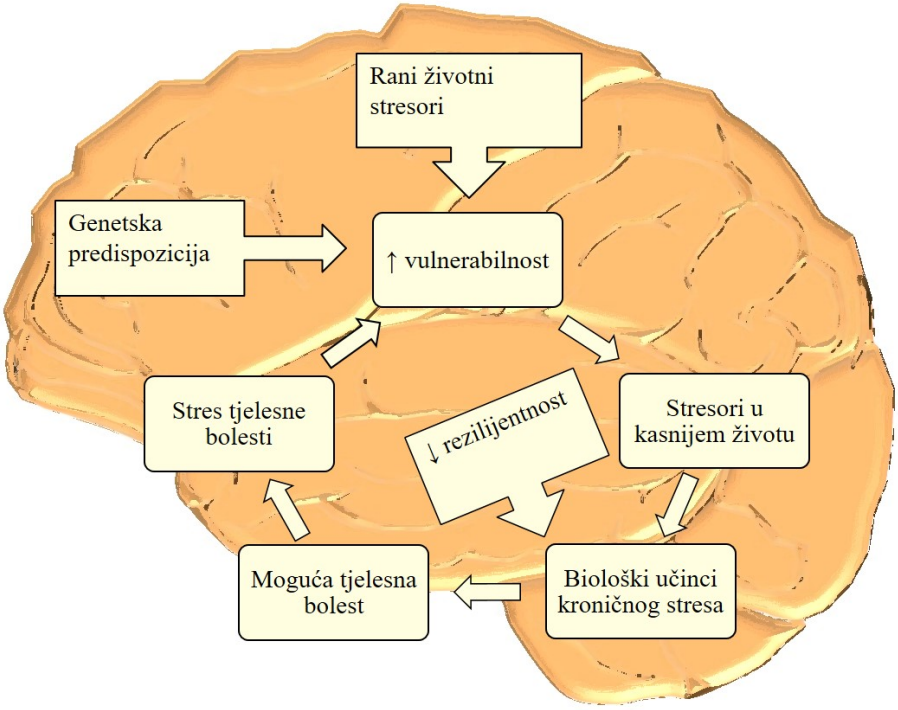
Kod odgovora na stres nisu bitni samo vrsta i intenzitet stresnog događaja, već i subjektivni doživljaj osobe izložene stresu (Knight i sur., 2021). Naime, „zaravnjena" dnevna krivulja kortizola, kao posljedica visoke razine objektivnog i doživljenog stresa, bila je povezana sa povišenim pokazateljima upale (Knight i sur., 2021). Struktura ličnosti u konačnici određuje „naočale" kroz koje će se promatrati i procjenjivati stresni događaj, te kakav će biti emocionalni i posljedično fiziološki odgovor. Naime, neuroticizam je jedna od osobina ličnosti, koja označava kako se osoba nosi sa stresom. Obilježena je labilnošću raspoloženja, anksioznošću, pesimizmom, izraženom osjetljivošću na stres, te smanjenim samopoštovanjem. Anksioznost, pesimizam, te druge negativne emocije povećavaju percepciju boli, a pozitivne emocije ju ublažavaju. Percepcija i reakcija osobe na stres ovisi o strukturi ličnosti kao i o intenzitetu i dužini izloženosti stresu. U novije vrijeme navodi se i tip D ličnosti (sklonost razvoju negativnih emocija i socijalnoj inhibiciji), koji povećava sklonost razvoju kardiovaskularnih bolesti (KVB), a povezan je sa poremećajem osi HHN i povećanim razinama proupalnih citokina (Šagud i sur., 2017). S druge strane, pozitivne emocije i pozitivan način sagledavanja stvarnosti te asertivno ponašanje se povezuju sa povoljnim parametrima kardiovaskularnog zdravlja (Šagud i sur., 2017).

Prvi korak u određivanju ranjivosti na stres jest genetska komponenta, koja određuje osjetljivost na stresne događaje, a razlikuje se između pojedinih osoba. Zatim, postoji velika količina dokaza da stresni životni

događaji povećavaju vulnerabilnost. U posljednje vrijeme navodi se „vremenski prozor vulnerabilnosti“, koji opisuje razdoblje ranog djetinjstva, u kojem stres dovodi do epigenetskih promjena koje traju desetljećima kasnije (Gottschalk i sur., 2020). Ove rane promjene metilacije genoma dovode se u vezu sa kasnijom vulnerabilnošću na stresne događaje poput, npr. stresa na poslu (Gottschalk i sur., 2020). Npr., zlostavljanje u djetinjstvu se povezuje s hipoaktivnošću osi HHN, dok je prisutnost nedavnog stresa u odrasloj dobi, čini se, povezana sa hiperaktivnom osi HHN (Khoury i sur., 2019). Neželjeni događaji u djetinjstvu, čini se, dovode do dugotrajnih promjena osi HHN, te modulacije neuroplastičnosti, kao i aktivnosti autonomnog živčanog sustava. Nadalje, učinci stresa kroz vrijeme mogu djelovati kumulativno. Tako se stres uslijed traumatskih životnih događaja može „zbrojiti” sa učincima ne tako teških, ali prolongiranih stresnih situacija, kao što je npr. stres na radnom mjestu.

Naspram stresnih čimbenika, nalazi se rezilijentnost, koju možemo definirati kao skup svih protektivnih čimbenika koji oblikuju poveznicu između stresa i nastanka bolesti (Šagud i sur., 2017). Rezilijentnost nije fiksan pojam, jer se može mijenjati tijekom života, a ne odnosi se samo otpornost na prilagodbu, već može značiti i posttraumatski rast (Šagud i sur., 2017). Sa rezilijentnosti se povezuje osjećaj pripadnosti, smisla, kontrole, humora i optimizma (Šagud i sur., 2017). Ovdje možemo ubrojiti i subjektivan osjećaj dobrog stanja (eng. „well being”), koji se povezuje, npr. u ratnih veterana sa PTSP-om, sa suradljivošću, samopouzdanjem, osjećajem smisla, ali i željom za novim iskustvima i izbjegavanjem monotonije (Jakšić i sur., 2020), a u osoba sa hipertenzijom sa manjim alostatskim opterećenjem (Guidi i sur., 2021). Stres u svakoj životnoj dobi može imati dugotrajne štetne učinke, koji traju godinama i desetljećima nakon prestanka stresa. Tako se npr., stres u ranom djetinjstvu povezuje sa nastankom povećane vulnerabilnosti za promjene bioloških pokazatelja, mnogo kasnije u životu (Nikolac Perković i sur., 2021). U najgoroj varijanti, ovi čimbenici kroz vrijeme dovode do tjelesne bolesti, što predstavlja novi stres kod vulnerabilne osobe. Ovaj začarani krug neželjenih učinaka pojačane vulnerabilnosti i smanjene rezilijentnosti pokazuje slika 5.

Slika 5. Štetni učinci stresa kroz vrijeme



Burnout (sindrom izgaranja)

U posljednje vrijeme prepoznat je štetan biološki učinak sindroma izgaranja ili „burnout”. Posebice često se opisuje „burnout“ kod zdravstvenih djelatnika, a ova tema je još aktualnija u vrijeme pandemije infekcije koronavirusom (Arnsten i Shanafelt, 2021). On se odnosi na nepovoljan emocionalni i fiziološki odgovor na dugotrajnu izloženost stresu na radnom mjestu (preopterećenost obavezama, nedostatak podrške od kolega i nadređenih, kompeticija, nemogućnost napredovanja, i svjedočenje patnjama bolesnika). Osim

navedenog, u novije vrijeme se opisuje i veliko administrativno i financijsko opterećenje, što dovodi do dodatnih zahtjeva, kao i potreba za stalnom edukacijom zbog brzog napretka medicine (Arnsten i Shanafelt, 2021). Iako se „burnout" ne smatra poremećajem, može do njega dovesti, jer može imati štetni učinak. Tako, npr., kroničan stres na poslu dovodi do disregulacije osi HHN, smanjene aktivnosti BDNF sustava, smanjene neuroplastičnosti te atrofije limbičkih struktura (Chow i sur., 2018). Osjećaj iznemoglosti, u sklopu „burnout" sindroma, bio je povezan sa 40%-tnim porastom rizika za hipertenziju (von Känel i sur., 2020), što može biti posljedica pojačane aktivnosti simpatikusa, odnosno, do narušene ravnoteže između simpatikusa i parasimpatikusa, što može dovesti do smanjenja raspona srčane frekvencije. Pretklinička istraživanja upućuju na opsežan učinak stresa na serotoninski sustav, koji je različit u različitim regijama mozga (Carneiro-Nascimento i sur., 2021). Učinak prolongirane povećane koncentracije GK je štetan za mozak. Npr., njihov učinak na hipokampus ima obilježja „izvrnute U krivulje", što znači da i vrlo visoka i niska koncentracija GK ima štetan učinak, a u smislu atrofije ogranaka dendrita, inhibicije neurogeneze i oštećenja sinaptičke plastičnosti, te oštećenje kognitivnih funkcija (Sorrells i Sapolsky, 2007). U osoba sa sindromom izgaranja utvrđene su i povišene i snižene vrijednosti kortizola, pa je stvorena pretpostavka da u njih, nakon dugotrajne pojačane aktivnosti osi HHN, dolazi do iscrpljivanja ovih mehanizama, te u kasnijoj fazi nastaje hipokortizolemija, stanje koje se još naziva i „adrenalna iscrpljenost" (Bayes i sur., 2021). Osim navedenog, u ovih su osoba uočeni i drugi poremećaji bioloških parametara, u smislu narušene ravnoteža između simpatikusa i parasimpatikusa, povišenih čimbenika upale, povišenih vrijednosti prolaktina, sniženih razina dehidroepiandrosterona, ali i ubrzanog starenja, poput skraćivanja dužine teleomera (Bayes i sur., 2021). Stres na radnom mjestu se povezuje i sa epigenetskim promjenama u genima serotoninskog, melatoninskog, dopaminskog i BDNF sustava (Gottschalk i sur., 2020). Rano prepoznavanje stresova koji nadmašuju kapacitete ličnosti bitno je za sprečavanje budućih komplikacija.

Stres i tjelesne bolesti

Stres je povezan sa nizom neželjenih zdravstvenih ishoda, te se povezuje sa nastankom i/ili progresijom brojnih tjelesnih poremećaja, poput KVB, respiratornih bolesti, reumatoidnog artritisa te čak i nekih oblika karcinoma. U daljnjem tekstu su nabrojane neke od ovih bolesti, te moguće poveznice.

Kardiovaskularne bolesti (KVB)

Okolišni i psihološki čimbenici u kardiovaskularnim bolestima imaju veću snagu nego genetika...osobe sa visokim genetskim opterećenjem mogu zdravim načinom života sniziti svoj rizik ispod onog koje imaju osobe sa malom genetskom sklonošću...(Albus i sur., 2019)

Među učincima stresa na bolesti, najbolje je istražen njegov učinak na KV bolesti. Stres remeti normalnu neurohormonalnu regulaciju miokarda. Osobe sa kroničnom izloženošću i reakcijom na stres imaju povišene čimbenike KV rizika, poput pretilosti, dijabetesa (Osborne i sur., 2020), hipertenzije (Albus i sur., 2019; Shin i sur., 2019; Osborne i sur., 2020) te cerebrovaskularnih i srčanih bolesti (Shin i sur., 2019). Npr., dugotrajna neravnoteža autonomnog živčanog sustava, u smislu porasta aktivnosti simpatikusa i sniženja aktivnosti parasimpatikusa, može dovesti do arterijske hipertenzije, odnosno, utvrđeno je da osobe sa hipertenzijom imaju smanjenu prilagodbu autonomnog živčanog sustava na akutni na stres prilikom stresnih događaja (Legaz i sur., 2020), kao i značajno višu razinu psihološkog stresa u odnosu na osobe bez hipertenzije (Guidi i sur., 2020). Zanimljivo, što je veća razina stresa, to se više smanjuje konzumacija voća i povrća (Shin i sur., 2019), te očito ponašanje uvjetovano stresom ima dodatno štetan učinak na čimbenike KV rizika. Također se i smanjenje dužine sna povezuje sa većom učestalošću hipertenzije i pretilosti (Cabeza de Baca i sur., 2019). Kronični stres je nedavno predložen kao nezavisni čimbenik rizika za kardiovaskularni morbiditet i mortalitet (Mazgelytė i sur., 2019). Povišeni kortizol može prethoditi nastanku simptoma KV bolesti. Povišena razina kortizola u kosi bila je povezana sa

hipertenzijom, povećanim opsegom struka, pušenjem, nepovoljnijim razinama lipida u prividno zdravih muškaraca (Mazgelytė i sur., 2019). Kronični stres se povezuje sa povećanim zgrušavanjem krvi. Tako kronični stres može dovesti do koronarne bolesti srca, a akutni stres, praćen emocijama ljutne, žalovanja ili straha, zbog dodatnog učinka hormona stresa, upalnih i prokoagulacijskih parametara (povišeni čimbenici zgrušavanja, fibrinogen i D dimeri, te povećana aktivnost trombocita), može dovesti do rupture plaka i akutnog infarkta miokarda (Albus i sur., 2019). Nadalje, nagli porast kateholamina i kortizola može dovesti do Takotsubo sindroma, u kojem 2/3 osoba ima u anamnezi nedavni psihički ili fizički stres, a učestalost ovog sindroma je četverostruko porasla u pandemiji COVID-19 infekcije (O'Keefe i sur., 2020). Budući da je hipertenzija bitan čimbenik KV rizika, na koji se može utjecati, tehnike boljeg nošenja sa stresom i njihov učinak na hipertenziju svakako su važna tema budućih istraživanja.

Karcinomi

Sve je više podataka o ulozi kroničnog stresa u nastanku karcinoma. Pri tome hormoni stresa (GK i kateholamini) ulaze u interakciju sa iznimno složenim procesom nastanka, poticanja i rasta tumorskih stanica. Pretklinička istraživanja su utvrdila da kronični stres smanjuje razinu i aktivnost proteina supresije tumora, p53, koji ima bitnu ulogu u supresiji rasta tumora, a ovaj je učinak posredovan glukokortikoidima osobođenim za vrijeme stresa (Feng i sur., 2016). Kronični stres je povezan i sa povećanom aktivnošću simpatikusa, te pretjeranom stimulacijom β 1-3 receptora, koji se nalaze na tumorskim stanicama i u krvnim žilama, što može dovesti do aktivacije rasta različitih tumora (jednjaka, želuca, crijeva, dojke, pluća, melanoma) i angiogeneze (Iftikhar i sur., 2021). U konačnici, može doći do pojačanog provođenja signala u tumorskim stanicama, te do oštećenja DNK (Kruk i sur., 2019). S druge strane, maligna bolest predstavlja značajan stresor, obzirom na bol, promjenu tjelesnog izgleda, gubitak funkcionalnost, promjene u socijalnim interakcijama te strah od budućnosti.

Gastrointestinalni poremećaji

Os mozak-probavni sustav dugo je poznata, budući da neke moždane strukture, ključne u regulaciji emocija, poput amigdala, hipotalamusa i rafe jezgara, putem promjene aktivnosti autonomnog sustava, imaju učinak na probavne organe (Kolacz i sur., 2019). Aktivacija vagusa ima antiupalni učinak, te se poremećaj ravnoteže između parasimpatikusa i simpatikusa, odnosno, smanjen učinak vagusa, povezuje sa nastankom upalnih bolesti crijeva (Kolacz i sur., 2019). Nadalje, aktivnost autonomnog živčanog sustava djeluje na sastav i raznovrsnost crijevne flore, a ovaj je učinak dvosmjeran. Jedan od najvećih remetitelja crijevne flore, osim dobi, prehrane, te lijekova, jest stres (Langgartner i sur., 2019). Naime, različiti mikroorganizmi u crijevu sintetiziraju brojne neurotransmitere, poput GABA-e, serotonina, masnih kiselina kratkih lanaca, i BDNF-a, a ovisno o vrsti kojoj pripadaju (Thomann i sur., 2020). Zanimljiva je teorija da osobe izložene većoj raznolikosti mikroba, u ruralnim sredinama, imaju slabiji porast proupalnih čimbenika na psihosocijalni stres, u odnosu na osobe koje žive u gradovima. Prema ovim pretpostavkama, dobre bakterije povećavaju rezilijentnost (Langgartner i sur., 2019). Dodatno, simptomi ovih poremećaja mogu predstavljati dodatni stres, poput straha od gubitka kontrole nad kontrolom pražnjenja crijeva, boli, učestalih hospitalizacija, kirurških zahvata, te promjeni tjelesnog izgleda.

Dugotrajna izloženost stresnim situacijama povezuje se i sa brojnim drugim bolestima, poput respiratornih (npr. astma) (Palubmo i sur, 2020), i neurološkim, npr. migrenom (Šagud i Klinar, 2021).

Što se može učiniti?

Budući da je stres neizbježan, ključno je razumjeti koji čimbenici pojačavaju, a koji ublažavaju njegove učinke (Fonseca i sur., 2021)

Metode koje povećavaju aktivnost parasimpatikusa, i/ili smanjuju aktivnost simpatikusa, ublažavaju biološke učinke stresa te

povećavaju rezilijentnost. Opisuju se tehnike relaksacije i promocija fizičke aktivnosti.

Progresivna mišićna relaksacija

Progresivna mišićna relaksacija (PMR) ublažava doživljaj stresa i poboljšava relaksaciju, te biologijske parametre stresa, kao što pokazuje tablica 2.

Tablica 2. Progresivna mišićna relaksacija (PMR) i stres

Populacija	Vrsta istraživanja	Trajanje i intenzitet PMR	Rezultati	Referenca
Pretile osobe	Randomi-zirana klinička studija	Jednom tjedno, kroz 8 tjedana	PMR: ↑ redukciju tjelesne težine, ↓ doživljaj stresa; ↓ simptome depresije	Xenaki i sur., 2018
Osobe s dentalnom anksioznošću	Randomi-zirana klinička studija	Jednom tjedno, kroz 4 tjedna, trajanje seanse po 20 minuta	PMR*: ↓ dentalnu anksioznost, depresivnost, krvni tlak, puls, koncentracije kortizola u slini	Park i sur., 2019
Osobe predviđene za laparoskopski zahvat zbog karcinoma	Randomi-zirana klinička studija	Dvaput dnevno prije, i tijekom 5 dana nakon zahvata, trajanje seanse po 10 minuta	PMR: koncentracije kortizola u slini 1. dan, ↓ krvnog tlaka 3. i 5 dan, ↓ srčanu frekvenciju 1. i 3 dan, ↓ neke pokazatelje pojačane reaktivnosti na stres	Kim i sur., 2016

* razlika u ovim parametrima bila je vidljiva i tri mjeseca nakon početka liječenja

Ostale metode

U zdravih žena je utvrđeno da jednokratna primjena kozmetičkog pripravka obogaćenog esencijalnim uljima, uz masažu, dovodi do povećanja aktivnosti vagusa u odnosu na placebo, a višekratna primjena do ublažavanja porasta koncentracije kortizola u slini nakon izloženosti psihosocijalnom stresu u laboratorijskim uvjetima (Sgoifo i sur., 2021). Također se navodi redovna rekreacija, kognitivna terapija temeljena na usredotočenoj svjesnosti, jačanje kulture kolegijalnosti, obavezan povremeni odmor, te stručno vodstvo (eng. „coaching“). Redovna fizička aktivnost, kao i zdrava, raznolika prehrana, ključni su za opskrbu PFC-a neophodnim supstancijama (Arnsten i Shanafelt, 2021). Nadalje, utvrđeno je da fizička aktivnost ima učinke koji nadmašuju povoljne učinke na metabolizam i tjelesnu težinu, te potiče neuroplastičnost u svakoj životnoj dobi, poboljšava kognitivno funkcioniranje, poboljšava upalne parametre, i ublažava oksidativni stres (Sagud i sur., 2021). Ne treba zanemariti niti promjenu okolnosti u sklopu kojih se događa „burnout“. Naime, poboljšanje strukture unutar radne organizacije, te poboljšanje uvjeta rada, fleksibilnost radnog vremena, mogu imati vrlo povoljan učinak (Arnsten i Shanafelt, 2021).

Čini se da poslovica “Što nas ne ubije to nas ojača“ više vrijedi za akutni, nego za kronični stres. Iako na ovom području nedostaju longitudinalna istraživanja, dobro je utvrđeno da kronični stres, uključujući „burnout“, dovodi do dugotrajnog alostatskog opterećenja te može u konačnici dovesti do brojnih somatskih poremećaja. I ovdje vrijedi pravilo da je prevencija najbolje liječenje, pa izbjegavanje stresnih situacija, jačanje rezilijencije te rano prepoznavanje sindroma „burnout“, mogu ne samo povećati zadovoljstvo i učinak zaposlenih osoba, već i imati dugotrajne blagotvorne učinke na cjelokupno zdravlje.

Literatura

- Albus C, Waller C, Fritzsche K, Gunold H, Haass M, Hamann B, Kindermann I, Köllner V, Leithäuser B, Marx N, Meesmann M, Michal M, Ronel J, Scherer M, Schrader V, Schwaab B, Weber CS, Herrmann-Lingen C. Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018 : Position paper of the German Cardiac Society. Clin Res Cardiol. 2019;108(11):1175-1196.
- Arnsten AFT, Shanafelt T. Physician Distress and Burnout: The Neurobiological Perspective. Mayo Clin Proc. 2021;96(3):763-769.
- Bayes A, Tavella G, Parker G. The biology of burnout: Causes and consequences. World J Biol Psychiatry. 2021:1-13.
- Bingemann TA, Laubach S. Physician well-being in allergy and immunology: Creating a culture of wellness. Ann Allergy Asthma Immunol. 2021;126(3):219-227.
- Borodovitsyna O, Flamini MD, Chandler DJ. Acute Stress Persistently Alters Locus Coeruleus Function and Anxiety-like Behavior in Adolescent Rats. Neuroscience. 2018;373:7-19.
- Cabeza de Baca T, Chayama KL, Redline S, Slopen N, Matsushita F, Prather AA, Williams DR, Buring JE, Zaslavsky AM, Albert MA. Sleep debt: the impact of weekday sleep deprivation on cardiovascular health in older women. Sleep. 2019;42(10):zsz149.
- Carneiro-Nascimento S, Powell W, Uebel M, Buerge M, Sigrist H, Patterson M, Pryce CR, Opacka-Juffry J. Region- and receptor-specific effects of chronic social stress on the central serotonergic system in mice. IBRO Neurosci Rep. 2021;10:8-16.
- Chow Y, Masiak J, Mikołajewska E, Mikołajewski D, Wójcik GM, Wallace B, Eugene A, Olajossy M. Limbic brain structures and burnout-A systematic review. Adv Med Sci. 2018;63(1):192-198.
- de Andrade JS, Céspedes IC, Abrão RO, da Silva JM, Ceneviva R, Ribeiro DA, Bittencourt JC, Viana MB. Effects of acute restraint and unpredictable chronic mild stress on brain corticotrophin releasing factor mRNA in the elevated T-maze. Behav Brain Res. 2018;337:139-150.
- Feng Z, Liu L, Zhang C, Zheng T, Wang J, Lin M, Zhao Y, Wang X, Levine AJ, Hu W. Chronic restraint stress attenuates p53 function and promotes tumorigenesis. Proc Natl Acad Sci U.S.A. 2012;109(18):7013-8.
- Fonseca R, Madeira N, Simoes C. Resilience to fear: The role of individual factors in amygdala response to stressors. Mol Cell Neurosci. 2021;110:103582.
- Guidi J, Lucente M, Piolanti A, Roncuzzi R, Rafanelli C, Sonino N. Allostatic overload in patients with essential hypertension. Psychoneuroendocrinology. 2020;113:104545.
- Herman JP, Nawreen N, Smail MA, Cotella EM. Brain mechanisms of HHN axis regulation: neurocircuitry and feedback in context Richard Kvetnansky lecture. Stress. 2020;23(6):617-632.
- Iftikhar A, Islam M, Shepherd S, Jones S, Ellis I. Cancer and Stress: Does It Make a Difference to the Patient When These Two Challenges Collide? Cancers (Basel). 2021;13(2):163.

- Jakšić N, Aukst Margetić B, Šimunović Filipčić I, Šagud M, Jakovljević M. Temperament, Character, and Subjective Well-Being in Croatian War Veterans Suffering From Posttraumatic Stress Disorder. J Nerv Ment Dis. 2020;208(4):340-343.
- Joseph NT, Jiang Y, Zilioli S. Momentary emotions and salivary cortisol: A systematic review and meta-analysis of ecological momentary assessment studies. Neurosci Biobehav Rev. 2021; 1;125:365-379.
- Juszczak GR, Stankiewicz AM. Glucocorticoids, genes and brain function. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2018;82:136-168.
- Khan SR, van der Burgh AC, Peeters RP, van Hagen PM, Dalm VASH, Chaker L. Determinants of Serum Immunoglobulin Levels: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Immunol. 2021;12:664526.
- Khoury JE, Bosquet Enlow M, Plamondon A, Lyons-Ruth K. The association between adversity and hair cortisol levels in humans: A meta-analysis. Psychoneuroendocrinology. 2019;103:104-117.
- Kim KJ, Na YK, Hong HS. Effects of Progressive Muscle Relaxation Therapy in Colorectal Cancer Patients. West J Nurs Res. 2016;38(8):959-7
- Knight EL, Jiang Y, Rodriguez-Stanley J, Almeida DM, Engeland CG, Zilioli S. Perceived stress is linked to heightened biomarkers of inflammation via diurnal cortisol in a national sample of adults. Brain Behav Immun. 2021;93:206-213.
- Kolacz J, Kovacic KK, Porges SW. Traumatic stress and the autonomic brain-gut connection in development: Polyvagal Theory as an integrative framework for psychosocial and gastrointestinal pathology. Dev Psychobiol. 2019; 61(5):796-809.
- Kruk J, Aboul-Enein BH, Bernstein J, Gronostaj M. Psychological Stress and Cellular Aging in Cancer: A Meta-Analysis. Oxid Med Cell Longev. 2019;2019:1270397.
- Langgartner D, Lowry CA, Reber SO. Old Friends, immunoregulation, and stress resilience. Pflugers Arch. 2019 ;471(2):237-269.
- Legaz A, Yoris A, Sedeño L, Abrevaya S, Martorell M, Alifano F, García AM, Ibañez A. Heart-brain interactions during social and cognitive stress in hypertensive disease: A multidimensional approach. Eur J Neurosci. 2020, doi: 10.1111/ejn.14979.
- Limanaqi F, Busceti CL, Biagioni F, Fornai F, Puglisi-Allegra S. Autophagy-Based Hypothesis on the Role of Brain Catecholamine Response During Stress. Front Psychiatry. 2020;11:569248.
- Mazgelytė E, Karčiauskaitė D, Linkevičiūtė A, Mažeikienė A, Burokienė N, Matuzevičienė R, Radzevičius M, Janiulionienė A, Jakaitienė A, Dindienė L, Kučinskienė ZA. Association of Hair Cortisol Concentration with Prevalence of Major Cardiovascular Risk Factors and Allostatic Load. Med Sci Monit. 2019;25:3573-3582.
- McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. N Eng J Med. 1998;338(3):171-9
- Nedic Erjavec G, Nikolac Perkovic M, Tudor L, Svob Strac D, Pivac N (2020) Neurotransmitter and neurotrophic biomarkers in combat related PTSD. U: The Routledge International Handbook of Military Psychology and Mental

Health, Kumar U (ur), serija: Routledge International Handbooks, Routledge Taylor & Francis Group, str 467-481
- Nikolac Perkovic M, Sagud M, Tudor L, Konjevod M, Svob Strac D, Pivac N. A Load to Find Clinically Useful Biomarkers for Depression. Adv Exp Med Biol. 2021;1305:175-202.
- Notaras M, van den Buuse M. Neurobiology of BDNF in fear memory, sensitivity to stress, and stress-related disorders. Mol Psychiatry. 2020; 25, 2251–2274.
- O'Keefe EL, Torres-Acosta N, O'Keefe JH, Sturgess JE, Lavie CJ, Bybee KA. Takotsubo Syndrome: Cardiotoxic Stress in the COVID Era. Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes. 2020;4(6):775-785.
- Osborne MT, Shin LM, Mehta NN, Pitman RK, Fayad ZA, Tawakol A. Disentangling the Links Between Psychosocial Stress and Cardiovascular Disease. Circ Cardiovasc Imaging. 2020;13(8):e010931.
- Palumbo ML, Prochnik A, Wald MR, Genaro AM. Chronic Stress and Glucocorticoid Receptor Resistance in Asthma. Clin Ther. 2020;42(6):993-1006.
- Park ES, Yim HW, Lee KS. Progressive muscle relaxation therapy to relieve dental anxiety: a randomized controlled trial. Eur J Oral Sci. 2019;127(1):45-51
- Pivac N, Konjevod M, Sagud M, Uzun S, Kozumplik O (2020) Neuroendocrine and immune biomarkers of PTSD in Combat Veterans. U: The Routledge International Handbook of Military Psychology and Mental Health, Kumar U (ur), serija: Routledge International Handbooks, Routledge Taylor & Francis Group, str 483-496
- Pozzato I, Tran Y, Gopinath B, Thuraisingham RA, Cameron ID, Craig A. The role of stress reactivity and pre-injury psychosocial vulnerability to psychological and physical health immediately after traumatic injury. Psychoneuroendocrinology. 2021;127:105190.
- Ross JA, Van Bockstaele EJ. The Locus Coeruleus- Norepinephrine System in Stress and Arousal: Unraveling Historical, Current, and Future Perspectives. Front Psychiatry. 2021;11:601519.
- Sagud M, Tudor L, Pivac N. Personalized treatment interventions: nonpharmacological and natural treatment strategies in Alzheimer's disease. Expert Rev Neurother. 2021;21(5):571-589.
- Salomon RE, Tan KR, Vaughan A, Adynski H, Muscatell KA. Minimally-invasive methods for examining biological changes in response to chronic stress: A scoping review. Int J Nurs Stud. 2020;103:103419.
- Sgoifo A, Carnevali L, Pattini E, Carandina A, Tanzi G, Del Canale C, Goi P, De Felici Del Giudice MB, De Carne B, Fornari M, Gavazzoli B, Poisa L, Manzoni D, Bollati D. Psychobiological evidence of the stress resilience fostering properties of a cosmetic routine. Stress. 2021;24(1):53-63.
- Shin Y, Kim Y. Association between Psychosocial Stress and Cardiovascular Disease in Relation to Low Consumption of Fruit and Vegetables in Middle-Aged Men. Nutrients. 2019;11(8):1915.
- Sorrells SF, Sapolsky RM. An inflammatory review of glucocorticoid actions in the CNS. Brain Behav Immun. 2007;21(3):259-272.

- Stroud LR, Salovey P, Epel ES. Sex differences in stress responses: social rejection versus achievement stress. Biol Psychiatry. 2002;52(4):318-27.
- Šagud M, Jakšić N, Vuksan-Ćusa B, Lončar M, Lončar I, Peleš AM, Miličić D, Jakovljević M. Cardiovascular Disease Risk Factors in Patients with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): A Narrative Review. Psychiatr Danub. 2017;29(4):421-430.
- Šagud M, Klinar I. Psihijatrijski komorbiditet u migreni. Medicus. 2021;30:105-111.
- Šagud M, Šimić G (2020) Uloga amigdala u poremećajima ponašanja i emocionalnog doživljavanja. U: Šimić G, (ur). Uvod u neuroznanost emocija i osjećaja. Ljevak, rujan 2020.
- Thomann AK, Mak JWY, Zhang JW, Wuestenberg T, Ebert MP, Sung JJY, Bernstein ÇN, Reindl W, Ng SC. Review article: bugs, inflammation and mood-a microbiota-based approach to psychiatric symptoms in inflammatory bowel diseases. Aliment Pharmacol Ther. 2020;52(2):247-266.
- van Praag HM. Can stress cause depression? Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2004 Aug;28(5):891-907.
- von Känel R, Princip M, Holzgang SA, Fuchs WJ, van Nuffel M, Pazhenkottil AP, Spiller TR. Relationship between job burnout and somatic diseases: a network analysis. Sci Rep. 2020 ;10(1):18438.
- Woody A, Figueroa WS, Benencia F, Zoccola PM. Stress-Induced Parasympathetic Control and Its Association With Inflammatory Reactivity. Psychosom Med. 2017;79(3):306-310.
- Xenaki N, Bacopoulou F, Kokkinos A, Nicolaides NC, Chrousos GP, Darviri C. Impact of a stress management program on weight loss, mental health and lifestyle in adults with obesity: a randomized controlled trial. J Mol Biochem. 2018;7(2):78-84

3. poglavlje

Autogeni trening

Vedran Bilić i Darko Marčinko

J.H. Schultz je prve ideje o novoj tehnici koju je kasnije nazvao autogeni trening imao već početkom dvadesetog stoljeća. Nakon više od dva desetljeća rada s pacijentima i istraživanja metodu je publicirao 1932. god. (Wikipedia, 2021). Radilo se o originalnoj i genijalnoj integraciji niza ranijih spoznaja na temelju kojih je nastao autogeni trening.

Jedan od poticaja u stvaranju autogenog treninga Schultzu bio je rad Oscara Vogta koji je proučavao hipnozu, spavanje i autosugestiju u izazivanju psihofizičkih reakcija (Schultz i Luthe, 1959).

Schultz je u autogeni trening integrirao komponente auto hipnoze i auto sugestije. Kod hipnotičkog transa opuštanje mišića povezano je sa subjektivnim doživljajem težine, a širenje krvnih žila s osjećajem topline. Te tjelesne senzacije koje su osnovne u izazivanju hipnotičkog stanja, uključio je u standardne vježbe autogenog treninga kojima je cilj izazivanje istih psihofizičkih reakcija kao kod hipnoze, ali bez hipnotičkog transa.

Schultz je boravio u Japanu gdje je upoznao neke elemente zen budizma. U autogenom treningu naziremo i neke sličnosti s metodama djelovanja na tijelo i psihu iz joge meditacije (Psychology Wicky, 2021). Možemo naći na mišljenje da je autogeni trening zapadni odgovor na drevne istočne tehnike meditacije.

Prof. V. Gruden je tijekom niza godina bio intenzivno angažiran u promociji i prakticiranju autogenog treninga u Hrvatskoj. Njega su posebno zanimala istraživanja Miltona Eriksona o hipnozi i subliminalne sugestije (Gruden, 1995).

Autogeni trening je tehnika psihofiziološke desenzibilizacije i relaksacije. Metoda koristi integrirani pristup psihološkom i tjelesnom.

Radi se o istovremenom djelovanju na psihu i tijelo. Psihičko nije moguće odvojiti od tjelesnog, kao ni tjelesno od psihičkog, jer su to sastavne komponente cjelovitog doživljavanja i reagiranja osobe.

Autonomija emocija i drugih psihičkih procesa

Razumijevanje mnogih emocija izmiče potpuno racionalnom objašnjenju. Emocije imaju svoju autonomiju.

Osim emocija, u velikoj mjeri su autonomni i drugi psihički procesi. Ne samo emocije, nego i drugi psihički doživljaji koji se manifestiraju kao misli ili kao psihičke slike i fantazije u velikoj mjeri nisu pod svjesnom kontrolom osobe, nego se dešavaju spontano, kontinuirano, a mnogi ispod praga svijesti. Misaona aktivnost, za koju se uobičajeno drži da je više od emocija pod kontrolom razuma i svjesne volje također se odvija u velikoj mjeri autonomno, odnosno nesvjesno. Aktivnost raznih tjelesnih sustava je također autonomna. Njihovo funkcioniranje se odvija automatski, bez svjesne odluke i kontrole.

Posredno djelovanje

Na nesvjesne psihičke procese kao i na autonomne tjelesne reakcije nije moguće neposredno djelovati.

S druge strane, kontrola i regulacija emocija, kao i ponovno uspostavljanje poremećene ravnoteže autonomnih somatskih ustava ključne su kod suzbijanja negativnih posljedica stresa, kao i za opću kvalitetu života.

I na te procese je ipak moguće djelovati, odnosno utjecati na njih. Taj utjecaj može biti samo posredan. Psiha i tijelo su kompleksni integrirani sustav. Djelovanje na psihu uključuje djelovanje na tijelo, a djelovanje na tijelo izaziva psihičke promjene. Utjecanjem na one psihičke aktivnosti i tjelesne funkcije koje su pod kontrolom svjesne volje, ostvarujemo posredno djelovanje i na psihičke procese i tjelesne funkcije na koje nije moguće direktno utjecati. Na njih utječemo samo posredno.

Vježbanje autogenog treninga je metoda kojom je moguće posredno utjecati na psihičke i tjelesne procese koji nisu pod kontrolom svjesne volje.

Autoregulacija somatskog i psihičkog

Autogeni trening poboljšava psihičku i somatsku auto regulaciju, a može potaknuti i trajne pozitivne promjene ličnosti.

Vježbanje autogenog treninga je učinkovit način poboljšanja auto regulacije tijela i psihe, koja obuhvaća tjelesne sustave i psihičke procese. Mnogi od tih sustava, ukoliko ih promatramo zasebno, su više ili manje autonomni. Na te procese je moguće utjecati samo indirektno, u okviru djelovanja na cjelokupni psihosomatski sustav, koji je integrirana cjelina.

Autogenim treningom djelujemo na emocije i misli. Utječemo na tonus cijelog tijela i muskulature, reguliramo aktivnost respiratornog, cirkulacijskog, endokrinološkog i autonomnog živčanog sustava.

Neposredni učinci vježbanja su psihofiziološka stabilizacija i smirivanje. Autogeni trening koristimo za smanjivanje tjeskobe i depresivnosti, umirivanje, stabiliziranje i ponovno uspostavljanje optimalnog psihofiziološkog funkcioniranja.

Redovnim vježbanjem osoba razvija kapacitet postizanja i održavanja relaksacije i u stresnim okolnostima, što postupno dovodi do normaliziranja poremećene psihofizičke ravnoteže.

Autogeni trening i stres

Ravnoteža aktivnosti simpatičkog i parasimpatičkog živčanog sustava je kod stresa poremećena. Poremećaj harmonične ravnoteže simpatičkog i parasimpatičkog sustava nastaje kao posljedica stresnih događaja i psihičkih reakcija na vanjske i unutrašnje čimbenike stresa.

Vježbanjem autogenog treninga postižemo bolju auto regulaciju afektivnih i emocionalnih stanja te ponovno uspostavljamo poremećenu psihofiziološku ravnotežu koje je znatno narušena kod

stresa (Stetter i sur. 2002, Lehrer, Woolfolk i Sime 2007, Seo i Soukyoung 2019) .

Važno djelovanje autogenog treninga je smanjivanje psihofizioloških reakcija kod stresa. Vježbanje znatno smanjuje emocionalne komponente stresa, a time povećava osobnu kontrolu. Vježbanjem osoba samostalno utječe na pretjerane emocionalne i somatske reakcije koje se javljaju kod stresa, posebno na tjeskobu, a i depresivnost. Također utječe na tonus mišića i cijelog organizma, rad srca, krvožilni i respiratorni sustav. Time uklanja negativne emocionalne i somatske posljedica stresa (Bilić 2015a).

Redovita i dosljedna primjena tehnike dovodi do povećanja psiholoških kapaciteta i jača ego. Osoba povećava svoje psihofiziološke prilagodbene mogućnosti, postiže veću otpornost tijela i psihe na stres te ima veću sposobnost mentalnog i fizičkog oporavka. Sve to dovodi do povećane autonomije i porasta samopoštovanja (GoodTherapy 2016, Psychology Wiki, 2021, Wikipedia 2021, Farnè i Jimenez-Muñoz, 2000).

Komponente autogenog treninga: standardne vježbe i viša razina

Iako promatramo čovjeka kao psihosomatsku cjelinu, psihofiziološki utjecaj je moguće fokusirati na pojedine komponente te cjeline, na pojedine dijelove tijela, organe, autonomne tjelesne funkcije, a i na psihičko funkcioniranje i ponašanje.

Dvije komponente čine autogeni trening: standardne vježbe i viša razina.

Standardne vježbe imaju za cilj postizanje psihofizičke relaksacije - autogenog stanja. Te vježbe su usmjerene na tjelesne senzacije, organe i funkcioniranje tjelesnih sustava. Njima objektivno utječemo na fiziološke procese. Izazivanjem subjektivnog doživljaja težine i topline u ekstremitetima, topline u trbuhu, pravilnog rada srca i disanja i svježine čela dolazi i do objektivnih fizioloških promjena: smanjenja tonusa mišića, dilatacije krvnih žila i bolje prokrvljenosti, regulacije rada srca i disanja i djelovanja na endokrinološki sustav.

Prvenstveni cilj standardnih vježbi je umirivanje i harmoniziranje funkcioniranja organa i organskih sustava, a naprednih, koje neki nazivaju i meditativne, takvo djelovanje na psihičko funkcioniranje.

Napredna razina vježbanja postaje moguća kada vježbači bez problema, redovno i pouzdano postižu relaksaciji u ulaze u autogeno stanje.

Autogeno stanje - budno sanjanje

Autogeno stanje karakterizira specifično funkcioniranje tijela i psihe. Tjelesna napetost i tjeskoba su u velikoj mjeri smanjeni, ili ih nema. Dugotrajno i ponavljano izazivanje i „zadržavanje“ u autogenom stanju ne samo što harmonizira tjelesne procese, nego stvara nove mogućnosti psihičkog funkcioniranja osobe.

Smanjenje anksioznosti kao signala opasnosti minimalizira potrebu za obrambenom aktivnosti ega. Time je i ego vježbača relativno ojačan, jer obrane troše psihičku energiju. Obrane također izobličavaju realnost. Smanjivanjem obrana, povećava se kapacitet introspekcije, odnosno sagledavanja vlastitih psihičkih procesa bez imperativne potrebe njihovog izbjegavanja i uklanjanja iz svijesti.

Vježbači oslobođeni tjeskobe mogu bolje podnijeti pojavljivanje i suočavanje s prethodno potisnutim ili odcijepljenim psihičkim sadržajima, koji se spontano pojavljuju tijekom vježbanja, posebno u autogenom stanju.

Opuštanje tako omogućuje svjesno doživljavanje psihičkih sadržaja koje su obrane isključivale iz svijesti. Prema spoznajama psihoanalize, svijest liječi. Jedan od važnih ciljeva psihoanalitičkog procesa je učiniti nesvjesno svjesnim (McLeod, 2019).

Redovito boravljenje u autogenom stanju omogućava stvaranje i održavanje psihičkog prostora u kojem je moguće staloženo primjećivati i postepeno integrirati razne psihičke sadržaje, pa i one koji su neobični, neprimjereni, teški i izazovni. Pojava do tada nesvjesnih sadržaja u tom psihičkom prostoru omogućava suočavanje s tim sadržajima i njihovo postupno integriranje u svjesni dio osobnosti,

umjesto njihovog izbjegavanja obranama. Ranije nesvjesni psihički sadržaji koji su bili isključeni iz svjesne ličnosti. Zbog njihovog intenziteta ili neugode koju su izazivali nije im bilo moguće posvetiti punu svjesnu pozornost u “realnom” vremenu, kad su se događaji koji su ih potaknuli aktualno dešavali. Osoba ih nije mogla ponijeti i suočiti se s njima. Mehanizmi obrane ne ukidaju sadržaje nego ih nakupljaju u nesvjesnom, gdje su konzervirani i podvrgnuti dodatnoj degradaciji. Ti sadržaji se smanjivanjem obrambene aktivnosti ega postepeno pojavljuju u autogenom stanju. Vježbač te sadržaje mirno sagledava i uključuje u potpuni doživljaj sebe i svoje životno iskustvo.

U autogenom stanju je moguće samo 'promatrati' ili se suočavati s psihološkim sadržajima, mislima, osjećajima, psihičkim slikama, fizičkim senzacijama kako se ovi elementi doživljaja spontano pojavljuje bez ikakvih reakcija. Vježbači su tada u ulozi mirnog, tolerantnog promatrača. Taj promatrač sve dopušta i primjećuje, ali ne reagira ni na što. Ovakav stav jača promatračku funkciju ega. Odustajanje od psiholoških i fizičkih reakcija omogućava održavanje opuštenosti i mira. Bilo kakav odgovor i reakcija bi remetile mir i relaksaciju. Ova je tehnika samopromatranja je sastavnica mnogih psihoterapijskih tehnika. Na primjer u psihodinamskim tehnikama je izuzetno važno strpljivo osvijestiti, primijetiti i pratiti manifestacije kontratransfera, što znači i duže vremena odustati od aktivnih intervencija (Volkan, 1995) .

Sličan naglasak na auto opservaciji bez reagiranja primjenjuje se u nekim tehnikama meditacije, u kojima je naglasak na unutarnjoj percepciji, introspekciji, jačanju svjesnosti o svemu što se od momenta do momenta događa.

Načini utjecanja na autonomne psihičke i tjelesne procese u autogenom treningu

Djelovanje na autonomne tjelesne i psihičke procese i psihofiziološku regulaciju postižemo integriranjem više komponenti. Kod utjecanja na psihičke i tjelesne procese uzimamo u obzir jedinstvenost svakog vježbača. Nekim osobama je dostupnije i lakše djelovati na tjelesne, drugima na emocionalne, a trećima na kognitivne doživljaje i stanja.

Sve te komponente koristimo u postizanju opuštenog stanja i postupnog stvaranja autogene osobnosti. Idealno, to bi bila osobe koja u velikoj mjeri zadržava pribranost, relaksaciju i mir u stresnim okolnostima. Takva osoba je otpornija na stres i rezlijentna. I kad se uznemiri zbog stresa razmjerno se brzo uspijeva vratiti u stanje optimalnog psihofiziološkog funkcioniranja.

Manipulacija pozornosti

Važna metoda utjecaja na psihičke procese, a time posredno i na autonomne tjelesne procese, koju koristimo u vježbanju autogenog treninga je usmjeravanje i održavanje pozornosti na odabrane objekte, odnosno elemente vježbanja. Takvo fokusiranje pozornosti uključuje uskraćivanje pozornosti svom drugim objektima i sadržajima koji se neprekidno natječu za pozornost. Objekti pozornosti nisu samo materijalni objekti, nego i tjelesne senzacije i razni psihički sadržaji. Objekt fokusiranja pozornosti može biti i temeljni doživljaj vlastite subjektivnosti. Fokusiranje pozornosti pretežno koristimo u standardnim vježbama, kojima je glavni cilj izazivanje autogenog stanja.

Održavanje pasivne proširene pozornosti, koja obuhvaća široko polje svijesti a nije fokusirana na određeni objekt pretežno koristimo tijekom boravka u autogenom stanju.

Sugestivna i autosugestivna promjena stava

U liječenju posljedica stresa nastojimo postići smanjivanje prevelikog intenziteta neugodnih emocija koje se javljaju kod stresa. Nastojimo promijeniti odnos vježbača prema njegovim problemima tijekom, pa i nakon vježbanja.

U borbi protiv stresa i reguliranju anksioznosti bitan je subjektivan stav prema uznemirujućim vanjskim događajima i unutarnjim mentalnim sadržajima.

Kada problemi s kojima se osoba suočava imaju veliku subjektivnu vrijednost, njihovo rješenje postaje vrlo važno. Ukoliko osoba te

probleme ne može riješiti, barem u ovom trenutku, a ima stav da bi ih morala riješiti, doživljava znatan stres. Javljaju se teški osjećaji, frustracija, bijes, nezadovoljstvo, agresija, napetost, anksioznost, depresija i fizičke popratne manifestacije poremećaja psihofiziološke ravnoteže. Sve te emocije i psihofiziološke reakcije koje se javljaju zbog stresa postaju važan dodatni problem, a njihovo rješavanje ima često ima veći prioritet od prvobitnih problema. Na primjer, liječnik anesteziolog opisuje situaciju na odjelu specijaliziranom za liječenje težih kliničkih slika oboljelih od COVID-19. Temeljna edukacija anesteziologa je usmjerena prema intervencijama koje unutar tima dovode do izlječenja pacijenata. Međutim, na tom specijaliziranom odjelu mnogi pacijenti završavaju letalnim ishodom bez obzira na intervencije. Liječnik sagorijeva zbog prevelikog priljeva neizlječivih bolesnika, što se kosi sa njegovim temeljnim stavom prema kojem je njegova osnova uloga pomoći u izlječenju, a ne u umiranju pacijenata. Takav liječnik se mora ukloniti iz stresne situacije. Time nije riješen temeljni problem umiranja znatnog broja bolesnika, nego se rješava stres kod liječnika.

Možemo zamisliti da drugačiji temeljni stav prema liječenju, na primjer kod liječnika koji radi u palijativnom hospiciju gdje je očekivani ishod egzitus, a glavna aktivnost liječnika je olakšanje patnji terminalnih bolesnika djeluje kao zaštita od psihološkog iscrpljivanja. Subjektivno doživljavanje sebe, vanjskih događaja i vlastite uloge u njima je osobi često važnije od realnosti samih događaja. Ponekad stav prema nečemu više utječe na osobu od samog događaja, jer o stavu ovisi vrsta i kvaliteta osjećaja i misli. Drugim riječima, stres u velikoj mjeri ovisi o subjektivnoj reakciji na događaje, a ne samo o stvarnosti tih događaja.

Ljudi normalno pridaju važnost vanjskim realnim događajima, a i svojim psihičkim doživljajima: mislima i osjećajima. Ti događaji i doživljaji zbog njihove važnosti privlače pozornost. Da bi se vježbači mogli maksimalno usmjeriti na vježbu, a ne na druge sadržaje, potrebno je da sve ostalo izgubi atraktivnost.

Atraktivnost bilo čega pojačava emocionalna investicija, a smanjuje emocionalno distanciranje, sve do ravnodušnosti.

U prvoj Freudovoj teoriji shizofrenije, postavljena je hipoteza da shizofreni bolesnici povlače libido iz vanjske stvarnosti i investiraju ga u svoj ego. To dovodi do hiperkateksije ega libidom i rezultira idejama veličine i hipohondrijskim preokupacijama. Kasnije je H. Hartman modificirao tu hipotezu: libido se ne povlači u ego, jer bi ego investicijom libida bio ojačan, a ego shizofrenih bolesnika je vrlo slab i nefunkcionalan, nego u reprezentaciju selfa koja time dobiva nerealne razmjere (Volkan, 1995). Opisana je ekstremna psihodinamika koja nije prisutna kod vježbača. Kod njih je emocionalno distanciranje od svega ostalog osim vježbanja puno blaže, privremeno (dok traje vježba) i reverzibilno. Kod psihotičnih bolesnika, koji su zbog svoje bolesti emocionalno već udaljeni od realnosti postoji rizik pojačavanja tog patološkog stanja i nakon vježbe.

Distanciranje od inače važnih subjektivnih i često objektivno iskustava i događaja omogućuje fokusiranje samo na vježbu. Vježbači barem privremeno mijenjaju svoj psihički stav. Od ljudi koji su vrlo odgovorni prema različitim zahtjevima stvarnosti i kojima pažnju neodoljivo privlače njihovi psihički sadržaji, emocije, misli i situacije, tijekom vježbe postaju prema sve tome neodgovorni, ravnodušni. 'Nije me briga' za sve ovo postaje njihov moto tijekom vježbe, kako bi mogli biti što odgovorniji prema postizanju psihofizičke opuštenosti, ravnoteže i mira usmjeravanjem pozornosti samo na vježbanje.

Za vrijeme vježbanja nastojimo privremeno oduzeti subjektivnu vrijednost raznim psihičkim sadržajima, emocijama, mislima, sjećanjima, kako bi im tijekom vježbanja mogli uskratiti svoju pozornost. Tijekom vježbe postajemo 'bešćutni' prema tim sadržajima, kako bi se od svega mogli odmaknuti i odmoriti. Isti stav imamo i prema događajima u vanjskoj stvarnosti. Događaji i socijalna okolina, dok traje vježba postaju beznačajni i nevažni. Psihoterapeut polaznicima olakšava preusmjeravanje fokusa pozornosti sa svih njihovih različitih iskustava, bilo vanjskih događaja ili njihovih psihološkog sadržaja, kako bi posvetili punu pozornost vježbanju. Može naprimjer reći: “Tijekom ove vježbe svi problemi, događaji i psihološki sadržaji sada za vas postaju nebitni. Ionako se sada ne bavite s njima, nego se bavite s vježbanjem.” Takav stav je u većoj mjeri održiv samo tijekom

vježbanja. Međutim, određena opuštenost i mirniji subjektivni stav prema događajima, ljudima i emocijama ostaje kod većine vježbača koji i izvan vježbe manje intenzivno i impulzivno reagiraju u stresnim situacijama i životnim izazovima.
U autogenom treningu namjerno odvraćamo pozornost od bilo kakvih sadržaja kako bi postigli emocionalnu odvojenost od njih. Terapijska i svjesna upotreba procesa koji se nesvjesno odvija kod disocijacije je temelj koncentracije pozornosti.

Pacijent je simbolički izrazio emocionalno distanciranje vizijom svemirske letjelice koja se udaljava od Zemlje. Ovoj fantaziji u kojoj Zemlja i svi problemi ostaju negdje daleko, a mi uranjamo u svemir i mir pridružili su se i drugi polaznici tijekom diskusije u grupi nakon same vježbe.

"Stavljanje na čekanje"

Psihoterapeut nastoji učesnicima prenijeti stav prema kojem im je dok vježbaju vježbanje važnije od svega ostaloga. Nikakve njihove preokupacije, brige, problemi, sjećanja, traume, planovi, vanjski događaji im nisu važniji od vježbanja dok vježbaju. Vrijeme koje provode u vježbanju oni potpuno posvećuju radu na sebi, a sve ostalo, dok trening traje bez obzira koliko im je inače važno, sada stavljaju na čekanje. "Stavljanje na čekanje" može se praktično provesti pomoću kreativne imaginacije. Psihoterapeut kaže učesnicima da mogu zamisliti kako na leđima stalno nose vreću punu svega i svačega. Tijekom života su napunili tu vreću raznim sadržajima, teškim sjećanjima, čak traumama, brigama, problemima, okupacijama, planovima. Vreća je teška i jedva ju nose, ali oni su hrabri i ne posustaju. A sada tu vreću stave na pod, tu sa strane pored sebe. Neka čeka. Nemaju ni malo milosti prema svim tim sadržajima. Sada im ne daju svoju pozornost, iako se svi ti sadržaji grčevito bore za pozornost i imperativno zahtijevaju da se s njima stalno bavimo. Pogledaju tu vreću s visine, jer su oni iznad nje, i zapovjede svim tim sadržajima: "Čekajte. Ja se sad odmaram". A onda se obraćaju samom sebi: "Tko mi daje to pravo? Dajem ga sam sebi, jer i ja imam pravo na malo mira i odmora. I to upravo sad." Tako postavljaju svoj

svjesni ego u centar svog života, odlučuju za sebe, a ne čekaju dozvolu bilo koje osobe ili svog nesvjesnog i pred svjesnog super-ega, koji je kod mnogih bolesti prestrog i nerealan, da bi se malo odmorili.

Pozitivan stav prema svom tijelu

Vježbačima nastojimo poboljšati emocionalni i psihički doživljaj njihovog tijela kao cjeline, te raznih organa i tjelesnih funkcija. Pozitivnim afirmacijama koje dodajemo formulacijama standardnih vježbi, nastojimo ojačati pozitivan i tolerantan stav prema raznim tjelesnim i psihološkim aspektima selfa.

Cilj nam je u što većoj mjeri impregnirati subjektivni doživljaj tijela libidom, odnosno pomaknuti omjer libida i agresije na stranu libida. Želimo da vježbači razviju toleranciju, prihvaćanje i relaksirani stav prava vlastitom tijelu.

Tjeskoba suzbija libido. Dobro je poznata činjenica negativnog djelovanja tjeskobe na seksualnu potenciju i erotske želje. S druge strane, libido suzbija tjeskobu.

Tjeskoba kao afekt koji upozorava na ugroženost i opasnost je povezana sa stresom, doživljajem napada i ugroženosti, odnosno s agresijom. Stoga je kod smanjivanja tjeskobe važno pojačati libidni emocionalni doživljaj, a umanjiti agresivni. Libido je povezan s osjećajem sigurnosti koja omogućava umirivanje i opuštanje u sigurnoj okolini.

Često je subjektivni doživljaj tijela, pogotovo kod psihičkih a i somatskih problema i bolesti, uključivši doživljaj tijela u stresu, zbog frustracija i patnji koju ta stanja donose prožet derivatima agresije. Kod frustracija, tjeskobe i drugih neugodnih emocija, pojačava se kritičnost i neprihvaćanje vlastitog tijela. No i bez obzira na dodatne frustracije kod stresa, malo tko je u potpunosti zadovoljan sa svojim tijelom, koje u većini slučajeva ne odgovara idealu ljepote, mladosti, zdravlja i savršenog funkcioniranja.

Mnoge lijepe osobe imaju kritičan stav prema izgledu svog tijela. Mogli bi navesti niz primjera iz kliničke prakse i života u kojima dominira

subjektivno nezadovoljstvo svojim tijelom, koje je okolini sasvim prihvatljivo, dapače, često i vrlo estetski i erotski privlačno.

Napetost muskulature

Napetost muskulature može biti svjesna, pred svjesna i nesvjesna. Može nastati svjesnom odlukom, te je pod kontrolom volje, a također i autonomno, biti izvan svjesne namjere kao tonus. Tonus mišića je samoodrživa reakcija koja se ne kontrolira svjesnom odlukom i voljom. To je nevoljna, djelomična, povremena ili stalna napetost mišićnih vlakana. U normalnim okolnostima povišen je kod osjećajne napetosti i izlaganja hladnoći, a smanjen u snu i u toplom okolišu (Wikipedia, 2021).

Napetost mišića koja nastaje zbog tonusa je stalno prisutna. Tjelesne senzacije koje nastaju zbog nevoljne napetosti muskulature uglavnom nisu u fokusu svjesne pozornosti. Osoba većinom ignorira, odnosno ne percipira svjesno, stalnu napetost svoje muskulature koju nije izazvao svjesnom odlukom. Naprimjer, na masaži se iznenadi kad čuje da su mu mišići vrlo napeti. Kao da smo stalno u oklopu od mišića, kojeg nismo ni svjesni. Međutim, ako obrati pozornost, osoba obično bez problema može percipirati senzacije koje su povezane s napetosti muskulature.

Stres djeluje na cijelo tijelo, a time i na tonus. Tonus se u stresu povećava. I obratno, kod relaksacije dolazi do smanjenja mišićnog tonusa. Tonus uključuje autonomnu mišićnu napetost, ali i stupanj aktivnosti simpatičkog i parasimpatičkog živčanog sustava. Tjelesno i psihičko su nedjeljiva cjelina. Djelovanjem na jednu komponentu psihofizičke cjeline, djelujemo indirektno i na ostale komponente. Smanjivanjem i regulacijom jedne komponente stresa, povišenog mišićnog tonusa, koju postižemo svjesnom relaksacijom mišića, nakon što smo ih stegnuli, odnosno još pojačali njihovu napetost, pa ih zatim namjerno maksimalno opustimo, opuštamo i sustave koji nisu pod svjesnom kontrolom.

Opuštanje muskulature koja je pod kontrolom svjesne volje je komponenta opće tehnike relaksiranja. Na taj način, u okviru vježbanja

autogenog treninga utječemo na aktivnosti tjelesnih sustava čija aktivnost je autonomna.

Prvi korak je fokusiranje pozornosti na prisutnu napetost mišića. Radi se o o 'mekoj' pozornosti, koja je oslobođena imperativne težnje za ostvarenjem zadanog cilja, time i napetosti. Osoba najprije postaje svjesna blage napetosti mišića koja je posljedica njihovog tonusa. Zatim mirno održava pozornost na toj napetosti. Kad pozornost odluta, što je neminovno, čim to primijeti, mirno strpljivo vraća pozornost na napetost mišića.

Međutim, sama svjesnost o prisutnosti napetosti nije dovoljna da bi se mišići relaksirali. Potrebno je stvoriti poveznicu između autonomne i voljne napetosti mišića. Tu poveznicu stvaramo tako da namjerno dodatno stegnemo mišiće. Kontrakcija poprečno prugaste muskulature je pod svjesnom kontrolom. Izazivanjem kontrakcije i nakon toga opuštanjem te mišićne mase, možemo neizravno smanjiti tonus mišića a i cijelog tijela. Napetosti mišića koja je posljedica tonusa, odnosno koja je izvan svjesne kontrole, dodajemo napetost koja nastaje našom odlukom. Tu napetost možemo kontrolirati. Nakon svjesne kontrakcije mišića, slijedi njihovo opuštanje, što smanjuje ukupnu napetost mišića, odnosno i onu koje je posljedica tonusa.

Opuštanje poprečno prugaste muskulature ima indirektan učinak na smanjenje mišićnog tonusa i time na opuštanje cijelog organizma. Smanjenje mišićnog tonusa također opušta sustave koji inače nisu pod svjesnom kontrolom. Mogli bi reći da stres relaksacijom mišića gubi svoje važno uporište.

Ta povezanost se in extenso koristi u Jacobsonovoj progresivnoj mišićnoj relaksaciji, koja je također provjerena metoda djelovanja na autonomne tjelesne sustave, a time i na smanjivanje stresa.

Za ilustraciju navodimo regulaciju esencijalno povišenog krvnog tlaka (Shinde, 2013).

Kod regulacije esencijalne hipertenzije svjesna odluka: 'Neka se moj povišen krvni tlak snizi i normalizira' nema nikakav učinak. Za to bi bila

potrebna neposredna voljna kontrola arterijskog tonusa odnosno trajne i pasivne kontrakcije arteriola.

Aterijski tonus je ipak moguće smanjiti u okviru opće relaksacije jer opuštanje tada uključuje cijelo tijelo, pa i glatke mišiće arterija.

U znatno skraćenom obliku uključili smo neke elemente te tehnike u vježbanje autogenog treninga. Koristimo ih prije standardnih vježbi.

Kod izazivanja relaksacije poprečno prugaste muskulature u vježbanju osim stezanja i opuštanja mišića koristimo fokusiranje pozornosti, tjelesne senzacije, psihičke slike i emocije koje pogoduju izazivanju relaksacije.

Svjesnom relaksacijom mišića tako smanjujemo i reguliramo također cjelokupnu reakciju organizma na stres, odnosno stupanj aktivnosti simpatičkog i parasimpatičkog živčanog sustava, a umirujemo i emocije.

Time posredno smanjujemo i psihološke komponente stresa, prije svega tjeskobu koja uvijek uključuje povećanu tjelesnu napetost.

Anksioznost je također povezana s povećanim tonusom. Nije moguće biti tjelesno relaksiran i emocionalno uznemiren, napet i tjeskoban. Smanjivanjem tonusa smanjujemo i anksioznost.

Stres i neugodne emocije

Svijet emocija je vrlo raznolik. Sama riječ emocija označava kretanje, promjenljivost. Emocije mogu nastati trenutno, kao reakcija ne vanjske okolnosti ili interakcije. Također mogu biti i prilično trajne, iako su većinom ipak prolazne, mada kad su intenzivne stvaraju dojam trajnosti. Emocije su u velikoj mjeri neovisne o svjesnim odlukama.

U stresu se javljaju i pojačavaju neugodne emocije: tjeskoba, krivnja, sram, odbojnost, gađenje, koje su posebno neugodne ukoliko se odnose na doživljaj samog sebe. Te emocije su kod stresa pretjerane, nekontrolirane i trajne te uzrokuju niz štetnih psihičkih i somatskih pojava, dovode do psihofizičke neravnoteže i iscrpljivanja organizma.

Izazivaju najprije reverzibilne smetnje koje mogu postepeno dovesti i do nepovratnih promjena, odnosno do formiranih bolesti.

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) poremećaji uzrokovani stresom su akutna stresna reakcija, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) i poremećaj prilagodbe (MKB-10, 1994).

U kontroli psiholoških sastavnica stresa, veliku važnost ima uspješna regulacija neugodnih emocija. Kod osoba u stresu prije svega je potrebno umanjiti intenzitet i trajanje neugodnih emocija koje su nastale zbog stresa.

Emocije ne mogu biti odvojene od tjelesne komponente. Regulacijom tjelesnih komponenti stresa reguliramo i emocije, a reguliranjem emocija smanjujemo i somatske reakcije koje su povezane s njima.

Vježbanje autogenog treninga je učinkovit način poboljšanja te regulacije. Autogeni trening djeluje prije svega na umanjivanje tjeskobe. Vježbanjem također smanjujemo depresivne osjećaje (Seo i Soukyoung, 2019, Bilić, 2015 b).

Korisna funkcija stresa i neugodnih emocija

U okviru napora za suzbijanjem i eliminacijom stresa, stav prema stresu je njegovo odbacivanje kao potpuno negativnog psihofiziološkog zbivanja. Međutim, sve psihičke pojavnosti, iako mogu biti subjektivno vrlo neugodne, mogu imati i vrlo korisnu funkciju. Tako i stres, ukoliko nije pretjeran i kroničan, potiče osobu na razvijanje novih kapaciteta koji će omogućiti rješavanje ranije naizgled nerješivih životnih stresnih situacija (Bilić, 2017). Ukoliko se radi o stresu koji nastaje prvenstveno zbog psihičkih tenzija, stres može motivirati osobu na promjene kojima će riješiti svoje konflikte ili razviti kreativnost (Kottler i Chen, 2011).

U životu kao i u psihoterapiji nije optimalno potpuno eliminirati neugodne osjećaje. S jedne strane, osoba bi time izgubila motivaciju za promjenom nepovoljnih situacija koje izazivaju takve emocije, pa bi se mogla pretjerano prilagoditi patološkoj okolini. Također, izgubila bi motivaciju za promjenom vlastitog štetnog ponašanja.

Situacije potpune patološke prilagodbe na nenormalne situacije su se puno puta desile s dugotrajno lošim posljedicama.

Kao drastičan primjer patološke prilagodbe podsjećamo na ratne zločine koje nisu počinile samo osobe s teškim psihopatskim poremećajima ličnosti, nego i osobe koje su izvan specifičnih ratnih okolnosti psihološki i po ponašanju potpuno neupadljive. Neugodne emocije, iako ih osoba nastoji izbjeći po principu 'što manje to bolje', suštinski nisu samo negativne, jer potencijalno imaju važnu regulatornu funkciju. Ukoliko ih osoba može podnijeti, kad nisu previše intenzivne i kronične, te emocije djeluju kao važan signal i upozorenje na opasnost. Takve emocije djeluju kao psihološke kočnice. Ukoliko su još uvijek podnošljive, predstavljaju vrlo važan signal i imaju funkciju autoregulacije ponašanja. Zbog njih osoba odustaje ili ograničava aktivnosti koje bi rezultirale situacijama koje su opasne po njen fizički i psihološki integritet i koje dovode do nepotrebnih sukoba sa okolinom i/ili sa moralnim normama socijalne okoline, a i do psihičkih konflikata unutar same osobe.

Korisna funkcija ograničavajućih emocija je nabolje uočljiva kad tih emocija nema. Takva je situacija kod osoba koje nemaju mogućnost njihovog doživljavanja, bilo zbog bolesti CNS-a ili ozljeda neuroloških struktura koje ih omogućavaju, ili zbog psiholoških deficita.

Kao primjer izostanka kontrolne funkcije neugodnih emocija navodimo psihopatiju, kategoriju Asocijalnog poremećaja ličnosti. Kod psihopatskih osoba je vrlo smanjena mogućnost doživljavanja kontrolnih emocija.

Psihopatija i neugodne emocije

Procjenjuje se da 1% opće populacije zadovoljava kriterije za psihopatiju. Psihopatske osobe ne mogu korigirati svoje agresivno i destruktivno ponašanje, koje dohvaća ne samo njihovu socijalnu okolinu, nego i njih same. Taj poremećaj ličnosti karakterizira neobaziranje na društvene obveze i bešćutna ravnodušnost prema patnji drugih. Kod tih osoba izostaje kočenje i ograničavanje

agresivnog i destruktivnog ponašanja jer nema suosjećanja s patnjom drugog. Dapače, često je patnja okoline upravo posljedica njihovog ponašanja. Kako nemaju kapacitet suosjećanja s tuđom patnjom, teški osjećaji i destrukcija koji kod okoline, ali i kod njih samih, nestaju kao posljedice njihovog ponašanja emocionalno im ništa ne znače.

Psihopatske osobe nemaju ni prave empatije za sebe. Takve osobe ne osjećaju krivnju, grižnju savjesti, sram ni odbojnost prema sebi, a i tjeskoba im je znatno umanjena. Njihov subjektivni doživljaj je da su oni u redu, a problem im je uvijek okolina. Naime, ne mogu preuzeti odgovornost za svoje ponašanje, a tipična obrana im je projekcija, uz acting out. Nemaju sposobnost učenja na posljedicama, koje kod njih ne izazivaju ograničavajuće emocije, te oni ne ispravljaju svoje ponašanje.

Ne radi se o kognitivnoj komponenti empatije, jer psihopatske ličnosti često vrlo dobro procjenjuju psihološke slabosti osoba koje su odabrale za žrtve svojih manipulacija, nego o emocionalnoj komponenti empatije. Socijalno uspješne psihopatske osobe koriste empatiju za sebične ciljeve, bez obzira na posljedice.

Stoga, iako su im kognitivne sposobnosti potpuno očuvane, dapače kod socijalno uspješnih psihopatskih osoba često i natprosječne, zbog nedostane emocionalne komponente nemaju unutrašnju motivaciju koja bi ih ograničavala u postizanju ciljeva po svaku cijenu. (Hare i Babiak, 2006, Cleckley i Hervey, 1982, Kantor, 2006).

Kod prolongiranog i intenzivnog stresa i bolesti uzrokovanih stresom, korisna regulatorna funkcija neugodnih emocija nestaje.

Ugodne emocije: realne i transferne

Pozitivan terapijski odnos se sastoji od realnih i transfernih sastavnica.

U vježbanju autogenog treninga, psihoterapeut njeguje pozitivne odnos ugodne i povezujuće emocije. Pozitivne osjećaje potiče već na indikacijskom intervjuu. Tijekom zajedničkog vježbanja psihoterapeut koristi pozitivne osjećaje koji se prirodno javljaju kod suradnje,

uzajamnog uvažavanja, zajedničkog sudjelovanja u vježbanju koje je svima, pa i njemu pretežno ugodno. Takvim osjećajima se pridružuju pozitivni transferni osjećaji. Naime, njima pogoduju realna briga i uvažavanje, čemu vježbači lako dodaju i transferne ugodne osjećaje koje su imali s osobama koje su tijekom života brinule o njima i uvažavali ih.

Međutim, negativni dio transfernih osjećaja je uvijek prisutan. U autogenom treningu terapeut se ne bavi analiziranjem negativnih transfernih osjećaja.

U internetskom vježbanju, vježbači često preusmjeravaju takve osjećaje na informatičke poteškoće, na probleme s programom zbog kojih neki polaznici povremeno ne dobiju pozive. Odnosno dobiju ih, ali ih ne mogu naći, jer su im u neželjenoj pošti. Neki mogu doživjeti te informatičke poteškoće kao namjerno zanemarivanje, čak i odbacivanje od strane voditelja vježbe. Takvi problemi se rješavaju zajedničkim diskusijama i nastojanjima. Važna je suradnja svih u unapređivanju vježbanja i prevladavanju raznih realnih i emocionalnih prepreka. Jedna učesnica je sastavila tekst s uputama o priključivanju vježbi koje od tada redovno dijelimo svim vježbačima. Kod rješavanja informatičkih zavrzlama, mnogi vježbači srednjih godina angažiraju svoju djecu kojima su programi i informatika od malih nogu dio života. Jedan je vježbač angažirao čak trojicu informatičara, dok konačno nije riješio problem zbog kojeg nije mogao naći redovno poslane pozive na vježbu.

Internetsko vježbanje

Za vrijeme epidemiološke nesigurnosti u okviru Zavoda za psihoterapiju započeli smo internetske sesije autogenog treninga. U početku više kao ‘nužno zlo’. Međutim, uskoro je to postao kao vid vježbanja koji je uz meke nedostatke u usporedbi sa vježbanjem u fizičkoj prisutnosti, pokazao i svoje znatne prednosti. Osim internetskog vježbanja, održavamo i vježbe u fizičkoj prisutnosti.

Naša iskustva s internetskim treniranjem su uglavnom pozitivna. Prije svega, sam broj vježbača je važan pokazatelj prihvaćenosti takve metode. Kod vježbanja u fizičkoj prisutnosti, prije ere epidemioloških restrikcija, samo izuzetno je bilo prisutno toliko vježbača, koliko ih svakodnevno sudjeluje u internetskom vježbanju. To nam je pokazalo kako je ovaj tip vježbanja, posebno u ovim okolnostima, prihvatljiviji većini vježbača. Tijekom internetskog vježbanja, dnevno su u vježbu uključuje i do trideset polaznika. Nekoliko povoljnih čimbenika donosi odlučujuću prednost nad nedostacima internetskog vježbanja za mnoge vježbače. U moderno doba, u kojem je vrijeme mnogima postalo najvrijednija 'valuta', od vitalne je važnosti uštedjeti vrijeme. Kod internetskog vježbanja učesnici ne trebaju fizički dolaziti na kliniku. Osim toga, vježbanje je osim polaznicima iz Zagreba postala jednako dostupno ljudima iz različitih gradova diljem Hrvatske. Mogu sudjelovati vježbači iz Đakova, Slavonskog Broda, Osijeka, Rijeke, Karlovca, Poreča, Dubrovnika. Također, ne postoji opasnost od širenja infekcije Covid-19 u još uvijek epidemiološki nesigurnoj situaciji. Čak i ljudi zaraženi virusom Covid-19 mogu vježbati, ukoliko im to njihovo somatsko stanje dopušta, a bez ikakve opasnosti po ostale vježbače.

Moguće je vježbati individualno ili u grupnom okviru, u grupi vježbača. Prema iskustvu autora najefikasnije i subjektivno najlakše je vježbati u grupi vježbača, koju vodi educirani psihoterapeut. Takva grupa djeluje na sve članove pozitivno i poticajno, što je važno za nastavljanje vježbanja i u periodima pada motivacije, koji su neminovni. Kad vježbač svlada tehniku, može vježbati samostalno. U početku je svakako preporučljivo vježbati uz psihoterapeuta koji je prošao edukaciju iz autogenog treninga, a po mogućnosti i iz neke psihoterapijske tehnike koja uključuje bavljenje s nesvjesnim.

Okvir vježbanja

Indikacijski intervju i uključivanje u vježbanje

Glavna indikacija za uključivanje u vježbanje autogenog treninga je osobna motivacija budućeg vježbača.

Ova indikacija uključuje širok raspon osoba. Vježbati mogu psihijatrijski bolesnici, pacijenti s raznim somatskim bolestima, ljudi čiji životni problemi im uzrokuju stres. Neke osobe žele vježbanjem poboljšati kvalitetu svog mentalnog funkcioniranja kako bi bili profesionalno uspješniji. Našim vježbama su se osim pacijenata pridruživali zainteresirani studenti medicine, djelatnici Kliničkog bolničkog centra: liječnici, radni terapeuti, psiholozi, liječnici na specijalizaciji iz psihijatrije, liječnici iz drugih ustanova. Kako dolaze zainteresiran? Vježbači koji su bili zadovoljni s onime što su postigli vježbajući preporučuju svojim prijateljima vježbanje. Psihijatri šalju svoje bolesnike na dodatnu psihoterapiju vježbanjem autogenog treninga. Liječnici obiteljske medicine upućuje svoje pacijente.

Na indikacijskom intervjuu, psihoterapeut potencijalnom sudioniku objašnjava neke teorijske osnove autogenog treninga.

Međutim, ujedno procjenjuje mentalno stanje budućeg učesnika. Psihoterapeut čini izbor, ali ono što je iznimno važno, također uspostavlja prvi pozitivan odnos. Neizbježno, potencijalni učesnik njega također procjenjuje svjesno, predsvjesno, nesvjesno i subliminalno te stvara prve dojmove i odlučuje može li mu pokloniti svoje povjerenje.

U svim psihoterapijskim pristupima važno je stvaranje i održavanje pozitivnog terapijskog odnosa. Pozitivan terapijski odnos je oslonac koji pacijentima pomaže u raznim zahtjevnim životnim situacijama. Takav odnos je mnogim pacijentima koji su u stresu neophodan samo privremeno, u vrijeme povećane potrebe i krize. Psihoterapeut nastoji da se pacijent osamostali i da opće ljudsku potrebu za pozitivnim odnosima ostvaruje u svom realnom životu tako što će takve odnose stvoriti i njegovati.

Međutim, neki pacijenti imaju ili razviju potrebu za trajnim oslanjanjem na psihoterapeuta kako bi mogli zadovoljavajuće funkcionirati. Takvi pacijenti skloni su pasivizaciji i razvijanju trajnije ovisnosti o psihoterapeutu.

Vježbanjem autogenog treninga, nakon određenog vremena tijekom kojeg se više oslanjaju na voditelja vježbi, pacijenti usvajaju tehniku,

koju dalje mogu samostalno primjenjivati. Oni time povećavaju svoju samostalnost, a izbjegavaju stvaranje ovisnosti o psihoterapeutu. Oslanjaju se na vlastite veće mogućnosti svladavanja stresa, te sami sebi postaju bolji oslonac. Time pozitivno djeluju i na njihovo samopoštovanje.

Kontraindikacije za vježbanje autogenog treninga

Glavna kontraindikacija za vježbanje je nemotiviranost (Gruden, 1996). Autogeni trening se može primjenjivati kod 80 do 90 posto odraslih osoba (1).

Unatoč tako široko postavljenim indikacijama za vježbanje, još uvijek postoje ograničenja.

Isključuju se osobe koje iz bilo kojeg razloga nisu u stanju kognitivno slijediti upute koje dovode do stanja opuštanja. Relativna kontraindikacija je nemogućnost mirovanja pacijenta tijekom vježbanja.

Dobno ograničenje odnosi se na (ne)mogućnost mirnog sjedenje i fokusiranja pozornosti, kao i na razumijevanje uputstava. Te teškoće rastu kako je dijete mlađe dobi. Osim dobi, teška somatska stanja, jaki bolovi, napadi migrene, iscrpljenost organizma onemogućavaju vježbanje.

Relaksacija nekim slučajevima može umjesto očekivanog smanjivanja tjeskobe pojačati tjeskobu sve do paničnog napada. Kod nekih osoba može doći do paradoksalnog povratnog efekta povećane tenzije i do nametljivih psiholoških sadržaja. Također isključujemo pacijente čije je mentalno funkcioniranje znatnije ugroženo. U takvim slučajevima, psihološka regresija koja se događa tijekom treninga može djelovati nepovoljno. U nepovoljnim slučajevima, opuštanje za njih može pokrenuti psihološki zloćudni proces koji dodatno kompromitira njihovo ionako vrlo osjetljivo i krhko mentalno funkcioniranje (24, 25, 26). To su rijetki slučajevi, ali dogodilo se jednom da je pacijent koji je intenzivno vježbao razvio psihotičnu epizodu.

Naša iskustva su da u pozitivnom ozračju brige i povjerenja velika većina vrlo regresivnih bolesnika reagiraju vrlo dobro.

Kontraindikacija je uključivati u vježbanje osobe oboljele od psihotičnih bolesti. Možda bi mogli ublažiti tu kvalifikaciju, pa napisati da se ipak radi o relativnoj kontraindikaciji. Naime i psihotični bolesnici, ukoliko su motivirani, a psihoterapeut pažljivo prati i nadgleda njihove reakcije i doživljaje tijekom vježbanja, kako bi mogao brzo reagirati u slučaju maligne regresije, mogu imati koristi od uključivanja u grupu koja vježba uz psihoterapeuta. Svakako, kod tih bolesnika je potreban povećan oprez. Oni zahtijevaju dodatnu pozornost i brigu. Psihotični bolesnici, obzirom na slabost njihovog ega, obično nemaju ustrajnosti, pa nakon što nekoliko puta sudjeluju u vježbanju spontano odustanu. Neki tijekom vježbanja imaju uznemiravajuće psihičke doživljaje, te tada trebaju prekinuti vježbanje. Psihoterapeut tada preuzima ulogu psihijatra i posvećuje se suzbijanju tih doživljaja. U svakom slučaju, ne uključujemo psihotične bolesnike u internetsko vježbanje, jer u tim okolnostima psihoterapeut ne može nadgledati pacijenta, a u slučaju naglog pogoršanja psihičkog stanja mogućnosti interveniranja su vrlo ograničene.

U kontraindikacijama za vježbanje navedene su i ozbiljne srčane bolest. Međutim, u nekim slučajevima i takvi su se pacijenti odlučili za vježbu, uz dopuštenje svog kardiologa koji je to odobrio. Nije im se dogodilo ništa loše u vezi s njihovom kardiološkom bolešću. Naprotiv, u jednom slučaju došlo je do brzog poboljšanja teških aritmija, pa je kardiolog odustao od već zakazanog postupka kirurške regulacije tvrdokorne srčane aritmije jer taj postupak više nije bio potreban. Ritam srca se normalizirao.

Kontraindikacija za vježbanje je također i epilepsija. Jedan inače prikladan i motiviran pacijent nažalost nije mogao biti uključen u vježbanje jer je bolovao od epilepsije. Njegov EEG nalaz je bio difuzno dizritmički promijenjen s vulnerabilnošću na metode provokacije. Pacijent je imao ponovljene epileptičke napade na spavanju, a budio ga je ugriz za jezik. Obzirom da u autogenom stanju aktivnost mozga nalikuje spavanju, jer u relaksaciji dominiraju sporiji, ali snažniji valovi mozga, nismo se usudili uključiti tog pacijenta u

internetsko vježbanje, kako ne bi provocirali epileptički napad bez mogućnosti medicinske intervencije. Pacijent je razumio objašnjenje i složio se s tom procjenom.

Nakon indikacijskog intervjua, psihoterapeut uključuje prikladne pacijente u vježbanje. Ako je riječ o internetskom vježbanju, objašnjava metodu povezivanja, unosi e-mail adresu učesnika u program Microsoftovih teams koji je službeno odobren za korištenje u KBC-u Zagreb.

Pozicija za vježbanje

Pozitivno djelovanje na psihu putem tijela u vježbanju započinje već zauzimanjem određene tjelesne pozicije koju vježbač odabere kao najprikladniju za relaksaciju. Vježbači traže i pronalaze svoj položaj za vježbanje, koji im je ugodan, ali ne toliko da utonu u san. Sama ta tjelesna pozicija na vježbača djeluje relaksirajuće. Taj učinak se pojačava daljnjim vježbanjem, jer vježbač zauzimanje i održavanje te pozicije povezuje s nizom doživljaja relaksacije. Nije preporučljivo mijenjati odabranu poziciju za vježbanje. Zauzimanjem ove pozicije više puta stvara se naviku koja dodatno potiče i olakšava opuštanje i smirenost. Kada vježbač zauzme svoj položaj za opuštanje, u kojem se više puta dobro osjećao tijekom ranijih vježbi, taj položaj tijela ima blagotvoran učinak na postizanje mira.

U opisanom se mogu pronaći sličnosti s tehnikama hatha joge, u kojima se veliki naglasak stavlja na položaje tijela kao metodu provociranja određenih psihofizioloških stanja (Wikipedia, 2021). Tjelesna psihoterapija također uključuje tijelo (Wikipedia, 2021).

U višestrukoj obiteljskoj terapiji koristi se obiteljska skulptura u kojoj se članovi obitelji postavljaju u određeni položaj koji zadržavaju tijekom određenog vremena.

Ova pozicija pokazuje određene psihološke konstelacije u odnosima. Pozicijom tijela ostvarujemo važan kontakt s psihološkim. Često nam tjelesno držanje može otkriti mentalna stanja osobe (Krpan i Medved, 1989).

Integracija autogenog treninga s drugim psihoterapijskim metodama

Autogeni trening je metoda koja se može integrirati s mnogim drugim tehnikama, postupcima i pristupima (Bilić i Marčinko, 2011) . Sama tehnika sadrži elemente različitih sustava. J.H. Schultz je boravio u Japanu prije stvaranja autogenih vježbi i u njih je uključio neke elemente budističke meditacije. Vipassana znači 'vidjeti stvari onakvima kakve jesu' je jedna od najstarijih indijskih tehnika meditacije (dhamma, 2021).

I u suvremenoj psihoterapiji je jedan od ciljeva sagledati stvarnost upravo onakvom kakva ona je, odnosno odbaciti razna izobličenja i nerealna doživljavanja stvarnosti i samog sebe. Mnogobrojni psihički problemi nastaju upravo zbog odbijanja i nemogućnosti sagledavanja i prihvaćanja realnosti.

Autogeni trening i grupna psihoterapija

Prema iskustvima autora, tehnika psihoterapije koja se dobro integrira s autogenim treningom je grupna psihoterapija koja se temelji na razvijanju i širenju komunikacije između sudionika. Sesija grupne psihoterapije može se nastaviti odmah nakon grupne vježbe autogenog treninga.

Vježbanje u grupi, u nazočnosti psihoterapeuta koji vodi trening i drugih vježbača, posebno kada postoji stabilna jezgra koja redovito sudjeluje u vježbi, djeluju umirujuće.

U grupi, nakon vježbe opuštanja, članovi sudjeluju u komunikaciji. Oni prate komunikaciju koja se razvija u grupi, sudjeluju u njoj aktivno verbalno ili ostaju šutljivi ali emocionalno uključeni sudionici.

Svi članovi takve grupe su vježbači autogenih treninga. Stoga, prije svega, razgovaraju o iskustvima koja imaju tijekom vježbanja. Međutim, diskusija u grupi se spontano proširuje na različite sadržaje, teme, maštarije i probleme sudionika. Na primjer, u grupi su se vodile diskusije se o tjelesnim bolestima i bolovima, umiranju, eutanaziji, brizi za starije, problemima na radnom mjestu, teškim međuljudskim odnosima, reagiranju u stresnim situacijama, psihološkim i tjelesnim

posljedicama raznih emocija. Intervencije terapeuta u takvoj grupi prvenstveno imaju za cilj poboljšati komunikaciju sudionika. Terapeut može sudjelovati u grupnim maštarijama koje se spontano pojave. Jedna je bila da svi putujemo u svemir.

Dobar dio polaznika redovito sudjeluje u vježbi i stvorili su stabilnu jezgru grupe. Dakle, oni stvaraju trajnije odnose s psihoterapeutom i jedni s drugima. Grupa je razvila svoju koheziju. Broj sudionika čini srednju skupinu, koju terapeut nije planirao. Grupa se spontano stvorila. Ovaj terapijski okvir najbolji je za poticanje i razvijanje slobodnog dijaloga u grupi (Lenn i Stefano, 2012).

Autogeni trening i individualna psihoanalitička psihoterapija

Nakon vježbe je moguće održati sesiju individualne psihoterapije. Iskustva autora su raznolika. S jedne strane, nesvjesni materijal, koji se spontano pojavljuje tijekom autogenoga stanja postaje pristupačniji vježbaču i nakon vježbe.

Učesnica navodi da je počela sanjati od kad vježba. Inače, godinama nije sanjala. Psihoterapeut je to komentirao kao pozitivan pokazatelj psihičkog 'otvaranja' pacijentice i angažiranja drugih dijelova njene ličnosti u procesuiranju životnih teškoća. Naime, kod te pacijentice je godinama dominirao psihosomatski način reagiranje na stres. Bolji kontakt s psihičkim, brži i lakši pristup nesvjesnom olakšan je samo induciranim stanjem posebnog doživljavanja u okviru psihofizičke relaksacijom. Osim toga pozornost je u stanju relaksacije velikim dijelom odmaknuta od događaja u vanjskoj realnosti i usmjerena na unutrašnji psihički svijet te su introspekcija i samo promatranje znatno olakšani. To omogućava vježbačima susret sa raznim psihičkim sadržajima koji su im u uobičajenom stanju budnog doživljavanja nedostupni. Tako dobiveni materijal moguće je koristiti u okviru individualne psiho dinamičke psihoterapije.

S druge strane, velika i nagla izloženost nesvjesnom može biti i nepovoljna jer neki put pacijent ne može samostalno apsorbirati obilni materijal, koji uznemirava i remeti psihičku ravnotežu, a u ekstremnim

slučajevima može i čak djelovati kao psihička trauma, ukoliko se radi o osjetljivoj osobi slabijeg ega i nestabilnog selfa.

Ukoliko sesiju individualne psihoterapije održavamo odmah nakon autogenog treninga, vježbač naglo postaje pacijent u pojedinačnom terapijskom okviru. Otvoreniji je za psihičke sadržaja, a njegova introspekcija je poboljšana. Međutim, terapijski odnos uvijek sadrži nesvjesne komponente. Temeljeni terapijski odnos koji se njeguje u vježbanju autogenog treninga znatno se razlikuje od odnosa u individualnoj psihoanalitičkoj psihoterapiji. U autogenoj praksi psihoterapeut je aktivan, daje upute, ispravlja tehniku. Također je otvoreniji za prenošenje svojih iskustava u vježbanju na polaznike, kojima želi prenijeti tehniku.

U individualnoj psihoanalitičkoj psihoterapiji psihoterapeut je puno suzdržaniji. Umjesto da je aktivan izvana, većina njegove aktivnosti odvija se u unutarnjem psihičkog doživljavanju, osjećanju i razmišljanju. Psihoterapeut kontinuirano nastoji ostati u empatijskom kontaktu s onim što proživljava pacijent, kako bi ga razumio. Nastoji održavti emocionalni raport s pacijentom bez obzira na složene emocije u njihovoj vezi. Ujedno nastoji razumjeti i svoje kontratransferne reakcije koje mu se javljaju u odnosu s konkretnim pacijentom.

Stoga terapeut ne preferira pozitivna emocionalna transferna iskustva i ne izbjegava negativna, kao što je slučaj u autogenom treningu. U autogenoj vježbi naglasak je na ugodnim iskustvima i osjećajima i pozitivnim transfernim osjećajima. U individualnoj psihoanalitičkoj psihoterapiji bitno je dopustiti neugodne i složene osjećaje i misli kako bih bilo moguće integrirati, razumjeti i razriješiti. Te osjećaje u vježbanju autogenog treninga uobičajeno nastojimo izbjeći, nesvjesno pomoću obrana ega, a svjesno putem raznih metoda njihovog izbjegavanja.

Psihoterapeut je puno oprezniji u otvaranju svojih doživljaja pacijentu. Njegova primarna uloga nije aktivno usmjeravanje tijeka terapije, već praćenje psiholoških procesa između njega i pacijenta. Stoga se pacijent koji kod istog psihoterapeuta sudjeluje u oba vida

psihoterapije i koji je izložen njegovim kontradiktornim ulogama može lako zbuniti suštinski različitim ponašanjem psihoterapija. Pacijent očekuje aktivnije sudjelovanje psihoterapeuta u individualnoj terapiji. Ovaj se problem može izbjeći ili značajno smanjiti ako u liječenju sudjeluje više psihoterapeuta. Jedan dosljedno vodi autogeni trening, a drugi također dosljedno provodi psihoanalitičku psihoterapiju.

Kreativna imaginacija – psihičke slike

Niz psihoterapijskih i duhovnih metoda koristi kreativnu maštu. Psihičke slike prožete emocijama se također koriste u autogenom treningu.

Autogeno stanje može opisati i kao budno sanjanje. Autogeno stanje omogućava izvođenje vježbi višeg stupnja autogenog treninga, koje se sastoji upravo od stvaranja određenih psihičkih slika. Stvarajući psihičke slike, koje su osim slikovitog prikaza željene situacije ili stanja prožete i odgovarajućim emocijama, vježbači potiču određene psihičke sadržaje, ali i psihofiziološke reakcije. U klasičnom vođenju više razine autogenog treninga, te slike su unaprijed određene, odnosno nisu u potpunosti slobodne i spontane. Pored unaprijed određenih slika, sudionici imaju slobodu dodati i neke svoje, koje upravo za njih najbolje predstavljaju, potiču i izazivaju željeno stanje. Te slike tada postaju njihovi osobni simboli. Stvaranje takvih slika je posebno olakšano u autogenom stanju, u kojem se slike pojavljuju i spontano.

Autosugestije i pozitivne afirmacije

Autosugestije ne ograničavamo samo na verbalnu komponentu, na ponavljanje odabranih riječi, nego dodajemo odgovarajuće emocionalno uživljavanje i pripadajuće psihičke slike, eventualno i mini filmove u kojima je željeno stanje već postignuto. Potrebno je da osoba odabere i kreira psihičke sadržaje koji subjektivno upravno za njega najbolje reprezentiraju željeno psihičko stanje kao već ostvareno. Na taj način stvara aktivan psihički sadržaj, koji daljnjim pojačavanjem putem višestrukog ponavljanja i uživljavanja, odnosno

investiranjem energije, počinje autonomno aktivno djelovati i utjecati na psihu, a time i na tjelesne procese u željenom smjeru.

Osim aktivacije specifičnih emocija u skladu sa željenom psihičkom promjenom, dio pozitivne sugestije je stvaranje psihičke slike o sebi u situaciji i okolnostima u kojima se željena osobina ličnosti već manifestira. Psihoterapeut može reći vježbačima da ukoliko žele zapaliti vatru, moraju već sad imati iskru. Željeno stanje već sad mora kod njih biti aktivno i prisutno, iako u maloj mjeri, ukoliko ga žele pojačati i ustaliti.

U autogenom stanju sudionici mogu koristiti pozitivne autosugestije kao dodatnu metodu stvaranja pozitivnih promjena svoje ličnosti.

Pozitivne afirmacije imaju za cilj stvaranje željenih osobina ličnosti i izgrađivanje pozitivnog doživljaja sebe. Takve afirmacije temelje se na libidu, toleranciji i prihvaćanju sebe. One trebaju zamijeniti dotadašnje koje su se temeljile na agresiji i odbacivanju sebe.

Auto sugestivne afirmacije su u autogenom stanju učinkovitije nego u normalnom budnom stanju jer je tada njihova kritička evaluacija znatno smanjena. Drugim riječima, osoba lakše prihvaća sugestije nego u uobičajenom svjesnom budnom stanju. Kako se radi o auto sugestiji, mogućnost nehotične ali i hotimične negativne manipulacije je smanjena na minimum.

U svjesnom budnom stanju racionalnost i kritičnost koče prihvaćanje sugestija. U izgrađivanju pozitivnih osobina ličnosti umjesto dotadašnjih negativnih često je samokritičnost najveća kočnica prihvaćanju pozitivnog doživljaj sebe. Povećana samokritičnost, nedostatak empatije i tolerancije za sebe prisutni su kod mnogih psihičkih problema. Previsoki osobni standardi, težnja idealnom, perfekcionizam, apostolski sindrom, postavljaju na osobu zahtjeve koje u praksi nikako nije moguće realizirati i koji izuzetno iscrpljuju, te znatno doprinose stresu.

Religiozni ljudi u autogenom stanju mogu koristiti neke od svojih uobičajenih molitvi. Primjetna je značajnu razlika doživljaja. Molitva

koja dolazi iz stanja mira, opuštenosti i povjerenja bitno je drugačije iskustvo.

Trajne pozitivne promjene ličnosti

Vježbači postepeno izgrađuju autogenu ličnost (Gruden, 1996). Pozitivna transformacija ličnosti ovisi o dosljednoj primjeni tehnike. U ostvarenju trajnijih pozitivnih promjena ličnosti vježbača dodatno pomaže ukoliko nakon vježbanja autogenog treninga slijedi individualna psihoterapijska sesija u kojoj je moguće dodatno raditi na osviještenom materijalu, ili grupna psihoterapijska sesija u kojoj učesnici njeguju slobodnu komunikaciju u grupi. Promjene su olakšane vježbanjem u grupi zbog grupne dinamike, prisnosti drugih vježbača i psihoterapeuta.

Način na koji ostaju relaksirani i mirni tijekom vježbanja, bez obzira na razne smetnje, oni postepeno primjenjuju izvan vježbanja u raznim životnim i stresnim situacijama. Osim toga svakodnevnim vježbanjem omogućavaju sebi kontinuirano suočavanje i mirno sagledavanje svojih psiholoških reakcija na stresne situacije koje su doživjeli u tom danu ili tako zna kada. Povećavanjem sposobnosti samo regulacije, povećava se doživljaj osobne učinkovitosti i mogućnosti kontrole te dolazi do porasta samopoštovanja a time se smanjuju negativni osjećaji: krivnja, sram, odbojnost i doživljaj vlastite neadekvatnosti.

Čak i u ranijem razdoblju vježbanja, u kojem se sudionici opuste, ali još ne uspijevaju postići psihofizičko ’prebacivanje’ u autogeno stanje, oni su psihološki privremeno ojačani jer im opuštanje umanjuje tjeskobu. Kasnije, kad rutinski postižu autogeno stanje njihova psihološka otpornost je time dodatno pojačana.

Kako izgleda vježbanje u praksi?

Navodimo okvirni način provođenja autogene vježbe, koja može varirati jer svaka vježba zadržava spontanost. Drugim, riječima, ne odvija se mehanički i uvijek na isti način.

Dobar dan i dobrodošli na autogenu vježbu. Udobno se smjestite. Zauzmite poziciju koja vam najbolje odgovara. Tijelo se treba odmoriti

tijekom vježbe. Preporučljivo je da zatvorimo oči, jer na taj način isključujemo vizualne senzacije koje lako privuku pozornost.

Težina

Posvetimo punu pozornost doživljaju tjelesne težine. Odmičemo pozornost od svega ostalog, što god to bilo. Osjetimo da je naše tijelo teško. Što osjećamo u vezi težine našeg tijela? Doživljavamo niz senzacija pritiska tijela na podlogu na koju nam se tijelo oslanja. Sada kada smo postali svjesni tjelesne težine, usmjerimo svu pozornost samo na glavnu ruku, koja je desna ruka ako smo dešnjaci. Stvorimo psihičku sliku koja upravo za nas najbolje predstavlja, potiče i izaziva doživljaj težine desne ruke. Na primjer, možemo zamisliti da je desna ruka spužva koju upravo sad uronimo u toplu vodu. Ulazimo u taj doživljaj u kojem nam je desna ruka spužva, upija toplu vodu i postaje sve teža i teža.

Ovdje i sada, moja desna ruka je potpuno ugodno teška.

Ovdje i sada, moja desna ruka je potpuno ugodno teška.

Ovdje i sada, moja desna ruka je potpuno ugodno teška.

Osjećamo ugodnu težinu naše desne ruke, a taj doživljaj težine sada proširimo na cijelo tijelo. Možemo sada zamisliti cijelo svoj tijelo kao veliku spužvu. Desna ruka je i dalje spužva, ali sada su i noge spužve koje smo uronili u toplu vodu. Cijelo tijelo je spužva ispunjena toplom vodom.

Ovdje i sada, moja desna ruka i cijelo tijelo su potpuno ugodno teški.
Ovdje i sada, moja desna ruka i cijelo tijelo su potpuno ugodno teški.
Ovdje i sada, moja desna ruka i cijelo tijelo su potpuno ugodno teški.

Osjećamo težinu svog tijela i ne ništa drugo nas ne zanima ništa drugo.

Nakon nekog vremena psihoterapeut kaže: ‘A sada dodamo i malo pozitivnih osjećaja. Osjetimo kako je dobro biti planina, tako mirna, postojana i staložena, tako iznad svih ljudskih briga i problema.” 'Mir, potpuni mir.’

Osjetimo da nam odgovara unutrašnji mir. Prihvatimo ga u potpunosti. Ne trebamo sada ništa dugo raditi. Ne trebamo ni misliti.

Odmaramo se baš od svega.

Toplina

Usredotočimo sada pozornost na toplinu svog tijela. Odmičemo pozornost od svega ostalog, što god to bilo.

Osjećamo niz osjeta topline u raznim dijelovima svog tijela. Sad kad smo primijetili i osvijestili toplinu svog tijela, usredotočimo pozornost samo na glavnu ruku. Koja je glavna ruka? Za dešnjake desna, a ljevake, lijeva. Stvorimo psihičku sliku koja upravno za nas najbolje predstavlja i potiče doživljaj ugodne topline desne ruke. Ukoliko vam se sada ne da tražiti tu sliku, možete koristiti univerzalnu. Na primjer, možete zamisliti sunčanje desne ruke. Ulazimo u taj doživljaj u kojem sunčamo ili na drugi način grijemo desnu ruku.

Ovdje i sada, moja desna ruka i potpuno je ugodno topla.

Ovdje i sada, moja desna ruka i potpuno je ugodno topla.

Ovdje i sada, moja desna ruka i potpuno je ugodno topla.

Osjećamo ugodnu toplinu desne ruke, a sada to iskustvo proširimo na cijelo tijelo.

Zamislimo da grijemo cijelo tijelo, osim glave. Na primjer, možemo zamisliti sunčanje cijelog tijela, a glava je u hladu.

Ovdje i sada, osjećam moja desna ruka i cijelo tijelo osim glave su potpuno ugodno topli.

Ovdje i sada, osjećam moja desna ruka i cijelo tijelo osim glave su potpuno ugodno topli.

Ovdje i sada, osjećam moja desna ruka i cijelo tijelo osim glave su potpuno ugodno topli.

Osjećamo da su desna ruka i cijelo tijelo osim glave potpuno ugodno topli i tijelo, i ništa drugo što nas trenutno zanima. Dodamo i malo

pozitivnih osjećaja. Osjetimo da nam je sad baš dobro. Tako lijepo se sunčamo, nigdje nam se ne žuri, ništa drugo ne trebamo raditi nego se odmarati.

'Mir, potpuni mir.'

Dišem

Obratimo sada pozornost na naše disanje. Tijekom ove vježbe nastojimo disati kroz nos. Osjećamo kako nam zrak struji kroz nosnice u svakom udahu i izdisaju. Usmjerimo svu pozornost na tu blagu tjelesnu senzaciju strujanja zraka u nosu. Na taj način odmičemo pozornost od svega drugoga, što god to bilo. Ma kakve misli, osjećaji, sjećanja se sada jave u našem unutarnjem iskustvu, smatramo ih nevažnim.

'Dišem.'
'Dišem.'
'Dišem.'

Osjećamo kako nam zrak struji u nosu, trenutno nas ništa drugo ne zanima. Bez obzira na to koliko puta nam pozornost odluta, strpljivo i uporno je vraćamo na protok zraka u nosu. Osjetimo sada kako je baš lijepo disati. Zraka ima u izobilju, zrak je dobre kvalitete, a mi ga uživamo disati. Osim toga, naš organizam iznimno dobro funkcionira u disanju. Kad udahnemo zrak, taj zrak uđe u pluća, a tu se dešava čitav niz raznih procesa kojima se kisik iz tog zraka prebacuje u naš krvotok. Zatim naše srce, krvne žile i eritrociti izuzetno dobro funkcioniraju. Oni prenose taj kisik kojeg smo uzeli iz zraka oko nas po cijelom našem tijelu. Zadovoljni smo jer je sada sve u redu s našim disanjem. Pa nije to mala stvar. Mi moramo disati da bi bili živi. A dišemo. Također smo zadovoljni jer se sada odmaramo od naših bezbrojnih misli, osjećaja, briga i problema kojima ne posvećujemo pozornost.

'Mir, potpuni mir.'

Srce
Pronađimo sada svoje srce. Gdje ga osjećamo? Ono što primijetimo u vezi našeg srca, to su njegovi otkucaji. Osjećamo otkucaje srca, obično u prsima gdje se srce i nalazi. Sada, usredotočimo pozornost upravo na otkucaje srca. Ništa drugo nas u ovom dijelu vježbe na zanima.

Ovdje i sada, moje srce kuca mirno i pravilno.

Ovdje i sada, moje srce kuca mirno i pravilno.

Ovdje i sada, moje srce kuca mirno i pravilno.

Dodajemo pozitivne osjećaje u vezi našeg srca. Primijetimo i sami da naše srce radi izuzetno dobro. Jer ono kuca mirno, pravilno, ritmično i harmonično. I to ne samo sada, nego i cijeli naš život, pa i prije nego što smo se rodili, naše srce je kucalo za nas. Sve je u redu sada s našim srcem. Jako smo zadovoljni s njegovim preciznim i pouzdanim radom. Osjećamo zahvalnost prema svom srcu, našem pouzdanom životnom prijatelju. Osjećamo da smo u jako dobrom odnosu sa svojim srcem. Neka moje srce i dalje kuca mirno, pravilno, zdravo, ritmično i harmonično.

'Mir, potpuni mir.'

Trbuh
Sada posvetimo punu pozornost našem trbuhu. Naša pozornost je uvijek pozitivna i dobronamjerna, a nije kritična. Primjećujemo kožu trbuha koja ga prekriva, a ova koža je ugodno topla. Možemo osjetiti i lagane senzacije dodira u koži, jer koža našeg trbuha lagano dodiruje našu odjeću. Primjećujemo da nije samo koža topla, nego je i cijeli naš trbuh ugodno topao.

Zadržimo pozornost na ugodnoj toplini u trbuhu. Sada ćemo još malo pojačati taj ugodan doživljaj. Možemo koristiti kreativnu maštu ili sjećanja. Zamislimo da pijemo topli ukusni i zdravi napitak. Ili sjetimo se neke situacije u kojoj smo ga pili. To može biti topli čaj, ukusna juha, ono što nam najbolje odgovara. Sjetimo se sada tog ugodnog osjećaja topline u trbuhu. Ovdje i sada osjećamo ugodnu toplinu u trbuhu.

Možemo dodati i pozitivne osjećaje. Mi smo sada zadovoljni sa našim trbuhom u cjelini. Zadovoljni smo i sa svim pojedinačnim organima u trbuhu. Jer svi ti organi sada rade svoj posao mirno, pravilno, harmonično i zdravo. Sve je u redu sada u mom trbuhu. U jako smo dobrim odnosima sa cijelim trbuhom i sa svim trbušnim organima. To su naši prijatelji i suradnici. Oni stalno rad za nas. Daleko od toga da podcjenjujemo njihov rad. Mi smo im zahvalni. Neka se sve u mom trbuhu i dalje odvija tako lijepo, mirno, zdravo i harmonično. Sve je u redu u mom trbuhu.

'Mir, potpuni mir.'

Čelo

Obratimo pozornost na čelo. Posebnu pozornost posvetimo mišićima čela. Osjetimo ih. Malo ih stegnemo, a onda ih opustimo. Opuštamo cijelo čelo. A sad osjetimo kako preko našeg čela lagano struji svježi zrak. Gotovo uvijek zrak malo struji, pa tako i sada. Ukoliko to ne možemo osjetiti, ništa zato. Zamislimo da tu gdje se nalazimo puše svježi povjetarac i to upravo preko našeg čela. Osjetimo svježinu čela. Ili, možemo se sjetiti neke situacije u kojoj je stvarno vjetrić puhao preko našeg čela, pa prizovimo taj doživljaj svježine čela kojeg smo tada imali.

Moje čelo je ugodno svježe.

Ako to ne osjećamo, možemo zamisliti da nam sada preko čela puše svježi povjetarac kako bismo osjetili ugodnu svježinu čela.

Ovdje i sada osjećam moje čelo je ugodno svježe.

Ovdje i sada osjećam moje čelo je ugodno svježe.

Ovdje i sada osjećam moje čelo je ugodno svježe.

Ugodan osvježavajući doživljaj. A sada možemo zamisliti da nam povjetarac koji osvježava čelo odnosi i sve psihičke sadržaje, koji se sami mogu pojaviti u našem unutrašnjem doživljaju. To su naše misli, slike, sjećanja, osjećaji, brige, problemi. Možemo zamisliti da su potpuno lagani, kao baloni koje vjetar s lakoćom odnosi. Čistimo psihu vjetrom.

'Mir, potpuni mir.'

Dolje i gore

Sada slijedi zadnja zajednička slika. Zamislimo da sjedimo u bazenu. To je plitak bazen, tako da su naše glave iznad vode kada sjedimo na dnu bazena. Osjećamo da su nam glave svježe i bistre, osvježava ih povjetarac. Uronili smo naša tijela u toplu vodu, tako da osjećamo ugodnu toplinu vode na našim tijelima. Također primjećujemo težinu vode. Osjećamo da ispod površine vode ritmički i pravilno kuca naše srce, prsa se šire i skupljaju u ritmu disanja.

Ovdje i sada, osjećam da je dolje ugodno teško, toplo i ritmično, a gore je ugodno svježe.

Ovdje i sada, osjećam da je dolje ugodno teško, toplo i ritmično, a gore je ugodno svježe.

Ovdje i sada, osjećam da je dolje ugodno teško, toplo i ritmično, a gore je ugodno svježe.

Postupno smo ušli u autogeno stanje psihofizičkog opuštanja. U tom stanju smo potpuno svjesni svega. Slobodni smo. Ništa nam nije nametnuto.

Ostajemo tako neko vrijeme.

Autogeno stanje i cijelu vježbu možemo zaustaviti u bilo kojem trenutku. Prema našem običaju, kad dvoje vježbača osjete da im je dosta, naprave opoziv, kažu glasno “dosta”, a onda i mi ostali prekidamo vježbu.

Opoziv

Kada odlučimo, zaustavljamo vježbu brojanjem od jedan do pet. Sa svakim brojem osjećamo da smo malo budniji i odmorniji. Otvaramo oči, ispružimo ruke, noge, protegnemo tijelo.

Literatura

- Autogenic training | Psychology Wiki | Fandom (wikia.org) psychology.wikia.org/wiki/Autogenic_training 04.27.2021.
- Autogenic training - Wikipedia. Stranica je zadnji put uređena 15.1.2021.
- Body Pychotherapy. Wikipedia, 2021.
- Bilić V. Prevencija stresa vježbanjem autogenog treninga. Kuća srca, Zagreb, 2015a.
- Bilić V. Autogeni trening kao pomoćna psihoterapijska metoda u liječenju depresije 4. Hrvatski kongres o prevenciji i rehabilitaciji u psihijatriji: depresija u stoljeću uma, Zagreb, 2015b.
- Bilić V. Application of Autogenic training with patients suffering from malignant diseases. 5 th International Congress of Person Centered Medicine. Zagreb, 2017.
- Bilić V, Marčinko D. Mogućnosti integracije vježbanja autogenog treninga s drugim psihoterapijskim tehnikama. Prvi hrvatski kongres duhovne psihijatrije s međunarodnim sudjelovanjem. Opatija, 2011.
- Braith, J. A., McCullough, J. P., & Bush, J. P. (1988). Relaxation-induced anxiety in a subclinical sample of chronically anxious subjects. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 19(3), 193–198. https://doi.org/10.1016/0005-7916(88)90040-7
- Cleckley, H. (1982) The Mask of Sanity. Revised Edition. New York: New American Library.
- Farnè M.A. Jimenez-Muñoz N. Personality changes induced by autogenic training practice. Stress and Health Vol 16 No 4, 2000. https://doi.org/10.1002/1099-1700(200007)16:4<263::AID-SMI860>3.0.CO;2-G
- GoodTherapy. Preuzeto na: www.goodtherapy.org/learn-about-therapy/types/autogenic-training Last update 09.23.2016.
- Gruden V. osobna komunikacija, Klinika za psihološku medicinu, 1995.
- Gruden V. (1996) Autogeni trening: vježbom do sreće. 4, dopunjeno izdanje. Zagreb: Erudit.
- Hare, RH. Babiak,P. (2006) Snakes in Suits: When Psychopaths Go to Work. Harper Collins e-books.
- Hatha joga – Wikipedija
- Kantor, M. (2006) Psychopathy of Everyday Life: How Antisocial Personality Disorder Affects All of Us. Kindle Edition: Praeger..
- Kottler, JA. Chen, DD. (2011) Stress Management and Prevention. Applications to Everyday Life. Second Edition. New York and London: Routledge.
- Krpan, I. Medved, Z. Obiteljska skulptura u multiploj obiteljskoj terapiji. Socijalna psihijatrija 17 (1989), 3; 201-211).
- Lazarus, A A. Mayne, T.J. (1990). Relaxation: Some limitations, side effects, and proposed solutions. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 27(2), 261–266. https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.261

- Lehrer, PM. Woolfolk, RL. Sime, WE. (2007) Principles and practice of stress management. 3rd ed. New York: Guilford Press.
- Lenn, R. Stefano, K. eds. (2012) Small, Large and Median Groups. The Work of Patrick de Mare. New York and London: Routledge.
- McLeod S.(2019 Psychoanalysis. www.simplypsychology.org/psychoanalysis.html#ass
- Muscle tone.(2021) Wikipedia.
- MKB-10. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Deseta revizija. (1994) Zagreb: Medicinska naklada..
- Rickard, HC., McCoy, A D. Collier, J B. Weinberger, M B (1989). Relaxation training side effects reported by seriously disturbed inpatients. Journal of Clinical Psychology, 45(3), 446–450. https://doi.org/10.1002/1097-4679(198905)45:3<446::AID-JCLP2270450315>3.0.CO;2-H
- Schultz, JH. Luthe, W.(1959) Autogenic Training. A Psychophysiologic Approach in Psychotherapy. New York: Grune and Stratton.
- Stetter, F. Kupper, S. (2002) Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies. Applied Psychophysiology and Biofeedback. 27 (1): 45–98. doi:10.1023/A:1014576505223. PMID 12001885.
- Seo, E, Soukyoung K. (2919) Effect of Autogenic Training for Stress Response: A Systematic Review and Meta-Analysis] J Korean Acad Nurs.;49(4):361-374.
- Shinde ,N. Shinde, KJ. Khatri,SM. Hande, D. (2013) Immediate Effect of Jacobson's Progressive Muscular Relaxation in Hypertension. Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy.Vol. 7, No. 3
- Vipassana Meditation. https://www.dhamma.org/en/index
- Volkan, V. (1995) The Infantile Psychotic Self and its Fates. Understandinf and Treating Schizophrenics and Other Difficult Patients. London: Jason Aronson.

4. poglavlje

Ishodi kriznih intervencija kod medicinskog osoblja

Špiro Janović

Izloženost traumatskom stresu kod zdravstvenih radnika posljedica je prirode posla, prvenstveno radi svjedočenja ozbiljnim ozljedama, smrti ili prijetnjama tjelesnom integritetu bolesnika, a ponekad i potencijalno ugrožavajućih situacija po sebe. Stoga je izloženost stresu i stresna reakcija jednaka onoj kao kod ostalih traumi izloženih skupina, poput policije ili vojske. Iako se neposredni psihološki odgovor na traumatsko iskustvo može ublažiti edukacijom ili simulacijom u kontroliranim uvjetima (trening ili ponovljena izlaganja tijekom godina rada), učinak traume ne nestaje, već se kumulira. Nedvojbeno je da su zdravstveni djelatnici izloženi povećanom riziku od visoke razine stresa, tjeskobe, depresije, izgaranja, posttraumatskog poremećaja i ovisnosti, što za njih ima dugoročne nepovoljne psihološke i zdravstvene posljedice. Zaštita zdravstvenih radnika treba biti važna sastavnica javnozdravstvenih mjera pri svakodnevnom radu, a naročito u situaciji većih zdravstvenih kriza (El-Hage i sur. 2020)
Simptomi psihičkih smetnji obično uključuju stres, anksioznost, depresiju, kognitivne i socijalne probleme, koji imaju direktan utjecaj na radno, socijalno i obiteljsko funkcioniranje.
Nedostaju egzaktni dokazi iz studija provedenih tijekom ili nakon zdravstvenih kriza koji bi mogli poslužiti za odabir intervencija koje su korisne za povećanje otpornost i zaštitu mentalnog zdravlja medicinskih djelatnika.

Svjedočenje smrti u bolnici jedan je od najvećih uzroka stresa medicinskog osoblja. Freud je još 1949. pisao o melankoliji nakon

smrti nekoga bliskog; Bowlby je 1980. ukazao na teoriju vezanosti i raspravljao o pojmu anksioznosti pri razdvajanju kada osoba umre. Kenneth Doka je 1987. ukazao na utjecaj tuge radi smrti u netradicionalnim vezama, poput one između medicinskih djelatnika i pacijenata koji umiru. Doka je ovaj koncept nazvao obespravljenom tugom, koju je definirao kao tugu koju je doživio pojedinac, ali koja nije otvoreno priznata, društveno potvrđena te pojedinac smatra da nije prihvatljivo izraziti vlastiti emocionalni odgovor na smrt pacijenta u radnom okruženju. Osoblje, a naročito kada je izloženo brojnim smrtima ili smrtima djece, smatra se da postupno gubi sposobnost pružanja jednake razine suosjećanja prema pacijentima i njihovim obiteljima u odnosu na period prije smrtnih događaja (Wilson J. i sur. 2020, Pollock A. i sur. 2020).

Situacija u kojoj zdravstveni djelatnici nisu u potpunosti svjesni što im je potrebno za provođenje svojih obaveza, nedostatak opreme, vremena, broja osoblja ili vještina potrebnih za intervenciju, čimbenik je rizika za razvoj mentalnih problema. Od znatne važnosti za adekvatno obavljanje posla su tri čimbenika: prilagodba lokalnim potrebama, učinkovita komunikacija (formalna i neposredna) te pozitivno, sigurno i podražavajuće okruženje za djelatnike (Bryant RA i sur. 2006).

Studija doživljaja anksioznosti kod bolničkih liječnika i liječnika u primarnoj zaštiti pokazala je porast anksioznosti u obje grupe, pri čemu sve one pokazuju statistički značajne razlike. U skupini liječnika primarne zaštite bilo je većih simptoma anksioznosti nego u skupini s bolničkih liječnika (32% nasuprot 18%).

Većina podataka o psihosocijalnim posljedicama traume na medicinsko osoblje temelji se na malim studijama o diskretnim traumatskim događajima, te je teško je na osnovu tih podataka ekstrapolirati moguće posljedice velikih prirodnih katastrofa. (Kessler RC. i sur. 1995).
Površni je dojam da je medicinsko osoblje otpornije na stres. Dio objašnjenja je postojanje „crne brojke“ radi toga što mnogi pojedinci traže liječenje van-institucionalno radi izbjegavanja potencijalne

stigme ili negativnog utjecaja na karijeru. Dodatni problem javlja se kada medicinski djelatnik odluči da ne želi opteretiti obitelj pričama o traumatskim događanjima na poslu. Navedeno, iako razumljivo, eliminira socijalnu podršku kao važan čimbenik u prevladavanju stresa.

Poremećaji uzrokovani stresom

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) može razviti nakon izlaganja zastrašujućim događajima. Traumatični događaji koji mogu pokrenuti PTSP uključuju nasilne osobne napade, prirodne ili ljudske katastrofe, poput terorističkih napada, nesreća s motornim vozilima, silovanja, fizičkog i seksualnog zlostavljanja i drugih zločina ili vojne borbe.
Oni koji pate od PTSP-a mogu imati problema s funkcioniranjem na poslu ili u osobnim odnosima. PTSP je interakcija između subjekta, traumatskog utjecaja i društvenog konteksta.
Dodatni faktori rizika za razvoj PTSP-a uključuju mlađu dob u vrijeme traume, ženski spol, niži socijalni ekonomski status, nedostatak socijalne podrške, premorbidne osobine ličnosti i postojeće anksioznosti ili depresivnih poremećaja
Istraživanja su pokazala da i gledanje strašnih događaja na televiziji može biti traumatično za neke osobe, posebno za one koje su već imale mentalnih ili tjelesnih poteškoća ili su imale prethodnu izloženost traumi.
Osobe koje su pokazale akutni stresni poremećaje često naknadno razviju PTSP, ali osoba može razviti PTSP bez da u početku pokaže akutni stresni poremećaj.
PTSP složeno je stanje koje zahvaća sva područja ljudskog funkcioniranja. Pojavnost i intenzitet i tijek poremećaja nisu obilježeni samo vrstom i snagom stresora već i individualnim značajkama pogođene osobe te kvalitetom obiteljske i socijalne podrške za vrijeme oporavka koji može trajati godinama. Složenost psihobiološkog učinka etioloških čimbenika utječe na kliničku prezentaciju smetnji, izbor terapije i ishod liječenja. S vremenom, često se opaža i promjena u vrsti i intenzitetu vodećih simptoma, koja traži promjenu i prilagodbu terapijskog pristupa. Dijagnostiku dodatno otežava činjenica da se

kronični PTSP može se manifestirati u različitim kliničkim oblicima. Često se drugi komorbidni poremećaji mogu javiti prije nego što je pojavi klinička slika PTSP-a, npr. depresivni simptomi. Nijedna neurobiološka studija još nije pronašla biološki marker, koji bi jasno i precizno dijagnosticirao posttraumatski stresni poremećaj. Osim osnovnih psihofarmakoloških i psihoterapijskih i socioterapijskih tehnika, može se djelovati i na pristup okoline osobi sa simptomima. Osim profesionalnih, u tom su pristupu važni obitelj, zajednica i društvo. Istraživanja pokazuju različito vrijeme trajanja smetnji i njihove posljedice na funkcioniranje i oporavak. PTSP može trajati od nekoliko mjeseci do godinu dana, ali i desetljećima nakon traumatskog događaja, što ovisi vrsti traume i osobinama traumatizirane osobe. Za osnovne simptome navodi se trajanje od 5 do 7 godina nakon pojave uzrokovane stresnim događajem, a smetnje u kroničnom obliku mogu trajati desetljećima. Dodatni problem predstavlja i česta pojava komorbiditeta tjelesnih i psihičkih bolesti koja dodatno opterećuje kliničku sliku osnovnog poremećaja. Cilj liječenja PTSP-a uvijek je oporavak i povratak zadovoljavajuće kvalitete života osobe koja je doživjela stresni događaj i njegov psiho-bio-socijalni učinak. Tijek poremećaja i liječenje može biti komplicirano i dugotrajno, ali ohrabruje mogućnost rada i razvoja sposobnosti i funkcionalnosti u osoba s PTSP-om i u kronificiranoj formi.

Neliječeni PTSP, neovisno o uzroku vjerojatno neće nestati i može pridonijeti kroničnoj boli, depresiji, zlouporabi droga i alkohola te problemima sa spavanjem koji ometaju čovjekovu sposobnost rada i interakcije s drugima. Prema „The National Comorbidity Survey“ medijan trajanja PTSP je između 3 godina u liječenih ispitanika i 5 godina u neliječenih ispitanika. (Power MJ i sur. 1997).

Kronični PTSP dublji je proces, oštećuje ličnost, razvija kronično nametajuće ili izbjegavajuće ponašanje, opću pobuđenost i teži k bespomoćnosti i depresiji.

Važna su društvena međudjelovanja, tjelesne i psihosomatske bolesti, premorbidna ličnost i radna demotivacija s maladaptacijskim osobinama (sekundarna i tercijarna dobit) zbog čega intenzitet kliničke slike često nije u suodnosu s jačinom traumatskog iskustva.

Posttraumatski rast

Često se spominje poslovica „Što te ne ubije, to te čini jačim“. Ukazuje na to da osobu traumatsko iskustvo čini na neki način bogatijom, zrelijim. Ova rečenica ukazuje na samozavaravanje koje se može dogoditi nakon traume. Poznato je da prevladavanje traumatičnih iskustava često aktivira procese poput poricanja, izbjegavanja, maštanja i iskrivljenja realiteta (Power MJ i sur. 1997). Mada vezana uz rudimentarne mehanizme obrane, ova negativna strana prevladavanja traume još uvijek je nedovoljno proučena.
Tedeschi i Calhoun su 1995. opisali su posttraumatski model rasta koji se sastojao od četiri razine: početni odgovor na traumu, sekundarni odgovor, početni psihološki razvoj i uspjeh u suočavanju sa traumom, te daljnji razvoj i mudrost. (Greene T i sur. 2021).
Stoga se smatra da posttraumatski rast ima konstruktivnu stranu, kako to vide Tedeschi i Calhoun, ali i samoobmanjujuću, iluzornu stranu. Konstruktivna strana mogla bi biti izravna, dovesti se u sklad s funkcionalnom prilagodbom ili funkcionalnim kognitivnim restrukturiranjem, dok bi samozavaravajuća strana mogla biti povezana s poricanjem, izbjegavanjem, maštanjem, samokonsolidacijom ili palijacijom.
Ove su činjenice pokazatelj postojanja dvokomponentnog modela posttraumatskog razvoja, jer predstavljaju posve različite psihološke strategije i ne doimaju se međusobno povezane.

Istraživanja stresa u medicinskog osoblja tijekom pandemije COVID-19

Studije su pokazale da je profesionalna aktivnost medicinskog osoblja tijekom epidemija i pandemija povezana s pojavom anksioznosti, depresije, PTSP-a, i drugih poremećaja mentalnog zdravlja. U studiji Green i suradnika koja je promatrala medicinsko osoblje u Engleskoj tijekom epidemije Covid 19 gotovo 58% ispitanika ispunilo je prag za klinički značajan poremećaj (PTSP = 22%; anksioznost = 47%; depresija = 47%), a razine simptoma bile su visoke (Preti i sur. 2020).

Studija utjecaja pandemije Preti i suradnika je pokazala da između 11 i 73,4% zdravstvenih radnika, uglavnom liječnika, medicinskih sestara i pomoćnog osoblje, opisuje posttraumatske simptome stresa tijekom izbijanja pandemije, a simptomi su trajali nakon 1-3 godine u 10-40% slučajeva. Simptomi depresije zabilježeni su u 27,5–50,7%, simptomi nesanice u 34–36,1% i teški simptomi anksioznosti u 45%. Općeniti psihički simptomi tijekom izbijanja bolesti prema navedenoj studiji imaju raspon između 17,3 i 75,3%; visoka razina stresa u vezi s radom zabilježena je u 18,1 do 80,1%. (Londoño-Ramírez AC i sur. 2021). Čimbenici povezani s prevalencijom simptoma anksioznosti bili su percepcija prijetnje, zaštita, upravljanje, preopterećenje njegovatelja i percipirani stupanj prijetnje povezan s COVID-19.

Smjernice za liječenje Međunarodnog društva za studije traumatskog stresa (International Society for Traumatic Stress Studies - ISTSS) ukazuju da na psihološko stanje medicinskih djelatnika izloženih situacijama poput pandemije utječu percipirani stres, strah od mogućnosti vlastite zaraza, pregorijevanje (burnout), različiti rizični i zaštitni čimbenici. Rizični i zaštitni čimbenici uključuju: sociodemografske čimbenike poput spola, dobi, bračnog roditeljskog statusa i obrazovanje. (Maunder RG i sur. 2006). Važna je uloga osobnih čimbenika kao što su osobnost, strategije suočavanja sa stresom. Unatoč brojnim studijama utjecaja svih navedenih čimbenika, rezultati su često različiti.

Osoblje u kontaktu sa zaraznim osobama češće će javljati iscrpljenost, anksioznost u radu s zaraznim i febrilnim pacijentima, razdražljivost, nesanicu, lošu koncentraciju i neodlučnost, pogoršanje radnog učinka i nevoljkost za rad. Izloženost takvom kumulativnom stresu jasan je prediktor simptoma razvoja sindroma izgaranja, ali i mogućeg post-traumatskog stresa kod zaposlenika bolnice čak do 3 godine nakon inicijalnog događaja.

Zdravstveni djelatnici, koji su bili u karanteni, imali su teže simptome post-traumatskog stresa od onih široke javnosti koji su bili u karanteni. Prijavljivali su znatno više bijesa, neugodnosti, straha, frustracije, krivnje, bespomoćnosti, izolacije, usamljenosti, nervoze, tuge, zabrinutosti i bili su manje sretni.

Uz zabrinutost za osobnu sigurnost, zdravstveni djelatnici zabrinuti su za prijenos infekcije svojim obiteljima. Liječnici i medicinske sestre isto

brinu o starijim roditeljima ili maloj djeci, na njih utječe zatvaranje škola, politika socijalnog distanciranja i poremećaj u dostupnosti hrane i drugih potrepština. Dugoročne su promjene u ponašanju nakon karantenskog razdoblja, kao što su kompulzivno pranje ruku i izbjegavanje gužvi, a za neke je povratak normalnosti kasnio i za više mjeseci.
U godinama koje slijede epidemiju medicinsko osoblje nalikuje veteranima rata. Često se osjeća neshvaćeno, nedovoljno kompenzirano i izdano.
Kako smanjiti negativni utjecaj stresa na psihičko zdravlje zdravstvenih djelatnika

Kada ljudi dožive traumu ili neuspjeh, reagiraju kognitivnim prilagodbenim naporima koji im mogu omogućiti povratak ili premašivanje svog prethodnog oblika samo-percepcije i shvaćanja okoline.
Izloženost radnim okruženjima visokog intenziteta i visokog rizika (poput jedinica za intenzivnu njegu i hitne službe) i izravna izloženost pacijentima nisu bile primarne odrednice nepovoljnih psiholoških ishoda. Ovi se trendovi mogu objasniti otpornošću zdravstvenih radnika koji odaberu ovu vrstu posla i u skladu su s nalazima da je dulje radno iskustvo bilo zaštitno.
Također, doživljaj adekvatnosti prethodne edukacije, moralna podrška okoline i dostatna zaštita (adekvatan prostor i osobna sredstva zaštite) bili su povezani s boljim ishodom što ukazuje na korist prethodnog planiranje i priprema prije izbijanja većih kriznih situacija.
I angažiranje medicinskog osoblja u zajedničkom planiranju odgovora na krizu može poboljšati suočavanje kroz rješavanje problema i međusobnu podršku.
Razne psihološke intervencije mogu pomoći u sprečavanju ovih dugoročnih, kroničnih psiholoških posljedica.

Uočeno je da su liječnici manje psihološki pogođeni od medicinskih sestara kad se suoče s pojačanim stresom na radnom mjestu bilo da se radi o prirodnim nesrećama, ratnim zbivanjima ili pandemijama. Navedeno može biti posljedica toga je drugo osoblje, poglavito medicinske sestre, u dužem kontaktu s pojedinim pacijentima.

Također, liječnici bi mogli biti zaštićeniji od ovakvih negativnih ishoda kao rezultat bolje i duže edukacije, bolje organizacija rada, većeg povjerenje u zaštitne mjere, ali i veće organizacijske podrške.

Programi podrške trebaju biti dugoročniji da bi se riješili rezidualni učinci nakon kriznih događanja. Programi usmjereni ka zdravom načinu života, prehrani, vježbanju i odvikavanju od pušenja mogu biti važni i nakon kriznih događanja.

Radi sprečavanja posljedica potrebno je unaprijed voditi računa o pojedinačnim osobnim čimbenicima (npr. prethodnim psihičkim poteškoćama i bolestima djelatnika ili iskazanim poteškoćama u strategijama suočavanja sa stresom na radnom mjestu).

Programi osposobljavanja vezani za suočavanje sa stresom i povećanjem otpornosti (rezilijencija) trebali bi biti redoviti dio programa obuke i cjeloživotnog učenja medicinskog osoblja. Posebna edukacija i obuka vezana uz rad tijekom katastrofa trebala bi poboljšati povjerenje medicinskih djelatnika u njihovu sposobnost da savladaju takve zadatke.
Podrška kroz obrazovanje o mentalnom zdravlju, psihološko savjetovanja i sustavi za podršku samopomoći trebaju biti razvijeni i lako dostupni.

Krizne intervencije trebaju bi biti jednostavne, kratke, praktične, dostupne, neposredne i utemeljene na dokazima. Trebaju koristiti prisutnu otpornost (rezilijenciju) medicinskih radnika za postizanje što boljeg oporavka. Prije, za vrijeme i nakon krize treba procijenili mentalne i bihevioralne potrebe, identificirali skupine s visokim rizikom, identificirati potrebne resurse i pomoći liderima u provođenju programa.

Često korištena tehnika krizne intervencije u pristupu medicinskom osoblju je „Kritično izvještavanje o stresnom incidentu“ (*Critical Incident Stress Debriefing*). Uobičajeno se sastoji od sedam faza: uvod, činjenice, razmišljanja i dojmovi, emocionalne reakcije, normalizacija, planiranje budućnost i razdvajanje.

Debrifing uključuje vrstu strukturirane intervencija s ciljem pomoći u psihološkoj obradi i razumijevanju traumatičnog događaja u smislu preventivne intervencije prema novim studijama može imati negativan efekt. Debrifing treba biti samo dio širih aktivnosti vezanih uz neutraliziranje utjecaja traume koje uključuju pretkriznu pripremu, demobilizaciju i debrifing, individualne krizne intervencije, obiteljske krizne intervencije, konzultacije vezane uz organizaciju službe, individualno praćenje i procjenu, savjetovanje te, ako je potrebno, i psihijatrijsko liječenje. Postoje dokazi da je psihoterapija usmjerena na traumu također učinkovita. Najveći broj dokaza podržava kognitivno bihevioralnu terapiju i EMDR tehniku.

Primarni principi intervencije u krizama su:

- Neposrednost: U akutnoj i/ili izvanrednoj situaciji potrebna je hitna i učinkovita intervenciju.
- Kratkoća: Intervencije moraju biti kratke i učinkovite.
- Jednostavnost i praktičnost: Složeni procesi nisu učinkoviti u kriznim trenutcima.
- Kreativnost: Svaka kriza je drukčija. Inovacija i improvizacije moraju biti dio spremnosti u kriznim intervencijama.
- Ispunjenje očekivanja: Pružatelj usluga krizne intervencije trebao bi uliti osjećaj nade i pružiti u realitetu utemeljeno ohrabrenje i pomoć žrtvama.

U razrješenju akutne psihotraume važna su tri aspekta: značenje događaja/traume za osobu, individualne vješti-ne svladavanja i socijalna potpora. Stresna će se situacija znatno konstruktivnije riješiti ako postoji realistično shvaćanje i odnos prema stresoru, uz adekvatne mehanizme svladavanja i suočavanja s traumom te socijalnu potporu. U terapijskom procesu prorade traume potrebno je obuhvatiti sva tri aspekta.
Vještine savladavanja (*coping*) primarno se odnose na uobičajene vještine svladavanja i rješavanja problema u svakodnevnom životu. Ljudi na različite načine rješavaju životne probleme s kojima su suočeni. Postoje tri glavna tipa odnosa prema problemima: 1. aktivni,

fokusiran na problem, 2. pasivni, fokusiran na problem, 3. pasivni izbjegavajući.
Izbjegavajuće ponašanje može imati i destruktivne elemente, npr. zloporaba alkohola i droga. Usmjerivanje osobe u krizi na aktivniji pristup rješavanju problema ima najbolji ishod. Socijalna potpora je sljedeći važan aspekt razrješavanja kriznog stanja jer osobi pruža zaštitu i okvir za oporavak, liječenje i rješavanje problema. Društvo ima i sljedeću važnu ulogu u priznavanju i poštovanju osobe koje je doživjela traumu. Uvažavajući i podržavajući odnos društva prema osobi koja je doživjela traumu važan je u rehabilitaciji nakon traumatskog događaja, što je bitno i u individualnim i u masovnim traumama.

Značajke radnog mjesta također su proučavane radi utvrđivanja moguće povezanosti s ishodima mentalnog zdravlja. Edukacija, godine profesionalnog iskustva, rad u visoko rizičnim jedinicama, izravan kontakt s pacijentima, izolacija, zaraza, povjerenje u opreme i zaštitne mjera, doživljaj organizacijske podrške, primjerenosti treninga, i povjerenje u informacije povezane s bolestima. Razina izloženosti riziku utječe na psihološke ishode. Zdravstveni djelatnici u jedinicama intenzivne skrbi pokazali su teže poremećaje mentalnog zdravlja u usporedbi s zdravstvenim objektivno izloženim nižem riziku.

Zdravstveni djelatnici, za razliku od aparata, ne mogu se hitno proizvoditi ili stalno funkcionirati na 100% razini. Oni nisu samo stručnjaci, već i osobe. Pri planiranju odgovora na velike zdravstvene krize moraju se uzeti u obzir i druge praktične mjere, uključujući otkazivanje nebitnih zadataka koji troše resurse, pružanje hrane, odmora i podrške.

Literatura

- Bryant RA. Recovery after the tsunami: timeline for rehabilitation. J Clin Psychiatry. 2006;67 Suppl 2:50-5.
- El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, Etain B, Paquet C, Gohier B, Bennabi D, Birmes P, Sauvaget A, Fakra E, Prieto N, Bulteau S, Vidailhet P, Camus V, Leboyer M, Krebs MO, Aouizerate B. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?]. Encephale. 2020;46(3S):73-80.
- https://istss.org/clinical-resources/treating-trauma/international-practice-guidelines-for-post-trauma
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995; 52:1048-1060
- Londoño-Ramírez AC, García-Pla S, Bernabeu-Juan P, Pérez-Martínez E, Rodríguez-Marín J, van-der Hofstadt-Román CJ. Impact of COVID-19 on the Anxiety Perceived by Healthcare Professionals: Differences between Primary Care and Hospital Care. Int J Environ Res Public Health 2021; 22;18(6):3277.
- Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, Fernandes CM, Goldbloom DS, Gupta M, Hunter JJ, McGillis Hall L, Nagle LM, Pain C, Peczeniuk SS, Raymond G, Read N, Rourke SB, Steinberg RJ, Stewart TE, VanDeVelde-Coke S, Veldhorst GG, Wasylenki DA. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. Emerg Infect Dis. 2006;12(12):1924-32.
- Mosheva M, Gross R, Hertz-Palmor N, Hasson-Ohayon I, Kaplan R, Cleper R, Kreiss Y, Gothelf D, Pessach IM. The association between witnessing patient death and mental health outcomes in frontline COVID-19 healthcare workers. Depress Anxiety. 2021;38(4):468-479. doi: 10.1002/da.23140. Epub 2021 Feb 5.
- Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cowie J, Davis B, McCallum J, McGill K, Elders A, Hagen S, McClurg D, Torrens C, Maxwell M. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Nov 5;11.
- Power, M. J., & Brewin, C. R. (Eds.). (1997). The transformation of meaning in psychological therapies: Integrating theory and practice. John Wiley & Sons Inc.
- Preti E, Di Mattei V, Perego G, Ferrari F, Mazzetti M, Taranto P, Calati R. The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: Rapid review of the evidence. Current Psychiatry Reports 2020; 22(8), 1–22.
- Talya Greene, Jasmine Harju-Seppänen, Mariam Adeniji, Charlotte Steel, Nick Grey, Chris R. Brewin, Michael A. Bloomfield & Jo Billings (2021) Predictors and rates of PTSD, depression and anxiety in UK frontline health

and social care workers during COVID-19, European Journal of Psychotraumatology, 12:1.

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering. Sage Publications, Inc.
- Wilson J, Kirshbaum MN. Effects of patient death on nursing staff: A literature review May 2011British journal of nursing (Mark Allen Publishing) 20(9):559-63.

5. poglavlje

Stres djeteta iz pozicije dječjeg i adolescentnog psihijatra

Ivan Begovac

Uvodni aspekti

U svakodnevnom radu s djecom i roditeljima u konceptualiziranju stresa dječji i adolescentni psihijatri mogu pristupiti na mnogo načina. Ovaj tekst ne tendira da bude sveobuhvatni pregled, nego će se prikloniti pojedinim pitanjima koja se autoru ovog članka nameću, a s obzirom na zadanu temu. U ovom tekstu je više pažnje posvećeno pogledu na razvoj kod djeteta/adolescenta, te moguće otklone. Poznavanje razvojnih mogućnosti se čini uvijek važno. U završnom dijelu teksta će se elaborirati nekoliko misli o specifičnoj ulozi dječjeg psihijatra kod stresa.

Narativnost

U svakodnevnoj dijagnostičkoj praksi se može služiti različitim pristupima dijagnostici u dječjoj i adolescentnoj dobi. S jedne strane, mogu postojati biomedicinski modeli, koji nam također mogu biti važni, mogu biti važni također važni modeli perspektiva, kao i modeli dimenzija, te konačno jednostavni narativni modeli, ili modeli životne priče (Begovac, 2021/a/; Henderson i Martin, 2018).

Narativni modeli jednostavno dozvoljavaju kliničaru da se prepusti scenariju, kreaciji kojeg pacijent (samo dijete ili i dijete i roditelj) verbalno i neverbalno kreira. Drugi autori bi govorili o suptilnom čekanju, promatranju, vlastitoj analizi osjećaja, te potragu za daljnjim otkrivanjem značenja. Ovdje treba imati također jednu vlastitu ravnotežu u pristupu, vlastitu educiranost i uvid u vlastitu psihu, te

iskustvo koje se stječe godinama. To može biti nekada važan balans u odnosu na faktično ili strukturirano uzimanje podataka. Dakle, s jedne strane opuštenost, ali opet s druge strane i zamjećivanje suptilnih znakova i osjećajnih strujanja. Drugi autori bi ovdje govorili o kontratransferu ili rezonanciji terapeuta.

Klinički primjeri narativnog pristupa mogu biti nebrojeni. Tako jedna jedanaestogodišnja djevojka nakon ozbiljne anorektične i restriktivne epizode koja je morala biti stacionarno pedijatrijski liječena sada, nakon odmaka od nekog vremena, govori jasnije svoj trenutni životni scenarij. Govori o sredini u kojoj živi, kućne ljubimce s kojima je povezana, crta tijekom seanse tri lijepo obojene ruže, s oštrim konturama, koje se onda komentiraju u seansi, govori o svojem odnosu prema svojoj braći, jer je ona jedina sestra, itd. Dolazeći na temu restrikcije hrane, ona zasuzi, i teško joj je uopće dalje pričati o tome. Terapeut to verbalno naglašava, te se daje mali odmak od te teme. Naracija se nastavlja u ovoj seansi i konačno mikroprocesno gledano završava u predominatno pozitivnom tonu.

Razvojna perspektiva

U promatranju djeteta, kao i njegovog većeg sustava, roditelja, obitelji i šire socijalne sredine, osobito nam je važna razvojna perspektiva. Međutim, što bi to značilo u uobičajenoj praksi.

Svi priznatiji internacionalni autori u području razvojne psihologije i razvojne psihopatologije se slažu da je razvoj djeteta skokovit, u njegovoj slojevitosti dakle postoje kvalitetno važni razvojni skokovi. Autori u literaturi to nazivaju različitim imenima: razvojne faze djeteta, razvojne zadaće, razvojne funkcije, razvojne linije itd., međutim to se odnosi na slične koncepte. Druga podjela ovih kvalitativnih pomaka bi mogla biti na one **emocionalne** (obično su svjesni, ali i često su nesvjesni) i one **kognitivne** (najčešće je svjesna komponenta, koja se manifestira verbalizacijom ili se opservira ponašanjem).

Emocionalno važne komponente bi mogli biti različiti osjećaji, kao i nagonske konstelacije koje se nalaze u pozadini ovih osjećaja. U

fetalnom i dojenačkom razdoblju tako možemo pretpostaviti procese senzoričkog razvoja (intenzivan razvoj senzorike i osjećajnog života), fazu individuacije (faza psihološke svijesti o sebi, ili osjećaj stalnosti doživljaja sebe), te fazu autonomije, što sve dovodi do stalnosti objekta oko treće godine života djeteta. Analogno ovim prije opisanim stupnjevima kognitivno se dijete nalazi u senzomotornom razvoju, kada se naglo razvija senzorika, osjećajna stanja, posljedična motorika, te nagla interakcija s njegovateljem u okolini. U **preedipskom i edipskom razdoblju** dolazi do cvjetanja fantazije, kao i bujanja seksualnih i osjećajnih veza. Najvažnija zadaća ovih faza je očuvanje incestnog tabua, kao i održavanje granica između generacija u pojedinim obiteljima, što se čini kulturološki prihvaćeno u svim kulturama (poticanje egzogamije). Dolazi do snažnog intenziviranja socijalizacije, a ljudski odnosi više nisu samo dijadni, već i trijadni i trijangularni. Kognitivno se ova faza naziva preoperacijskom fazom, a koju obilježava izrazita fantazija djeteta, egocentričnost, magično mišljenje, te simbolizacija koja se posebno očituje u razvoju jezika i govora. Ovdje također definiramo početak razvoja teorije uma, kada dijete sve više shvaća da i druge osobe imaju vlastite misli i osjećaje. U **razdoblju školskog djeteta,** odnosno polaskom djeteta u školu se emocionalno zrcale konflikti inicijative djeteta vs. inferiornosti, odnosno upućenost u vanjski socijalni svijet. U toj fazi se kognitivno može reći da postoji faza konkretnih operacija, mišljenje je sve sofisticiranije, i sve više dolazi do naznaka kauzaliteta, mada je još orijentacija na konkretno. U razdoblju **puberteta i adolescencije** dolazi emocionalno do različitih reorganizacija, do intenzivnih osjećaja, kao i do stvaranja kakvog takvog koherentnog osjećaja sebe. U ovoj fazi se kognitivno nalazi faza formalnih operacija, odnosno konačno dolazi do faze apstraktnog mišljenja, odnosno do boljeg shvaćanja kauzaliteta i međusobnih socijalnih odnosa (Begovac, 2021/b/; Begovac, 2021/c/).

Što bi ove razvojne faze prije opisane značile u konkretnom kliničkom pristupu? Npr. nekakva mikrotrauma iz okoliša, stres, pojačani zahtjev okoline, ili suptilno nerazumijevanje djeteta od njegovih njegovatelja u edipskoj fazi može lako dovesti dijete u fazu pridavanja sebi intenzivnih osjećaja krivnje, a što se kognitivno povezuje s magičnim i

egocentričnim mišljenje. Ili drugi primjer. Djevojka u adolescenciji nakon doživljenog zemljotresa intenzivno dugotrajno ima simptome anksioznosti, nesanice, zakazivanja u socijalnim odnosima, a što je kliničar također povezao s njezinom fazom adolescencije, kada je posebno osjetljiva na cjeloviti psihološki doživljaj sebe.

Intrapsihičko vs. interpersonalno

Slično kao kod razvojnih pitanja, gdje postoji ispreplitanje neposrednog iskustva djeteta i njegovog unutarnjeg psihičkog života, tako postoji stalno ispreplitanje intrapsihičkog i interpersonalnog (Buergin, 1993). Pod intrapsihičkim se najčešće kod psihoanalize navode pojedine instance ličnosti, ili doživljaj selfa, reprezentance pojedine osobe, struktura ličnosti, dominanti konflikti, dok se u općoj psihologiji mogu nalaziti termini konstitucije, temperamenta, karaktera, crte ličnosti itd.

Interpersonalni aspekti se često u literaturi opisuju kao model interakcije, socijalne interakcije, te su uključeni razni dijadni, trijadni i polidijadni odnosi. Osnovna premisa kod psihodinamskih autora je da iza ove manifestne interakcije postoje različiti intrapsihički razlozi individue (fantazije, reprezentacije, osjećaji, misli itd.). Ulaženjem u svijet socijalnih odnosa trijangularizacijom u edipskoj fazi sve se više usložnjavaju međusobne socijalne interakcije. Odrastanjem u zajedništvu i posvećenošću s drugim osobama stvaraju se i dinamički odnosi koji su karakteristični za dinamiku grupe ili teoriju sistema. Često je naglasak u ovoj domeni kod fenomena povezanih sa stresom, te poremećenih socijalnih odnosa.

Struktura ličnosti vs. dominantni psihički konflikti

Što se tiče razlike između strukture ličnosti i pojedinih intrapsihičkih konflikata, ovdje u literaturi postoje vrijedne reference kako ih razlikovati (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016). Možda najplastičnija slika jest da je struktura ličnosti „bina ili pozornica“, ono što čini pozornicu, dok su pojedini konflikti pojedini glumci na toj pozornici koji imaju

različite uloge. Koncept strukture ličnosti ujedinjuje koncepte self psihologije, te teorije objektnih odnosa, koji se događaju putem iskustava interakcije. Taj koncept je međutim kompatibilan i sa istraživanjima dojenčadi, privrženosti, emocija itd. Njemački autori (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016) navode četiri dimenzije strukture ličnosti: regulatorne funkcije, identitet, interpersonalnost, kao i privrženost u intrapsihičkom smislu (pristup reprezentacijama privrženosti /internalizacije/; sigurna unutarnja baza, sposobnost da se bude sam, korištenje privrženošću u relacijama). Primjer dobro strukturirane ličnosti je mogućnost simbolizacije, mogućnost kreativnosti, anticipacije anksioznosti, signalna anksioznost itd. Ili kako to jedna adolescentica navodi na terapiji: „… Doktore, da taj put je tako ispalo. Ja se previše približim nekim osobama, i ne mogu se dovoljno odvojiti od njih, te onda poslije naglo s njima prekinem…“

Nisko strukturirana ličnost se manifestira preplavljujućom anksioznosti, konkretizmom, neposrednim zadovoljavanjem svojih potreba, narcističnim aspektom, agresivnim ispadima, bez mogućnosti tolerancije frustracije itd. Ili kako to jedna adolescentica navodi: “….Ne znam zašto mi dolaze ovi napadaji panike, oni jednostavno tako dođu od sebe…Roditelji me ne mogu razumjeti u kojoj sam situaciji…“.

Posebna umjetnost psihodinamskih kliničara je procjena nivoa strukture ličnosti i pojedinih prisutnih emocionalnih konflikata. Što je niže strukturirana ličnost, to više je simptomatologija polimorfnija, odnosno teže se mogu elaborirati pojedinih konflikti, mada oni svejedno postoje. Što je više strukturirana ličnost to više je simptomatologija bogatija fantazijom, jasnija i obilježena mogućnošću komentiranja ili reagiranja. Ponekad će se kod pojedinog djeteta i adolescenta nalaziti pojedini niži konflikti: konflikt individuacije ili privrženosti; konflikt kontrole; narcistički konflikti: samozbrinjavanje, samopoštovanje; ili razvijeniji i „viši“ konflikti: edipski itd. Ili kako jedna adolescentica navodi:…“Zašto je doktore moje samopoštovanje toliko loše? Stalno strepim kako će me drugi ocijeniti, i stalno imam potrebu da se uspoređujem s drugim vršnjakinjama, one su tako lijepe i pametne…“ Kako je prikazano, ovdje se radi o dominantno narcističkom konfliktu samopoštovanja.

Sukladno saznanjima o strukturi ličnosti i dominantnim konfliktima to jasnije upućuje i na moguće mehanizme obrane i coping vještine (vještine suočavanja) koje su poznate iz kognitivne psihologije. Ako se radi o niže strukturiranoj ličnosti dominirat će rascjep, odnosno izvedenice ovog mehanizma (disocijacija, djelomično poricanje itd.), dok će se posljedično kod bolje strukturirane ličnosti koristiti napredniji mehanizam obrane u smislu potiskivanja (rad dinamičkog nevjesnog koji se drži u nesvjesnom).

Uloga i rad s roditeljima

Kako je već u ovom tekstu već bilo natuknuto, uloga dijadnih, trijadnih, trijangularnih i polidijadnih odnosa je u razvoju također vrlo bitno. To se većinom odvija u okrilju sigurnosti, topline, ali također i s određenim vidom strukturiranosti što daje jednu koheziju odnosa. Danas se sve više naglašavaju interaktivni ili interakcionistički modeli ponašanja ili razvoja djeteta/ adolescenta, a što uključuje međuigru i izmjenu između djeteta i skrbnika (Begovac i sur., 2021).

Nema danas stručnjaka koji dodatno ne naglašavaju na neki način dodatni rad s roditeljima. Raspon intervencija može biti u obliku savjetovanja, te različitim drugim intervencijama. Okvirno bi se intervencije mogle orijentirati na manje zahtjevne ciljeve, te na veće ciljeve. Manje zahtjevni ciljevi u radu s roditeljima bi se koristili kod roditelja vrlo opterećenih vlastitom psihopatologijom (roditelji s poremećajima ličnosti, roditelji s ovisnošću od supstanci itd.), na način direktnijih instrukcija od strane terapeuta. U slučaju više postavljenih ciljeva u terapiji s roditeljima veći je naglasak na zadobivanju veće senzitivnosti kod roditelja za razvoj i probleme djeteta, odnosno psihodinamski autori bi u tom smislu više naglašavali empatijske kapacitete roditelja. Cilj ovakvih intervencija bi bilo podupiranje roditeljstva, odnosno zadobivanje uloge roditelja u svojoj pravoj ulozi. U praktičnom smislu je najčešći model rada dječjeg psihijatra, kada individualno terapijski radi s djetetom/ adolescentom čuvajući povjerljivost terapije u ovom individualnom odnosu, dok se dodatno povremeno razgovara i radi s roditeljima pazeći na povjerljivi materijal koji je dobio od djeteta/adolescenta (omjer 4-5 individualnih razgovora s djetetom u odnosu na jedan razgovor s roditeljem). Povremeno će

se odvagnuti potreba za individualnom terapijom pojedinog roditelja (kod drugog terapeuta), ili će se odvagnuti potreba za eventualnom partnerskom ili obiteljskom terapijom. Međutim, u praksi su češće individualne terapije djece/adolescenata, u odnosu na eventualne obiteljske terapije. Kod obiteljskih terapija je potrebno se držati okvira terapije, da svi članovi obitelji budu prisutni na terapiji, što je često u praksi teško izvedivo.

Zaključni aspekti o radu dječjeg psihijatra

Svaki iskusniji dječji psihijatar sam uviđa potrebu radeći sa djecom i roditeljima da se educira dodatno iz neke psihoterapijske tehnike. Ovdje se misli na vlastiti rad na sebi, na osobno iskustvo, kao i na druge oblike edukacije: supervizije, te teorijsko znanje određenog pravca. Također je važan i osjećaj pripadanja nekoj profesionalnoj grupi. To nije lako integrirati uz svakodnevni rad s pacijentima, kao i uz privatni život koji je također važan. Vlastita edukacija učvršćuje vlastiti profesionalni, ali i osobni doživljaj sebe, i doprinosi razvoju ličnosti terapeuta. Često će dječji psihijatri morati integrirati u svoj rad neke pojedinosti rada s djecom/ adolescentima i roditeljima koje su prije bile navedene u tekstu, a morat će također koristiti i niz drugih čimbenika. Kontinuirano se usavršavajući, dječji psihijatri će lakše nadvladavati i pojedina stanja stresa, a kojima su kontinuirano izloženi.

Literatura

- Arbeitskreis OPD-KJ-2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. 2. izd. Bern: Hogrefe; 2016.
- Begovac I.(a) Dijagnostički proces, plan liječenja. U: Begovac I. (Ur.) *Dječja i adolescentna psihijatrija*. e-izdanje, Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet, 2021. Str. 182-189. [Online] Dostupno na: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:694914
- Begovac I.(b) Pregled razvoja djeteta – podjela prema dobi. U: Begovac I. (Ur.) *Dječja i adolescentna psihijatrija*. e-izdanje, Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet, 2021.Str.135-147. [Online] Dostupno na: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:694914
- Begovac I.(c) Trudnoća i prenatalni (fetalni) razvoj. U: Begovac I. (Ur.) *Dječja i adolescentna psihijatrija*. e-izdanje, Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet, 2021. Str. 41-55. [Online] Dostupno na: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:694914

- Begovac I, Majić G. Rogulj M. Dijagnostika obitelji. U: Begovac I. (Ur.) *Dječja i adolescentna psihijatrija*. e-izdanje, Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet, 2021. Str. 340-357. [Online] Dostupno na: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:694914
- Buergin D. Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer; 1993.
- Henderson SW, Martin A. Formulation and integration. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. Lewi's child and adolescent psychiatry. 5 izdanje. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 284-290.
- Volkmar FR, Martin A. Essentials of Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

6. poglavlje

Psihičko zdravlje liječnika u pandemiji i nakon potresa

Dražen Begić

Uvod

Psihičko zdravlje je posljedica djelovanja bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Ti čimbenici, oblikujući čovjekovo zdravlje (ne samo psihičko) i njegovo ponašanje, djeluju istodobno u dinamičnom međusobnom odnosu (Engel, 1977).

Taj je odnos isprepleten i složen, a jednim dijelom još i nepoznat. I kada se dogodi da dominiraju čimbenici iz jednog područja, oni iz drugog i trećeg područja, koliko god bili neprimjetni, djeluju i doprinose na različite načine. Oni mogu poboljšavati i štititi zdravlje, doprinoseći njegovoj punini i kvaliteti. Isto tako, oni mogu djelovati i na negativan način, izazivajući ili podržavajući psihičke smetnje. A ako su te smetnje duge, intenzivne i oštećuju funkcioniranje, dolazi do razvitka psihičkog poremećaja.

Čimbenika je puno, a njihov utjecaj može biti sinergijski (u smislu da dovode do istog rezultata i posljedica) ili se može dogoditi da oni djeluju u suprotnom smislu i s različitim učincima. Tako jedni mogu izazivati i pogoršavati simptome, a drugi mogu biti zaštita i smanjivati tegobe. Uvijek se događa i djelovanje jednog čimbenike ili više njih iz jedne skupine na čimbenike iz drugih skupina. Npr. neimaština i pad socioekonomskog funkcioniranja izazivaju stres koji se očituje kroz posljedice po tjelesno zdravlje i/ili psihološke reakcije. Ili obratno, tjelesna bolest izaziva smanjenu socijalnu i radnu funkcionalnost što izaziva depresivno raspoloženje. Ti su međuodnosi višesmjerni, dinamični i rezultiraju različitim ishodima, u smislu održavanja zdravlja ili njegovog pogoršanja.

Tijekom 2020. godine svijet je izložen (i to još traje) velikoj biološkoj ugrozi, pandemiji bolesti COVID-19. Radi se o bolesti koja je uzrokovana novim SARS-CoV-2 virusom. Posljedice (ili ono što se do sada vidi) djelovanja do sada nepoznatog virusa prisutne su svugdje: od oštećenja tjelesnog zdravlja, preko globalne promjene načina funkcioniranja (pojedinca, obitelji, grupe, društva u cjelini), do socijalnih, gospodarskih, političkih posljedica. Neizbježno je da su psihološke posljedice brojne, raznolike, različite težine i ishoda.

Brojne nepoznanice, vezane uz neizvjesnost i nepredvidivost u vezi širenja bolesti, njezinog trajanja i posljedica te (ne)pripremljenosti zdravstvenog sustava, dovode do povećanja straha i anksioznosti kod svih – od opće populacije, preko pripadnika ranjivih skupina do samih zdravstvenih djelatnika (Willan i sur., 2020).

Suočeni s ovakvom kritičnom situacijom, zdravstveni radnici koji su izravno uključeni u dijagnozu, liječenje i njegu bolesnika s COVID-19, ali posredno i oni koji nisu, u opasnosti su od razvoja psihičkih smetnji i simptoma različitih psihičkih poremećaja (Sjöberg i sur., 2000). Istraživanja pokazuju da se pojavljuju i suicidalne misli, namjere i pokušaji, ali i počinjena samoubojstva (Santos, 2020).

U istoj 2020. godini Hrvatsku su pogodila dva potresa (s epicentrima na maloj udaljenosti) koja su dodatno nanijeli veliku materijalnu štetu, ali i ljudske žrtve. Potres je traumatska situacija, te su psihološke posljedice neminovne, one su brojne, slične, ali jednim dijelom i različite u odnosu na pandemiju. Razlog za to što je riječ o dvije različite ugroze, jedna je tiha, nevidljiva, dugotrajna, a druga je sve suprotno (potres je primjer pravog ekstremnog traumatskog iskustva). Pandemija izaziva kronični stres koji za posljedicu ima više anksioznih i/ili depresivnih smetnji, opsesivno-kompulzivnih poremećaja, socijalne anksiozne poremećaje. Zbog svog traumatskog potencijala, potres prati više akutnih stresnih reakcija, katkad i posttraumatskih stresnih poremećaja, paničnih i generaliziranih anksioznih poremećaja. Oboje, pandemija i potres, mogu dovesti do dugotrajnih poremećaja prilagodbe, narušenih partnerskih i obiteljskih odnosa, porasta zlupotrebe psihoaktivnih tvari. Osim toga, u situaciji korničnog stresa izazvanog pandemijom i traume izazvane potresom u ožujku se dogodio i drugi potres koji ima sve odlike retraumatizirajućeg iskustva koji dodatno pogoršava psihičko zdrsavlje.

Učestala je uspredba oih iskustava s iskustvom Domovinskog rata. Iako je rat objektivno odnio daleko više žrtava i životno je više ugrožavajući nego obje ove ugroze, postoji jedna značajna razlika. Rat je vremenski i prostorno ograničen i dozvoljava bar psihološki izlaz jer postoje mjesta na kojem rata nema ili vrijeme u kojem rata neće biti. S pandemijom nema takvih mjesta, a stalne pojave novih sojeva nisu dale niti vremensko ograničenje. Što se tiče potresa, stalno ponavljana istinita tvrdnja da se vrijeme potresa ne može predvidjeti je pridonosila osjećaju tjeskobe. Unatoč ovim razlikama, iskustvo iz Domovinskog rata te spoznaje o načinu nastanka psihičkih smetnji, njihovom otkrivanju i zbrinjavanju mogu pomoći i u sadašnjem vremenu.
Dojam je da je svijet ostao zatečen pojavom nove pandemijske bolesti (to se dijelom odnosi i na medicinsku struku, kojoj je dosta toga nepoznato vezano za virus i posljedičnu bolest), a potresi sami po sebi uvijek iznenade. Ako se zanemari taj učinak iznenađenja, u razmatranju posljedica, pa i psihičkih, mogu dobro poslužiti iskustva u suočavanju sa sličnim ugrozama. To može pomoći u tretmanu osoba koje su razvile psihičke smetnje i poremećaje, ali i u boljem pripremanju za neke buduće ugroze. Jer one su neizbježne. Već je tijekom pojave virusa koji je uzrokovao teški akutni respiratorni sindrom (engl. *Severe Acute Respiratory Syndrome*, SARS), kao prvu masovnu epidemiju u 21. stoljeću, rečeno kako je malo vjerojatno da je to posljednja velika epidemija (Mak i sur., 2009).

Dosadašnja iskustva

Povijest, ne samo medicine, pokazuje da globalni štetni događaji izazivaju velike i dugotrajne posljedice i na psihičko zdravlje. One se očituju na razini globalnog javnog mentalnog zdravlja, ali i zdravlja pojedinca, uvijek s istim predznakom – radi se o pogoršanju zdravlja (Begić, 2020).
Kompleksna, naglo nastala promjena životne situacije u kojoj je ugroženo tjelesno i psihičko zdravlje te socijalno funkcionioranje i egzistencija, dovodi do povećanog stresa, anksioznosti, straha i depresivnosti.
Rat, globalne ekonomske krize, prirodne katastrofe (poput poplava, potresa, uragana, tsunamija), velike nesreće, ali i pandemije glavni su

izvor stresa u cijelom svijetu (Dai, 2017). Svi oni uzrokovali su mnogobrojne psihičke smetnje, poremećaje i bolesti te porast heteroagresivnog i autoagresivnog ponašanja. Ovo posljednje se manifestira i kao povećan broj pokušaja samoubojstava i učinjenih samoubojstava.

Te se smetnje evidentiraju već za vrijeme trajanja takvih ugroza ili vrlo brzo po njihovom završetku. Poznato je da ekonomska nestabilnost povećava stopu suicida (Marčinko, 2011). Tako je velika ekonomska kriza koja je započela 1929. godine tijekom višegodišnjeg trajanja dovela do porasta broja depresivnih bolesnika i suicidanata.

S druge strane rat i ratna zbivanja dovode do odgođenog porasta psihičkih smetnji. Za vrijeme opsade Staljingrada 1943. godine broj samoubojstva se nije povećao (postoje neki podatci da se čak i kratkotrajno smanjio). Ali se porast samoubojstava dogodio u tom gradu i njegovoj okolici nakon završetka opsade tijekom nekoliko idućih godina (Begić, 2021).

Potres u Indoneziji 2004. godine izazvao je tsunami koji je za posljedicu imao pojavu psihičkih smetnji kod preživjelih, ali i psihijatrijskih bolesnika koji nisu izravno stradali (Ghodse i Galea, 2009).

Potres u L'Aquili 2009. doveo je do pojavljivanja PTSP-a, neprilagođenog ponašanja i osjećaj srama kod stradalih (Carmassi i sur., 2016). Potres u Nepalu 2015. izazvao je brojne psihičke (i mnoge druge) posljedice, prije svega porast depresije i PTSP-a (Schwind i sur., 2019).

Tijekom pandemije SARS-a 2003. godine značajno je porastao psihijatrijski morbiditet u idućih nekoliko godina (Tam i sur., 2004). Slični su rezultati dobiveni i za vrijeme drugih epidemija: ebole (Blakey i sur., 2015) ili gripe (McMullan i sur., 2016).

Već je evidentirano kako je pandemija COVID-19 uzrokovala pojavu različitih emocionalnih reakcija (Lima i sur., 2020) i pogoršanje postojećih psihičkih smetnji (Yao i sur., 2020). Zabilježena je pojava psihičkih smetnji kod onih koji nisu imali ranije psihičke smetnje (Kelvin i Rubino, 2020), kod oboljelih od COVID-19, kod onih koji brinu o oboljelima (Li i sur., 2020), kao i kod osoba u izolaciji i karanteni (Brooks i sur., 2020).

Osim pandemije, svijetom kola i infodemija, globalno širenje brojnih (dez)informacija vezanih za COVID-19. Puno toga se o virusu i bolesti koju uzrokuje ne zna, pa je prisutan strah od nepoznatoga, što sve stvara mnoštvo informacija (i netočnih). Infodemija je jedan od glavnih razloga širenja tjeskobe, jer se strah od zaraze širi nekim područjem daleko prije nego što virus uopće u njega stigne. S jedne strane to dovodi do sigurnosnih ponašanja, ali s druge strane upravo je infodemija poremetila globalne napore u borbi protiv COVID-19 i dovela do straha, predrasuda, gađenja i ksenofobije (Hu i sur., 2020). Same epidemiološke mjere, potpune ili djelomične karantene, zatvaranje gospodarstva, obustavljanje prometa, neodržavanje nastave, fizičko distanciranje (koje je nazvano pogrešnim i stigmatizirajućim pojmom „socijalna izolacija“) imaju negativan utjecaj na tjelesno, ali sve više i na psihičko zdravlje opće populacije, obiteljske odnose, te socijalnu i emocionalnu podršku (Cheung i sur., 2020). Posljedice pandemije mjere se u broju zaraženih i umrlih, a one na mentalno zdravlje su zanemarene. Iako je Svjetska zdravstvena organizacija naglasila važnost uvažavanja i mentalnog zdravlja u situaciji COVID-19 pandemije (WHO, 2020), još uvijek je snažan odgovor usmjeren na te probleme u većini zemalja izostao (Banerjee, 2020). Izbijanje COVID-19 pandemije izazvalo je javnu i globalnu krizu mentalnog zdravlja, poput nekog velikog psihosocijalnog eksperimenta (Jakovljević i sur., 2020), s čijim se razmjerima čovječanstvo prvi put susreće.

Što se tiče pogoršanja mentalnog zdravlja različitih profesionalaca značajna su iskustva epidemije SARS-a 2003. godine. Ona je uzrokovala pojavu psihičkih smetnji, prije svega anksioznosti, kod zdravstvenih djelatnika (Mak i sur., 2009; Rambaldini i sur., 2005; Styra i sur., 2008). Čimbenici rizika bili su karantena, izolacija, liječenje oboljelih kolega, stres na poslu, doživljaj stigme, briga za obitelj (Tam i sur., 2004).

Pandemija COVID-19 također predstavlja rizik za zdravlje pripadnika različitih profesija (Burdorf i sur., 2020). To su policajaci, javni službenici, novinari, a pod pojačanim pritiskom su i zdravstveni djelatnici. Liječnici i medicinske sestre su pod povećanim rizikom od zaraze virusom, ali su i posebno ranjiva skupina za razvitak psihičkih smetnji (Fiorillo i Gorwood, 2020). U njihovom otklanjanju psihijatri su

skloniji psihofarmacima, za razliku od liječnika drugih specijalnosti koji vjeruju da je informiranje o bolesti COVID-19 učinkovitija strategija njihovog smanjivanja (Jokić-Begić i sur., 2020).

Izvori stresa zdravstvenih djelatnika tijekom pandemije COVID-19 su opterećenost poslom, tjelesna i psihička iscrpljenost, nesanica, strah od zaraze, strah da će se virus prenijeti bliskim osobama, nedostatak zaštitne opreme, neimanje informacija o virusu, imunosti, ishodu bolesti, trajanju pandemije. Također se uz zabrinutost za bolesnike, javila i zabrinutost za vlastito i zdravlje svojih bližnjih što je uzrokovalo sekundarnu traumatizaciju liječnika (Li i sur., 2020).

Sekundarna (posredna, vikarijska) traumatizacija (engl. *vicarious traumatization*) jedan je od modela važan za nastanak psihičkih smetnji kod zdravstvenih djelatnika (Saakvitne i Pearlman, 1996). Taj model prvotno je opisan kod psihoterapeuta, koji su radeći s osobama koje su doživjele neku psihotraumu, razvili psihičke smetnje kao i njihovi klijenti. Obično su to gubitak apetita, umor, poremećaj spavanja, razdražljivost, nepažnja, strah, depresivnost i očaj.

Ova traumatizacija opisana je osim kod zdravstvenih djelatnika i kod pripadnika pomagačkih zanimanja koji su uključeni u tretman COVID-19 bolesnika (Li i sur., 2020), ali i u u zdravstvenih djelatnika koji ne rade u izravnom kontaktu s oboljelima od COVID-19 te u općoj populaciji (Tan i sur., 2020).

Dosadašnja iskustva pokazuju da su zdravstveni djelatnici koji su brinuli o oboljelima od COVID-19 razvili simptome depresivnosti, anksioznosti, uznemirenosti i nesanice u odnosu na one koji izravno nisu bili uključeni u liječenje COVID-19 bolesnika (Lai i sur., 2020, Xiao i sur.,2020; Shanafelt i sur., 2020). Dobiveni su i drugačiji rezultati prema kojima nema razlike u pogoršanju psihičkog stanja između liječnika koji su u izravnom kontaktu s oboljelima od COVID-19 i onih koji nisu. I jedni i drugi pokazuju simptome uznemirenosti i depresivnosti (Begić i sur., 2020). Od zdravstevnih djelatnika medicinske sestre su najčešće razvijale simptome psihičke iscrpljenosti i sagorijevanja (Wang i sur., 2020).

Zbog svega ovoga stručnjaci su pretpostavili da će porasti broj samoubojstava među liječnicima (Montemurro i sur., 2020), što je, na žalost, već i potvrđeno (Goyal i sur., 2020).

Zdravstveni djelatnici u doživljavanju stresa obično se oslanjanju na vlastite snage (Schanafelt i sur., 2020) ili im sustavna pomoć za psihičke smetnje nije dostupna (Xiang i sur., 2020). Traženje psihološke pomoći je još uvijek stigmatizirano, pogotovo među liječnicima, što sve rezultira zanemarivanjem psihičkih smetnji i netraženjem psihološke pomoći (Shanafelt i sur., 2020; Xiang i sur., 2020). Prema nekim autorima, psihijatri su posebno ranjiva skupina i u uobičajenim životnim okolnostima (Garcia i sur., 2015; Heponiemi i sur., 2014), što se pripisuje karakteristikama ličnosti (Deary i sur., 1996), te osobitostima posla (Kumar, 2011), iako rezultati nisu konzistentni (Hardy i sur., 2020). Istraživači i kliničari su tijekom pandemije upozoravali da je nužno istražiti i psihičko zdravlje psihijatara s obzirom na promjene u radnim zadacima te prethodnu ranjivost (Mitra i Kavoor, 2020).

Hrvatska iskustva

U Hrvatskoj je prvi bolesnik s COVID-19 dijagnosticiran 25. veljače 2020. godine, a tri tjedna nakon toga zabilježen je i prvi smrtni ishod zbog ove bolesti. Prvi potres dogodio se 22. ožujka 2020. s epicentrom sjeveroistočno od Zagreba, a drugi 29. prosinca 2020. u blizini Petrinje.

U nas je prijenos bolesti COVID-19 počeo nakon što je u Italiji situacija bila prilično ozbiljna. Kako bi se spriječio talijanski scenarij, mjere fizičke distance i djelomičnog „lockdowna“ uvedene su u Hrvatskoj prilično rano, što je dalo vremena za pripremanje na mogući scenarij eksponencijalnog širenja bolesti i velikog broja teško oboljelih. Zdravstveni sustav, osim za oboljele od COVID-19, bio je dostupan samo najugroženijima, a sve redovite zdravstvene usluge bile su odgođene. Sve je to dovelo do vrlo različitog iskustva liječnika u Hrvatskoj u odnosu na iskustva liječnika u Kini ili Italiji. Postavlja se pitanje jesu li učinci pandemije na psihičko zdravlje zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj jednaki kao i u zemljama koje su bile ugroženije pandemijom.

S početkom pandemije, Hrvatska je uvela vrlo restriktivne epidemiološke mjere koje su bile među najstrožima u Europi i koje su kao rezultat imale držanje epidemije pod kontrolom kroz prvih nekoliko

mjeseci. Kao posljedica #ostanimodoma mjera se uočio nagli porast anksioznosti u općoj populaciji (Lauri Korajlija i Jokić-Begić, 2020). Liječnici su bili modeli iz čijih se reakcija isčitavalo treba li se brinuti još i više. Stoga je vrlo važno istražiti psihičko stanje liječnika u uvjetima pandemije s obzirom da su oni s jedne strane posebno izloženi opasnostima koje pandemija nosi sa sobom, a s druge strane izvori informacija za opću populaciju u situaciji koja je svima nepoznata.

Hipoteza

Zdravstveni djelatnici će imati izraženije zdravstvene brige i ponašanja te više simptoma uznemirenost u odnosu na pripadnike opće populacije te nižu kvalitetu života od pripadnika opće populacije. Također, liječnici koji su bili uključeni u liječenje oboljelih od COVID-19 će imati viši distres i nižu kvalitetu života u odnosu na one koji nisu izravno u konatktu s oboljelima. Psihijatri će imati izraženiji distres u odnosu na ostale liječnike.

Cilj istraživanja

Cilj istraživanja je usporedba zdravstvenih briga i ponašanja pripadnika opće populacije i liječnika, kao i indikatora njihovog mentalnog zdravlja tijekom pandemije COVID-19 i nakon potresa u Hrvatskoj. Osim toga, cilj je bio provjeriti postoje li rizične podskupine među liječnicima, pri čemu je provjeravana razlika između liječnika koji su sudjelovali u liječenju oboljelih od COVID-19 bolesti i onih koji nisu, te između psihijatra i liječnika ostalih specijalnosti na indikatorima psihičkog distresa i kvalitete života.

Metodologija

Podatci su prikupljeni u nekoliko valova istraživanja, koristeći istu metodologiju. Prvi val istraživanja u općoj populaciji započeo je kada je u Hrvatskoj registriran prvi zaraženi COVID-19 bolesnik (25. veljače 2020.). Druga faza je bila nakon potresa u Zagrebu, a provodila se od 31. ožujka do 30. travnja 2020. i u nju su uključeni i zdravstveni djelatnici. Treća faza istraživanja (godinu dana nakon prve faze) je u tijeku.

Sudionici

U istraživanje je uključeno 780 sudionika iz opće populacije, od čega 73 % žena i 27 % muškaraca, raspona dobi od 19 do 95 godina, s prosječnom dobi 40 godina.

Uzorak je prikupljen pozivom za sudjelovanje i link na upitnik na platformi Survey Monkey postavljen na društvene mreže, uz molbu da se poziv širi dijeli dalje (metoda *snowballing*).

Uzorak liječnika brojao je 725 sudionika, od čega 72 % žene i 28 % muškaraca; dobi od 26 do 81 godine, s prosječnom dobi 48 godina. U uzorku je 17,5% je specijalizanata, ostalo su specijalisti. Psihijatara je bilo 22,8%, liječnika internističkih specijalizacija 37,4%, liječnika kirurških specijalizacija 14,2%; liječnika obiteljske medicine 8,0%; anesteziologa 5,7%; infektologa i epidemiologa 2,3%; liječnika hitne medicine 1,9% te 7,4% liječnika drugih specijalizacija.

Poziv za sudjelovanje i link na upitnik na platformi Survey Monkey upućen je stručnim društvima Hrvatskoga liječničkog zbora. U tablici 1. prikazani su neki sociodemografski podaci ispitanika.

Tablica 1. Demografske karakteristike uzorka iz opće populacije i liječnika

Varijable		Opća populacija		Liječnici	
		M (SD)	*N (%)*	*M (SD)*	*N (%)*
Dob					
	Muškarci	42,1 (12,17)	213 (27,3)	47,9 (11,35)	204 (28,1)
	Žene	48,4 (11,23)	567 (72,7)	39,5 (12,25)	521 (71,9)
	Ukupno	40,2 (12,28)	780	48,3 (11,26)	725
Obrazovanje					
	Osnovna škola		6 (0,8)		
	Srednja stručna sprema		226 (29,0)		
	Visoka stručna sprema		506 (64,9)	460 (63,4)	
	Poslijediplomsko obrazovanje		42 (5,4)	265 (36,6)	
Kronična oboljenja					
	Da		149 (19,1)	231 (32,4)	
	Ne		631 (80,9)	483 (67,6)	
Cijepljeni protiv sezonske gripe					
	Da		93 (12,0)	324 (45,4)	
	Ne		684 (88,0)	390 (54,6)	

* U nekim je kategorijama manje odgovora nego je ukupan broj sudionika, jer neki sudionici nisu odgovorili na sva pitanja

Upitnici

Prikupljeni su osnovni sociodemografski podaci (spol, dob, roditeljski i partnerski status, razina obrazovanja), podaci o zdravstvenom statusu (imaju li kroničnu bolesti i jedu li se cijepili protiv gripe).

Kod liječnika su prikupljeni i podaci o iskustvu i liječenju COVID-19 te očekivanju hoće li biti uključeni u liječenje COVID-19 i na koji način (izvan ili u okviru svoje specijalizacije).
Korišteni su upitnici o psihičkom i općem funkcioniranju, navikama, aktivnostima, smetnjama i njihovom rješavanju te kvaliteti života.
Upitnik ponašanja vezanih uz COVID (CSBC) (Lauri Korajlija i Jokić-Begić, 2020) sastoji se od 11 čestica i napravljena je po uzoru na Listu označavanja ponašanja vezanih uz ebolu (Blakey i sur., 2015). Upitnik ispituje u kojoj mjeri sudionici koriste ponašanja koja su usmjerena na sprječavanje širenja COVID-19 (npr. pranje ruku, izbjegavanje izlazaka iz kuće, dezinfekcija ruku). Zadatak sudionika je da procjeni u kojoj mjeri opisana ponašanja primjenjuju u svakodnevnom životu na ljestvici od pet stupnjeva (od 1 – uopće ne, do 5 – u potpunosti). Teoretski totalni raspon rezultata kreće se od 11 do 55.
Cronbach's alpha koeficijent pouzdanosti su α = .77 za liječnike i α = .74 za uzorak iz opće populacije.
Ljestvica COVID-19 briga (CAS) napravljena je po uzoru na Ljestvicu briga o svinjskoj gripi (Wheaton i sur., 2012). Mjeri brige sudionika o širenju COVID-19 bolesti, vjerojatnosti da se zaraze (oni, članovi obitelji, netko od poznanika), ozbiljnost bolesti, brige za ugroženost mentalnog zdravlja (vlastitog i drugih) te procjenu radi li se o virusu opasnijem od virusa gripe. Kod liječnika korištena je još jedna čestica vezana uz brige da će oni, zbog specifičnosti svoga posla, prenijeti virus svojim bližnjima. Zadataka sudionika bio je procijeniti koliko se svaka od navedenih čestica odnosi na njih na skali od pet stupnjeva (od 1 – uopće ne, do 5 – u postupnosti). Ukupni rezultat prikazan je kao prosječni rezultat ljestvice (raspon od 1 do 5). Cronbach's alpha koeficijent za uzorak liječnika bio je α = .78, a za uzorak iz opće populacije α = .75.
Ljestvica briga vezanih uz pandemiju (Lauri Korajlija i Jokić-Begić, 2020) sastoji se od osam čestica vezanih uz ekonomske brige (tri čestice – situacija u Hrvatskoj, vlastiti ekonomski status i ekonomski status bližnjih), brige vezane uz odnose (3 čestice – obiteljske, partnerske i prijateljske) te građanske brige (2 čestice – brige za obrazovanje i građanske slobode). U uzorku liječnika korištene su još dvije čestice vezane uz brige o zdravstvenom sustavu i kvaliteti

zdravstvene usluge tijekom pandemije. Za svaku vrstu briga izračunat je prosječni rezultat podljestvice (raspon od 1 do 5).
Cronbach's alpha koeficijent ljestvice za uzorak liječnika bio je α = .77, a za uzorak iz opće populacije α = .75.
Clinical Outcome in Routine Evaluation-YP (CORE-YP) (Twigg i sur., 2009) korišten je kao mjera općeg distresa, a sadrži 10 čestica na kojima sudionici procjenjuju koliko često su se osjećali na opisani način protekli tjedan (0 – nikada, 1 – vrlo rijetko, 2 – ponekad, 3 – često, 4 – gotovo uvijek). Čestice se odnose na subjektivnu dobrobit, probleme/simptome, svakodnevno funkcioniranje te rizična ponašanja.
Zadovoljstvo životom izmjereno je jednom česticom „*Koliko ste sveukupno zadovoljni svojim životom?*" ljestvicom za procjenu od 0 – u potpunosti nezadovoljan/a, do 10 – u potpunosti zadovoljan/a (Lauri Korajlija i sur., 2019).
Za procjenu **optimizma** u vezi bliske budućnosti korištena je jedna čestica „*U pogledu bliske budućnosti sam…*" (od 0 – u potpunosti pesimističan, do 10 – u potpunosti optimističan).
Osim zatvorenih pitanja, postavili smo i jedno otvoreno koje je glasilo: *Molimo Vas, navedite nam svoje tri najizraženije brige*.

Statistička obrada
Korišten je paket SPSS 20.0. Deskriptivni podaci prikazani su preko aritmetičkih sredina i standardnih devijacija. Razlike među grupama sudionika ispitane su t-testom. Razlike između podataka opće populacije prije pandemije i naša dva uzorka provjerene su t-testom s jednim uzrokom. Za značajnost dobivenih razlika korišten je kriterij od 5% značajnosti.

Rezultati
Gotovo da nema sudionika u istraživanju kod kojeg se nije dogodila promjena načina života tijekom pandemije i epidemioloških mjera. Svaka od tih promjena, većinom nepovoljna, mogla je uzrokovati stres. Sudionici su u prosjeku doživjeli pet stresnih događaja.
U odgovoru na otvorena pitanja o brigama, prvih sedam po učestalosti bili su razdvojenost od ranjivih članova obitelji, ograničeno kretanje, promjena načina života zbog izolacije, neimanje uvjeta za rad od kuće,

potres, promijenjeni uvjeti na radnom mjestu, nemogućnost obavljanja važnih zdravstvenih pregleda.
Na razini opće populacije već u svibnju 2020. su se javile tjeskoba, strah, depresivnost, stres, smetnje usnivanja i prosnivanja, oslabljena koncentracija i umor. Tjeskobu i strah u blagoj ili srednjoj mjeri ima 20 %, a u jakoj ili izrazito jakoj mjeri 18 % sudionika. Blagu ili srednju depresivnost ima 29 % sudionika, dok jaku ili izrazito jaku depresivnost ima njih 19 %. Što se tiče stresa njega u blagoj i srednjoj mjeri ima 20 %, a jaku i izrazito jaku stresnu reakciju ima 19 % sudionika. Također je evidentirana lošija kvaliteta života.
Psihičko zdravlje u općoj popluaciji je bilo više narušeno kod žena, kroničnih bolesnika, onih koji su više poštovali mjere izolacije, onih koji su doživjeli više stresnih događaja, a najviše kod majki male djece. Samci, oni koji su živjeli odvojeni od partnera tijekom izolacije, oni nižeg socioekonomskog statusa te oni koji su doživjeli više stresora svoju kvalitetu života procjenjuju lošijom.
Očekivali smo da će liječnici imati izraženije zdravstvene brige te veću uznemirenost u usporedbi sa sudionicima iz opće populacije, što bi bilo uzrokovano većom mogućnošću kontakta s virusom. Također smo očekivali da će zbog prirode posla i posebnih zahtjeva tijekom pandemije imati nižu kvalitetu života.
Usporedbom liječnika i opće populacije nisu utvrđene značajne razlike u općoj razini psihološkog distresa, depresivnosti i anksioznosti. U usporedbi s općom populacijom uznemirenost kod liječnika bila je čak nešto manja. Važno je istaknuti da obje skupine pokazuju razinu uznemirenosti značajno višu nego u razdoblju prije pandemije, što je i očekivano s obzirom na promijenjene uvjete života.
Liječnici su javljali specifične brige (strah od zaraze i strah da se bolest ne prenese na bliske osobe).
Briga i zabrinutost su također evidentirani kod većine sudionika u općoj populaciji. Kod liječnika je također značajno povišena zabrinutost. Po učestalosti tri najčešće navedene brige su jednake u općoj populaciji i u skupini liječnika (briga o zdravlju bliskih osoba, briga o vlastitom zdravlju, bojazan za ekonomsku situaciju globalno).
U tablici 2. prikazane su razlike u brigama vezanim uz posljedice pandemije, ponašanjima i indikatorima mentalnog zdravlja između opće populacije i liječnika.

Tablica 2. Razlike u zdravstvenim brigama i ponašanjima te indikatorima mentalnog zdravlja između opće populacije i liječnika

	Opća populacija		Liječnici				
	M	SD	M	SD	t	p	D
COVID-19 brige	3,4	0,66	3,5	0,64	3,86	0,001	0,15
Ekonomska brige	4,2	0,76	4,1	0,75	2,39	0,02	0,13
Brige o odnosima	2,0	1,10	2,1	1,12	1,12	0,265	
Brige – građanske	3,3	1,12	3,3	1,10	0,20	0,841	
Brige – zdravstveni sustav			4,0	0,95			
COVID-19 ponašanja	41,7	6,28	44,0	6,30	6,88	0,001	0,37
CORE-YP	1,2	0,67	1,3	0,66	1,34	0,163	
Kvaliteta života	7,7	1,94	7,7	1,81	0,13	0,897	
Optimizam	5,3	2,37	6,3	2,09	8,26	0,001	0,45

Uspoređujući liječnike koji dolaze s potresom pogođenog područa u odnosu na one koji su iz udaljenijeg kraja zemlje zamjećuju se razlike u distresu. Oni koji su doživjeli potres imaju statistički značajno više izraženu emocionalnu nelagodu od onih koji nisu doživjeli potres ($M_{potres1}$=1.37 (SD = .67) vs. $M_{bezpotresa}$= 1.25(SD = .65; p<.03).

Kada se gleda po specijalizacijama najuznemireniji su anesteziolozi i infektolozi, a najmanje su uznemireni liječnici kirurških specijalizacija. Psihijatri su manje zabrinuti nego liječnici ostalih specijalnosti, a razina distresa je jednaka.

Liječnici u odnosu na opću populaciju nemaju lošiju kvalitetu života, ali imaju izraženije teškoće sa spavanjem.

Ispitano je razlikuju li se u zdravstvenim brigama, ponašanjima te indikatorima mentalnog zdravlja liječnici koji su imali iskustva u liječenju COVID-19 bolesnika od onih koji nisu, kao i oni koji vjeruju da će biti uključeni u liječenje o okviru svoje specijalizacije od onih koji vjeruju da će to biti izvan stručnosti njihove specijalizacije (rezultati su prikazani u tablici 3.). Rezultati pokazuju da se liječnici koji su do sada bili uključeni u liječenje oboljelih od COVID-19 ne razlikuju od kolega koji nisu imali ta iskustva na ispitivanim mjerama. No, liječnici koji misle da će biti uključeni u liječenje COVID-19 bolesnika, ali izvan svoje

specijalizacije imaju veće zdravstvene brige vezane uz COVID-19, više razine distresa te su manje optimistični u pogledu bliske budućnosti.

Tablica 3. Razlike u zdravstvenim brigama i ponašanjima te indikatorima mentalnog zdravlja između liječnika s različitom količinom iskustva u liječenju COVID-19 te različitim očekivanima u vezi vlastite uključenosti u liječenje COVID-19

	Aktivno uključeni u liječenje			Vjeruju da će biti uključeni u liječenje izvan područja svoje specijalizacije			
	DA	NE		DA	NE		
	M (SD)	*M (SD)*	*t (p)*	*M (SD)*	*M (SD)*	*t (p)*	*d*
COVID-19 brige	3,5 (0,68)	3,5 (0,64)	0,27 (0,786)	3,6 (0,64)	3,4 (0,64)	3,27 (0,001)	0,31
COVID-19 ponašanja	43,7 (6,67)	44,14 (6,24)	0,62 (0,538)	44,1 (6,11)	44, 0 (6,47)	0,20 (0,845)	
CORE-YP	1,3 (0,62)	1,3 (0,66)	0,34 (0,735)	1,4 (0,65)	1,2 (0,66)	3,56 (0,001)	0,30
Kvaliteta života	7,7 (1,88)	7,7 (1,81)	0,02 (0,987)	7,6 (1,78)	7,7 (1,83)	0,81 (0,418)	
Optimizam	6,2 (2,26)	6,4 (2,10)	0,78 (0,434)	6,1 (2,18)	6,5 (2,00)	2,66 (0,008)	0,19

Rasprava

Rezultati ovoga istraživanja potvrđuju očekivanja o pandemiji i potresu kao snažnim izvorima stresa na koje ljudi reagiraju pojačanom uzemirenošću. Na razini opće populacije se bilježi viša razina distresa i zabrinutosti. Liječnici nisu iznimka. Pri tome su oni koji dolaze iz potresom pogođenog područja u dodatnom riziku za psihičko zdravlje, kao i oni koji su brinuli da će se morati uključiti u liječenje oboljelih od COVID-19 bolesti. No, usprkos očekivanjima, liječnici nisu pokazivali

višu razinu emocionalne nelagode u odnosu na opću populaciju, ali jesu u odnosu na situaciju prije pandemije. Očekivali smo da će psihijatri također biti pogođeniji, ali pokazali su otpornost u početnoj fazi pandemije.

Podatci iz dosadašnjih istraživanja, provedenih većinom u zemljama s lošijom epidemiološkom situacijom nego što je ona u Hrvatskoj, pokazuju da su zdravstveni djelatnici izloženi visokim razinama stresa tijekom pandemije COVID-19 i predstavljaju rizičnu skupinu za ugroženo mentalno zdravlje (Fiorillo i Gorwood, 2020; Sjöberg i sur., 2020). No, jedan dio izvora stresa odnosio se na zabrinutost oko virusa i relativno nepoznate bolesti koju izaziva, a koje možemo smatrati univerzalnima, bez obzira na lokalnu epidemiološku situaciju (Ioannidis, 2020).

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da su i kod pripadnika opće populacije i kod liječnika ekonomske brige najizraženije (iako nešto manje kod liječnika). Liječnici su bili najmanje zabrinuti oko obiteljskih odnosa, iako istraživanja pokazuju da pandemije imaju utjecaja i na te odnose (Bradbury-Jones i Isham, 2020).

Također je utvrđeno da su zdravstvene brige vrlo visoko rangirane kod liječnika, poglavito brige oko moguće zaraze starijih članova obitelji i nekoga koga poznaju. Liječnici su zabrinuti i oko ozbiljnosti bolesti, opasnosti virusa, mogućnosti vlastite zaraze te širenja bolesti. Brige vezane uz zdravstveni sustav i kvalitetu zdravstvene usluge tijekom pandemije su vrlo izražene i vjerojatno pod utjecajem informacija iz drugih zemalja o preopterećenosti zdravstvenog sustava i liječnika tijekom pandemije. Važna je i zabrinutost za svoje bolesnike koji sada ne dolaze na pregled.

Važan je podatak da liječnici izvještavaju o više problema sa spavanjem te izraženijem osjećaju da nemaju volje za razgovorom u odnosu na opću populaciju. Kako se istraživanje radilo na početku pandemije, bit će zanimljivo pratiti kako se situacija s teškoćama u spavanju dalje razvijala među liječnicima, odnosno hoće li doći do iscrpljenja prilagodbenih sposobnosti.

Liječnici imaju i veći osjećaj socijalne podrške i samoefikasnosti te optimizma u pogledu bliske budućnosti. Samoefikasnost u kombinaciji sa socijalnom podrškom dovodi do manjeg osjećaja usamljenosti i

izraženijeg optimizma, što sve zajedno poboljšava suočavanje sa stresom kod zdravstvenog osoblja (Segrin i Passalacqua, 2010). Dosadašnji podaci pokazuju da liječnici nisu skloni traženju pomoći za psihičke smetnje te da vjeruju u vlastite resurse i strategije suočavanja sa stresom (Zhang i sur., 2020).

Važno je, međutim istaknuti da dobiveni rezultati pokazuju da su u vrijeme pandemije, i sudionici iz opće populacije i liječnici pokazivali više razine distresa u odnosu na podatke prije pandemije. Dakle, tijekom pandemije svima je mentalno zdravlje bilo ugroženo, samo što, za razliku od podataka iz drugih zemalja, liječnicima ukupni distres nije bio veći nego općoj populaciji. Ovo je važno jer liječnici u situaciji kao što je pandemija predstavljaju model u oblikovanju stavova i ponašanja opće populacije u kriznim zdravstvenim situacijama.

Jedan od ciljeva istraživanja bio je provjeriti i predstavljaju li liječnici koji su direktno uključeni u liječenje oboljelih posebno ranjivu skupinu za ugroženost mentalnog zdravlja, na što ukazuju rezultati istraživanja iz zemalja u kojem je broj oboljelih bio velik (Fiorillo i Gorwood, 2020). Rezultati ovoga istraživanja nisu potvrdili ranije nalaze, jer se pokazalo da liječnici koji su bili uključeni u izravno liječenje bolesnika s COVID-19 nemaju izraženije zdravstvene brige, nisu značajno više promijenili svoja ponašanja te nemaju lošiji niti jedan indikator mentalnog zdravlja koji je ispitivan.

Razlika je dobivena s obzirom na očekivanja o uključivanju u liječenje oboljelih od COVID-19. Oni liječnici koji su očekivali da će biti uključeni u takvo liječenje, ali izvan svoje uže specijalnostii su ugroženiji – imaju izraženije zdravstvene brige, viši distres i niži optimizam od liječnika koji nisu imali takva očekivanja. Zabrinutost zbog vlastitih nekompetencija u tim situacijama, te briga pružaju li u tom trenutku pacijentima najbolju mogući skrb predstavlja značajan izvor stresa i moralnih briga kod liječnika (Greenberg i sur., 2020) što se potvrdilo i u ovom istraživanju. Naime, dobiveni rezultati ukazuju da, samo predviđanje takve mogućnosti izaziva kod liječnika pojačani distres. Ovo je vrlo važan nalaz jer govori o potrebi povećanja kompetencija liječnika u situacijama u kojima se očekuje premještanje na različita radna mjesta.

Metodološka ograničenja provedenog istraživanja su online metoda prikupljanja sudionika (koja je bila najdostupnija tijekom pandemije)

zbog samoselekcije sudionika. Osim toga, poznato je da se na online metodu daleko češće odazivaju žene nego muškarci, što je dobiveno i u našem istraživanju. To sve smanjuje mogućnost generalizacije podataka.

Zaključak

Pandemija i potres izravno ili posredno povezani su i s gospodarskim gubitcima, recesijom, financijskom neizvjesnošću, socioekonomskim problemima i padom standarda koji zahvaća većinu ljudi, što dovodi do povećane depresivnosti, anksioznosti i razine stresa. Pri tome je pandemija više povezana s depresivnošću i kroničnim stresom, a potres s akutnim stresom i anksioznošću. Gubitak izaziva depresivnost, a opasnost stvara anksioznost i stres – to je već poznati smjer psihosocijalnog zbivanja.

Rezultati pokazuju da liječnici, osim stresa kojem su svi globalno izloženi radi pandemije, a i potresa u Zagrebu, imaju i dodatan izvor stresa koji proizlazi iz visokih očekivanja nametnutih od javnosti, bojazni da zdravstveni sustav nije dobro organiziran i iz osjećaja osobne odgovornosti. Ovi podaci pokazuju kako je liječnička profesija u globalnim krizama izložena dodatnim razinama stresa, koje mogu izazvati emocionalne smetnje kod nezanemarivog broja liječnika.

Važno je u sljedećem razdoblju osigurati psihološku podršku liječnicima kako bi mobilizirali vlastite resurse i uspješno se nosili s nadolazećim razdobljem povećanog pritiska na zdravstveni sustav. I pripremili se za neke nove pandemije.

Literatura

- Banerjee D. How COVID-19 is overwhelming our mental health. Nature India. 2020 March 18 [pristupljeno 2020 April 18]. https://doi.org/10.1038/nindia.2020.46.
- Begić D, Lauri Korajlija A, Jokić-Begić N. Psihičko zdravlje liječnika u Hrvatskoj za vrijeme pandemije COVID-19. Liječnički vjesnik 2020;142:189-198.

- Begić D. Psihološke posljedice pandemije COVID-19 (na liječnike i opću populaciju). mef.hr 2020; 39(1): 17-19.
- Begić D. Psihopatologija. 4. izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2021.
- Blakey SM, Reuman L, Jacoby RJ, Abramowitz JS. Tracing "Fearbola": psychological predictors of anxious responding to the threat of ebola. Cognitive Therapy Research 2015;39(6):816-5. https://doi.org/10.1007/s10608-015-9701-9.
- Bradbury-Jones C, Isham L. The pandemic paradox: the consequences of COVID-19 on domestic violence. Journal of Clinical Nursing 2020. https://doi.org/10.1111/jocn.15296.
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE i sur. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet 2020;395(10227):912-920.
- Burdorf A, Porru F, Rugulies R. The COVID-19 (Coronavirus) pandemic: consequences for occupational health. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health 2020;46(3):229-230. https://doi.org/10.5271/sjweh.3893.
- Carmassi C, Bertelloni CA, Gesi C, Conversano C, Stratta P, Massimetti G i sur. New DSM-5 PTSD guilt and shame symptoms among Italian earthquake survivors: Impact on maladaptive behaviors. Psychiatry Research 2016;251:142-147.
- Cheung T, Fong TK, Bressington D. COVID-19 under the SARS Cloud: Mental Health Nursing during the Pandemic in Hong Kong. Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing 2020. https://doi.org/10.1111/jpm.12639
- Dai W, Kaminga AC, Tan H, Wang J, Lai Z, Wu X, Liu A. Long-term psychological outcomes of flood survivors of hard-fit areas of the 1998 Dongting Lake Flood in China: Prevalence and risk factors. PLos One 2107;12(2),e0171557.
- Deary IJ, Agius RM, Sadler A. Personality and stress in consultant psychiatrists. International Journal of Social Psychiatry 1996;42:112-123.
- Engel GL: The need for a new medical model: achallenge for biomedicine. Science 1977; 196:129-136.
- Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. European Psychiatry 2020;63(1): e32,1-2. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35.
- Garcia HA, McGeary CA, Finley EP, Ketchum NS, McGeary DD, Peterson AL. Burnout among psychiatrists in the Veterans Health Administration. Burnout Research 2015;2:108-114.
- Ghodse H, Galea S. Tsunami: Understanding mental health consequences and the unprecedented response. International Journal of Psychiatry 2006;18(3):289-297.
- Goyal K, Chauhan P, Chhikara K, Gupta P, Singh MP. Fear of COVID 2019: First suicidal case in India! Asian Journal of Psychiatry 2020;49:101989. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101989.

- Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. BMJ 2020;368:m1211. https://doi.org/10.1136/bmj.m1211
- Hardy P, Costemale-Lacoste JF, Trichard C, Butlen-Ducuing F, Devouge I, Cerboneschi V, i sur. Comparison of burnout, anxiety and depressive syndromes inmhospital psychiatrists and other physicians: Results from the ESTEM study. Psychiatry Research 2020; 284:112662.
- Heponiemi T, Aalto AM, Puttonen S, Vanska J, Elovainio M. Work-related stress, job resources, and wellbeing among psychiatrists and other medical specialists in Finland. Psychiatric Services 2014; 65:796-801.
- Hu Z, Yang Z, Li Q, Zhang A, Huang Y. Infodemiological study on COVID-19 epidemic and COVID-19 infodemic. https://www.researchgate.net/publication/339442972
- Ioannidis JPA. A fiasco in the making? As the coronavirus pandemic takes hold, we are making decisions without reliable data. STAT. 2020 March 17 [pristupljeno 2020 April 17]. https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-aremaking-decisions-without-reliable-data/
- Jakovljević M, Bjedov S, Jakšić N, Jakovljević I. Psychiatria Danubina 2020;32(1):6-14.
- Jokić-Begić N, Lauri Korajlija A, Begić D. Mental health of psychiatrists and physicians of other specialties in early COVID-19 pandemic: risk and protective factors Psychiatria Danubina 2020;32(3-4):536-548.
- Kelvin DJ, Rubino S. Fear of the novel coronavirus. Journal of Infection in Developing Countries 2020;14(1):1-2. https://doi.org/10.3855/jidc.12496.
- Kumar S. Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here? Epidemiology and Psychiatric Sciences 2011;20:295-301.
- Lai J, Ma S, Wang Y i sur. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Network Open 2020;3:e203976. https://doi.org/10.1001/jaman etwor kopen.2020.3976.
- Lauri Korajlija A, Jokić-Begić N. COVID-19: Concerns and behaviours in Croatia. British Journal of Health Psychology 2020. https://doi.org/10.1111/bjhp.12425.
- Lauri Korajlija A, Mihaljević I, Jokić-Begić N. Single-Item Life Satisfaction Measurement. Socijalna psihijatrija 2019;47(4):449-69.
- Li Z, Ge J, Yang M i sur. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. Brain, Behavior and Immunity 2020. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007.
- Lima CKT, Carvalho PM, Lima IA i sur. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). Psychiatry Research 2020;287:112915.
- Mak IW, Chu CM, Pan PC, Yiu MG, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. General Hospital Psychiatry 2009;31:318-326.
- Marčinko D. (ur.) Suicidologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.

- McMullan C, Brown GD, O'Sullivan D. Preparing to respond: Irish nurses' perceptions of preparedness for an influenza pandemic. International Emergency Nursing 2016;26:3-7.
- Mitra S, Kavoor AR. The missing discourse on mental health of psychiatrists during COVID-19. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2020. https://doi.org/10.1177/0004867420957084
- Montemurro N. The emotional impact of COVID-19: From medical staff to common people. Brain, Behavior and Immunity 2020. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.032.
- Rambaldini G, Wilson K, Rath D i sur. The impact of severe acute respiratory syndrome on medical house staff: a qualitative study. Journal of General Internal Medicine 2005;20:381-385.
- Santos CF. Reflections about the impact of the SARS-COV-2/COVID-19 pandemic on mental health. Brazilian Journal of Psychiatry 2020. http:/dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0981.
- Schwind JS, Norman SA, Brown R, Hoffmann Frances R, Koss E, Karmacharya D, Santangelo SL. Association Between Earthquake Exposures and Mental Health Outcomes in Phulpingdanda Village After the 2015 Nepal Earthquakes. Community Mental Health Journal 2019;55:1103-1113.
- Segrin C, Passalacqua SA. Functions of loneliness, social support, health behaviors, and stress in association with poor health. Health Communication 2010;25:312-322.
- Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. JAMA 2020;323(21):2133-2134. doi: 10.1001/jama.2020.5893.
- Sjöberg A, Pettersson-Strömbäck A, Sahlén K, Lindholm L, Norström F. The burden of high workload on the health-related quality of life among home care workers in Northern Sweden. International Archives of Occupational and Environmental Health 2020;1-18. https://doi.org/10.1007/s00420-020-01530-9.
- Styra R, Hawryluck L, Robinson S i sur. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. Journal of Psychosomatic Research 2008;64:177-183.
- Tam CW, Pang EP, Lam LC, Chiu HF. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. Psychological Medicine 2004;34(7):1197-1204.
- Tan BY, Chew NW, Lee GK, i sur. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. Annals of Internal Medicine 2020. https://doi.org/10.7326/M20-1083.
- Twigg E, Barkham M, Bewick BM, Mulhern B, Connell J, Cooper M. The Young Person's CORE: Development of a brief outcome measure for young people. Counselling and Psychotherapy Research 2009;9:160-168. http://doi.org/10.1080/14733140902979722.
- Wang J, Okoli C, He H i sur. Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary

hospitals: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies 2020;102:103472. https://doi.org/10.1016/j.ijnur stu.2019.103472.

- Wheaton MG, Abramowitz JS, Berman NC, Fabricant LE, Olatunji BO. Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic. Cognitive Therapy Research 2012;36:210-218. https://doi.org/10.1007/s10608-011-9353-3.
- Willan J, King AJ, Jeffery K, Bienz N. Challenges for NHS hospitals during covid-19 epidemic Healthcare workers need comprehensive support as every aspect of care is reorganised BMJ 2020;368:m1117. https://doi.org/10.1136/bmj.m1117.
- World Health Organization: Mental Health Considerations During COVID-19 Outbreak. Geneva, World Health Organization, 2020.
- Xiang YT, Yang Y, Li W i sur. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. Lancet Psychiatry 2020;7(3):228-229.
- Xiao H, Zhang Y, Kong D i sur. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. Medical Science Monitor 2020;26:e923549.
- Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. Lancet Psychiatry 2020;7:e21.
- Zhang W, Wang K, Yin L i sur. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. Psychotherapy and Psychosomatics 2020;1-9. doi:10.1159/000507639.

7. poglavlje

Neuroznanost i briga o sebi

Maja Bajs Janović

Svijest o osobnoj odgovornosti za vlastitu dobrobit (engl. *well-being*) i autonomno odlučivanje o životnim i zdravstvenim ishodima doprinose popularnosti trenda brige o sebi (engl. *self-care*), koji se promovira kao strategija čuvanja zdravlja i kvalitetnog i funkcionalnog života. Koncept brige o sebi uključuje brigu o osobnoj emocionalnoj, tjelesnoj i duhovnoj dobrobiti (engl. *well-being*) s ciljem pozitivnih zdravstvenih ishoda, kao što su umirenje stresa, poboljšanje imunološkog odgovora, povećana produktivnost i porast samopoštovanja, te smanjenje obolijevanja i dizabiliteta uslijed bolesti. Tradicionalno, briga o sebi uključuje osnovne postupke, kao što je higijena, prehrana, san, tjelesna aktivnost, i stručne medicinske postupke radi prevencije bolesti i očuvanja zdravlja (liječenje, cijepljenje, rehabilitacijski postupci i sl.). Promocija brige o sebi doprinosi i očuvanju zdravlja zajednice.

Briga o sebi, u politici zdravstvene skrbi i medicine, strategija je najčešće usmjerena bolesnicima, s ciljem osnaživanja bolesnika u suočavanju s zdravstvenim poteškoćama ili bolešću i poboljšanjem ishoda liječenja. Suvremeni trendovi brige o sebi usmjereni su i prema zdravim osobama koje žele poboljšati svoju kvalitetu života općenito ili neki segment funkcioniranja, npr. produktivnost, ravnotežu privatnog i poslovnog života, upravljanje stresom i drugo.

Istraživanja zdravlja zdravstvenih profesionalaca pokazuju zabrinjavajuće trendove u morbiditetu, mortalitetu i smanjenoj kvaliteti života, zajedno sa smanjenjem produktivnosti i zadovoljstva u radu te povećanu učestalost sindroma izgaranja na poslu. S obzirom na

izloženost visoko stresnim zahtjevima i okolini rada, strategije očuvanja zdravlja i prevencije bolesti za zdravstvene profesionalce općenito su nedostatno promovirane pa učestala ponašanja, kao neki oblici ovisnosti (nikotin, kofein), nereguliran san uslijed noćnog rada, neredovit odmor, neredovita tjelesna aktivnost, povećana tjelesna težina uslijed nedostatka zdravih obroka i ritma prehrane, dovode do psihofizičkog iscrpljenja i osjećaja kroničnog umora i stresa. Mehanizam zanemarivanja brige za sebe u zdravstvenim profesijama ne može se jednostavno objasniti. Zahvaljujući zdravstvenog edukaciji i altruističkim osobinama, zdravstveni profesionalci pouzdano mogu biti izvrsni promotori strategija brige o sebi – prvenstveno ako sami započnu brinuti o sebi.

Razvoj neuroznanosti doveo je do značajnih spoznaja o razvoju, strukturi i funkcioniranju mozga te odnosu središnjeg živčanog sustava s tjelesnim sustavima. Istraživanja mozga pokazala su strukturalne i funkcionalne promjene mozga tijekom razvoja i starenja, uslijed stresa i učinaka okoline, te učinaka tjelesne aktivnosti, nutritivnih čimbenika, emocionalnih i mentalnih stanja i ostalog. Zahvaljujući neuroplastičnosti, koja predstavlja kapacitet neurona, neurotransmisije i neurokonektivnosti za promjenu na strukturnoj, funkcionalnoj i molekularnoj razini, mozak odgovara na vanjske i unutarnje učinke i tako gradi svoju prilagodbu, koju možemo mjeriti neuroznanstvenim metodama.

Povijesno, stariji dijelovi mozga u moždanom deblu reagiraju na percepciju opasnosti putem stresnog mehanizma, fight/flight/freeze odgovora jer mozak stalno sondira teren na opasnosti. Instinkti za opstanak i percepciju opasnosti i dalje su ugrađeni u naš neuralni sustav u području limbičke regije, i povremeno ih trebamo u situacijama krize ili opasnosti. No, ovi se mehanizmi uključuju i kad osjećamo suvremenije oblike opasnosti – stres, umor, emocionalna povreda, negativne misli pa hiperaktivirana limbička regija reagira intenzivnije nego što je realna opasnost, što dovodi do preplavljivanja hormonima stresa, što oštećuje tjelesno i psihičko zdravlje. Neuroznanost pruža dokaze da specifične tehnike brige o sebi u odgovoru na stres primarno mobiliziraju noviji dio mozga, frontalni

korteks, koji je odgovoran za donošenje odluka i kontrolu ponašanja i emocija. Stanje odgovora na stres, posredovano frontalnim kortikalnim funkcijama za organizam povoljnije je od stanja limbičke reakcije na stres. Redovitost u tehnikama koje umiruju limbičku hiperekscitiranost, a podržavaju frontalnu kortikalnu aktivnost (npr. duboko disanje, tjelovježba, relaksacijske tehnike) dovodi do povećanja otpornosti na stres, zahvaljujući neuroplastičnosti mozga. Premda većinu vremena mozak funkcionira automatski, usmjeravan navikama i emocionalnim reakcijama, moguće je, putem brige o sebi, osnažiti prefrontalne funkcije razmišljanja i donošenja dobrih izbora.

Neuroznanost nalazi da učestala stimulacija neuronskih puteva osnažuje neuronske mreže, koje postaju čvršće i reaktivnije (D. Hebb, 1949: „*Neurons that fire together, wire together*."). Što češće je neki neuronski put stimuliran, sljedeći put ga je lakše aktivirati. Stoga briga o sebi uključuje rutinsko ponavljanje, odnosno, treniranje onih metoda, koje donose dobrobit za mozak i smanjuju učinke stresa.

Programi brige o sebi uključuju nekoliko osnovnih rutina, koje djeluju od perifernog (tjelesnog, osjetilnog) prema mozgu (*bottom-up*) i od mozga prema periferiji (*top-down*). Regulacija aktivnosti kao što su tjelesna aktivnost, odmor i san, relaksacija i vježbe disanja, vještine pozitivnog mišljenja, zahvalnosti i suosjećanja sa sobom i druge, doprinosi homeostazi odnosa mozak-tijelo.

Vježbanjem do sretnog mozga

Brojne neuroznanstvene studije u ljudi i životinja potvrđuju učinke tjelesnog vježbanja na strukturu i funkciju središnjeg živčanog sustava. Već i umjerena tjelesna aktivnost ima učinak na funkcije mozga, uključujući poboljšanje raspoloženja i smanjenje anksioznosti. Zahvaljujući neuroplastičnosti mozga, vježbanje inducira stvaranje novih sinapsi i neuralnih puteva koji osiguravaju optimalnu funkcionalnu organizaciju mozga.

Na strukturalnoj razini, uočava se da vježbanje povećava volumen regija mozga povezanih s funkcijama pamćenja, koordinacije

zadataka, planiranja i kontrole ponašanja (prednji cingulum, motorička regija). Aerobni trening dovodi do povećanja volumena prednjeg hipokamusa za 2% što već povećava funkciju spacijalnog pamćenja (Erikson i sur, 2013). Zdravi hipokampus, koji ima stabilan dotok krvi i kisika, čvršći je i fleksibiliji, i stoga bolje podnosi učinak hormona stresa. Stoga promotori neuroznanosti u *well-being*-u promoviraju ideju *mozga kao mišića* („*brain muscle*“), čime se naglašava značaj tjelesnog vježbanja u razvoju i zaštiti funkcija mozga, naročito jačanju funkcija hipokampusa i prefrontalnog korteksa, dviju regija koje se prve mijenjaju u psihičkim i neurološkim poremećajima i starenju, što dovodi do kognitivne disfunkcije.

Na funkcionalnoj razini, studije pokazuju da svako novo vježbanje pojačava učinkovitost sinaptičke transmisije i osnažuje relevantne neuronske mreže, što se funkcionalno očituje u bržim i snažnijim kognitivnim odgovorima u nekoliko domena – brzina procesuiranja informacije i pažnja, inteligencija, spacijalno učenje, pamćenje i prepoznavanje novih objekata, kognitivnu fleksibilnost i verbalno učenje. Za vrijeme vježbanja, saturacija kisikom i angiogeneza pojačani su u prefrontalnom korteksu koji je odgovoran za racionalno razmišljanje, te socijalne, tjelesne i intelektualne kapacitete.

Na molekularnoj razini, vježbanje povećava neurotransmisiju neurotrofina (*Brain-derived neurotrophic factor (BDNF), Insulin-like growth factor, basic fibroblast growth factor*), koji su odgovorni za razvoj i diferencijaciju neurona u razvojno doba, te dendritičko granjanje i sinaptičku aktivnost u odrasloj dobi. Osobe koje redovito vježbaju imaju dulje telomere, što sprječava ubrzano starenje i smanjuje rizik vaskularnih i metaboličkih bolesti.

Vježbanje snižava razinu stresnih hormona (adrenalina, kortizola) i njihov učinak na mozak, što umiruje reaktibilnost limbičke regije i smanjuje anksioznost te povećava funkcionalnost ventralnog hipotalamusa (učenje i pamćenje). Osobe koje vježbaju bolje podnose stres jer, premda se za vrijeme vježbanja otpuštaju isti stresni hormoni, slično kao u *fight/flight* reakciji, dolazi i do specifičnog otpuštanja GABA, inhibicijskog neurotransmitora koji sprječava pretjeranu ekscitaciju neurona. To omogućava mozgu bolju diferencijaciju

između realne opasnosti i nepostojeće opasnosti, što utječe na redukciju anksioznosti. Stoga redovito vježbanje dovodi do bolje kontrole stresa, emocija i ponašanja.

Vježbanje promptno povećava razinu neurotransmitora dopamina, serotonina i noradrenalina u mozgu što ima učinak hiperstimulacije mozga i povećanje fokusa i vremenske reakcije, koji može trajati i do dva sata nakon vježbanja. Učinak pojačane neurotransmisije nakon vježbanja osjeća se kao naglo dobro stanje – „runner's high“ koje je privremeno euforično stanje koje uključuje povišeno raspoloženje, zadovoljstvo i općenito osjećaj dobrobiti. Povećani učinak ovih neurotransmitora često je vrijedna nagrada nakon muke prilikom vježbanja. Redovitost vježbanja dovodi do prolongiranja osjećaja dobrobiti i zadovoljstva, a vježbanje tako ima protektivan učinak na mozak. Osim toga, neurotransmisija serotonina i noradrenalina ubrzava funkciju procesuranja informacija, alertnost i energiju.

Sve vrste vježbanja nemaju jednake zdravstvene učinke, jer pojedina aktivnost aktivira određene dijelove tijela i mozga. Neuroznanstvena istraživanja pokazuju da najbolji učinak protiv starenja i stresa ima kombinacija vježbi izdržljivosti s treningom visokog intenziteta.

Izbor vježbi s obzirom na potencijalne učinke na funkciju mozga:

Poboljšanje koncentracije i fokusa: yoga, tai chi, aerobik.

Poboljšanje pamćenja: aerobik, hodanje, bicikliranje.

Povećanje cirkulacije: kardiotrening (hodanje, bicikliranje, trčanje, plivanje, boks, vijača i skijanje)

Protiv stresa i anksioznosti: yoga; Protiv depresivnosti: aerobik, trening izdržljivosti.

Osim redovitosti, važna i duljina treninga, a intenzitet treninga pozitivno je povezan s poboljšanjem kognitivnih funkcija. Studije pokazuju da isključivo dobrovoljno vježbanje ima povoljni neuromodulatorni učinak, pa u odluci o vježbanju treba sudjelovati s punom voljom.

Mozak i duboko disanje

Disanje je blisko povezano s mentalnim funkcijama, a psihofiziološke promjene u interakciji mozga i tijela primjećuju se u svim meditativnim i relaksirajućim tehnikama koje koriste voljno usporavanje frekvencije disanja ili tehniku dubokog disanja. Mehanizam koje povezuje voljno duboko disanje s psihofiziološkim promjenama u organizmu nije poznat. Istraživanja pokazuju da je duboko disanje povezano sa autonomnim i središnjim živčanim sustavom, i psihičkim stanjem. EEG studije dubokog disanja pokazuju povećanje alfa valova i smanjenje theta valova. Funkcionalni magnet mozga osobe koje voljno duboko diše pokazuje povećanu kortikalnu (prefrontalni, motorički i parijetalni korteks) i subkortikalnu aktivnost (pons, talamus, hipotalamus i ostalo). Psihološki i ponašajni učinci voljnog dubokog disanja su povećan osjećaj utjehe, opuštanja, ugode, energije i alertnosti dok su smanjeni pobudljivost, anksioznost, depresivnost, ljutnja i dezorganizacija. Voljno duboko disanje povećava fokus i koncentraciju. No, forsirano nevoljno duboko disanje, npr. u stresu, nema takav učinak.

Brojne su tehnike dubokog disanja, a radi se o voljnom udisanju i izdisanju uz pomoć aktivnosti dijafragme, oko 9-10 udisaja u minuti. U osobe koja koristi tehnike dubokog disanja opservira se umirenje simpatičke reaktivnosti i smanjeno otpuštanje kortizola te aktivacija parasimpatičkog sustava, kojim se postiže umirenje. U zapadnim kulturama, tehnike disanja uglavnom se koriste terapijski (pulmologija, progresivna relaksacija, autogeni trening, biofeedback), dok se u istočnim kulturama vjeruje da se dubokim disanjem postiže više stanje svijesti.

Tehnike dubokog disanja dovode do prevladavanja parasimpatičke autonomne aktivnosti u odnosu na simpatičku, koja je posredovana n. vagusom, koji transmitira interoceptivnu informaciju od unutarnjih organa do središnjeg živčanog sustava. Duboko disanje je *top-down* proces gdje se pažnja (usmjerena voljno putem kognitivne intencije) voljno usmjerava na disanje, s ciljem aktivne kontrole ritma disanja. Duboko disanje na nos dovodi do stimulacije olfaktornog bulbusa i finog podešavanja talamičkih i kortikalnih aktivnosti. Animalne studije

pokazuju da disanje na nos modulira autonomni sustav i moždanu aktivnost putem mehaničke i kemijske stimulacije receptora u nosu. Disanje na usta nema takav učinak.

Ravnomjernost disanja ima učinak na ravnomjernu aktivnost neurona u locusu ceruleusu u moždanom deblu, koji je odgovoran za disanje i pažnju. Mirnije disanje povećava fokus, dok uznemireno disanje dovodi do dekoncentracije. Neuroznanost otkriva da svaki udisaj aktivira simpatički sustav, više udisaja povećava uzbuđenost, fokus i budnost, te strah i pobuđenost koji su bitni za fight/flight reakciju prilikom percepcije opasnosti. Izdisaj aktivira parasimpatički sustav, pa se relaksirajući učinak dubokog disanja zasniva se na kraćem udisanju, a duljem izdisanju. Više izdisaja dovodi do opuštanja i umirenja.

Naprednije tehnike disanja koristi yoga, pri čemu se uključuju *top-down* komponente kao što su pažnja, radna memorija i izvršno monitoriranje. Funkcionalna snimanja mozga pokazuju da neuralne mreže povezane s tim funkcijama su središnja izvršna mreža (dlpfc, posteriorni parijetalni korteks) i fronto-parijetalna mreža (dlpfc, prednji cingulum, inferiorni frontalni spoj, dio motoričke regije i intraparijetalni sulkus). Izvršna homeostatska mreža uključuje prednji cingulum, prefrontalni i inzularni korteks, regije koje su uključene u samo-spoznaju i kognitivnu modulaciju.

Ostale relaksacijske tehnike s antistresnim učinkom su: progresivna mišićna relaksacija, vođena fantazija, meditacija/mindfulness, yoga/tai chi/qigong, repetitivna molitva. Sve relaksacijske tehnike vođene su svjesnim upravljanjem iz prefrontalnog korteksa s ciljem umirenja limbičke hiperaktivnosti i redukcije stresnih učinaka na organizam. Voljno vježbanje i ponavljanje relaksacijskih tehnika smatra se da učvršćuje neurotransmisijske puteve i osnažuje prefrontalnu kontrolu u regulaciji odgovora na stres.

Mozak na odmoru

Kapacitet mozga za rad oscilira tijekom izvršavanja nekog zadatka. Svakih 90-120 minuta rada, mozak prolazi ciklus različitog intenziteta

performansi. U prvoj fazi, kognitivne funkcije su najbolje, zahvaljujući natrijevim i kalijevim ionima koji oporavljaju električnu aktivnost mozga. Nastavljanje rada na istom zadatku dulje vremena dovodi do pada fokusa i smanjenja produktivnosti. Kada radi istim ritmom, mozak treba nove ione za oporavak svoje funkcije. Kratki odmor za mozak (10-20 minuta) nakon svakih 1-2 sata rada, osvježit će neurokemijsku interakciju u mozgu, što dovodi do stimulacije mozga i povratka na optimalnu produktivnost u radu nakon odmora. Odmor nakon rada, koji oporavlja funkciju mozga, je kratak i aktivan, može biti motorička – šetnja, vježba, istezanje, ili socijalna aktivnost – druženje s kolegama, ili kombinacija, šetnja s kolegama. Rutinu rad – odmor koristimo i spontano, no često se odmaramo tek kad osjetimo iscrpljenost. Za najbolje rezultate potrebno je uvježbati rutinu omjera rada i odmora, koja će, zahvaljujući neuroplastičnosti, promijeniti performanse mozga. I ovdje je potrebna kognitivna strategija povećanja svjesnosti o rasporedu rada i odmora. Istraživanja pokazuju da i dulji odmor, npr. godišnji, ima pozitivan učinak na funkciju mozga. Opuštanje dovodi do konsolidacije memorije i znanja, kreativnosti, stvaranja novih rješenja, te povećanja produktivnosti. Za vrijeme odmora, mozak bolje usvaja nove sadržaje i vještine, i to je optimalno vrijeme za uvođenje novih aktivnosti brige o sebi.

Spavanje je primarna biologijska ljudska potreba, bez koje ne bismo preživjeli, kao hrana i voda, a trećinu života osoba provodi spavajući. Istraživanja mozga u spavanju pokazuju različitu aktivnost mozga u različitim stadijima spavanja. Deprivacija sna mijenja funkcionalnu povezanost između prefrontalnog korteksa i centra za nagradu i procesuiranje emocija te dovodi do poremećaja u izvršnom funkcioniranju, što se manifestira promjenama ponašanja (iritabilnost, dezinhibicija, emocionalna preosjetljivost). Povezanost prefrontalnog korteksa i limbičke regije se također smanjuje u nesanici, što rezultira smanjenom kontrolom amigdala i povećanom osjetljivosti na stres, uslijed povećanog otpuštanja kortizola. Nesanica povećava razinu beta-amiloida u hipokampusu i talamusu, što povećava rizik za Alzheimerovu demenciju, a povezana je i s psihičkim poremećajima. San ima 4 faze; duboki san (faza 3) ima ulogu u tjelesnom oporavku, regulaciji hormona i rastu, a u REM fazi sna (faza 4), mozak procesuira

i sintetizira memoriju i emocije, što ima značajnu ulogu u učenju i konsolidaciji pamćenja te višim kortikalnim funkcijama. Nedostatak REM spavanja povezan je s sporijim kognitivnim i socijalnim procesuiranjem, dovodi do problema koncentracije i pamćenja te poteškoća izvršavanja složenih zadataka, donošenja odluka i ponašanja u socijalnim odnosima. Zdravo spavanje, 7-8 sati noću za odraslu osobu, poboljšava kognitivne i emocionalne funkcije i održava zdravlje mozga i cijelog organizma. Nadoknada sna, nakon noćnog rada ili kraće dnevno spavanje (20 minuta) neće u potpunosti oporaviti učinak gubitka sna, ali imaju restorativnu ulogu.

Negativne i pozitivne misli

Negativne misli su automatske, i čine do 80% svakodnevnog razmišljanja. Ova se automatska funkciju mozga naziva negativni bias, a predstavlja adaptacijsku funkciju ljudske psihologije važnu za opstanak u opasnoj okolini, jer aktivira kaskadu stresne reakcije, ali fiksira na potencijalnoj prijetnji. Negativne misli povezane su s hiperaktivnom desnim prefrontalnim korteksom, a povećavaju hiperaktivnost u limbičkim regijama. Smanjena je aktivnost cerebeluma, što smanjuje koordinaciju, ravnotežu, brzinu misli i rad s drugima. U ovom stanju, mozak gubi metaboličku energiju iz prefrontalnog korteksa pri čemu se smanjuje optimalna funkcija. Negativne emocije se mogu stalno ponavljati kao i osjećaj psihičke patnje, zbog čega fokusiranje na negativne impulse kreira one sinapse i neurotransmisiju koja podržava negativni tijek misli i smanjuje kognitivne funkcije. Negativni sadržaji se brže pamte i procesuiraju, na njih više upravljamo pažnju, a teže ih otklanjamo.Stoga potraga za stanjem pozitivnog razmišljanja nije jednostavna jer se pozitivne misli moraju više uvježbavati. Pozitivna misao sa svjesnim upravljanjem procesom razmišljanja ima učinak na funkciju prefrontalnog korteksa, a umiruje limbičku regiju. Povećana funkcija prefrontalnog korteksa povezuje se s kreativnošću, kognitivnom fleksibilnoću i bržim procesuiranjem, širi se raspon pažnje i otvara percepcija, uključujući socijalne odnose. Tehnike pozitivnog mišljenja uključuju kognitivne tehnike: svjesno korištenje pozitivnih afirmacija, smanjivanje kriticizma

(negativnog *self-talka*), preformuliranje negativnih misli, te razvoj vještina suosjećanja prema sebi i zahvalnosti. Naravno, s obzirom na povezanost mozga i tijela, i tjelesne tehnike, kao što su vježbanje, tjelesna aktivnost i duboko disanje pospješit će pozitivno razmišljanje i pozitivne osjećaje.

Suosjećanje sa samim sobom

Suosjećanje sa samim sobom (engl. *self-compassion*) prirodno se ne razlikuje od suosjećanja s drugom osobom. Suosjećanje pruža osjećaj pripadnosti ljudskoj zajednici, jer su iskustva patnje, neuspjeha i pogrešaka povijesna i univerzalna. Suosjećanje sa samim sobom uključuje razumijevanje i otvorenost za osobno iskustvo neugode, neuspjeha i patnje, zajedno sa iskustvom ljubavi i dobrote prema sebi. U tome je osnova pronalaženja osobne ravnoteže unutar životnih iskustava te spoznaja samoga sebe unutar ljudske zajednice. Kombinacija svijesti o sebi i svijesti o drugima donosi osobni mir, radost i osobni rast u razumijevanju sebi i drugih (Neff, 2003). Istraživanja nalaze da je suosjećanje sa sobom pozitivno povezano sa samo-pouzdanjem, samo-prihvaćanjem, samo-određenjem, autonomijom, kompetencijom i povezanošću s ostalima, razvija zadovoljstvo sa životom i sposobnost suočavanja s emocijama, a štiti od štiti od depresije i anksioznosti. I samo zamišljanje suosjećanja i ljubavi prema sebi smanjuje razinu stresnih hormona (Rockliff i sur). Suosjećanje prema sebi ima neutralizirajući učinak na bolne osjećaje i tako mijenja mentalne i emocionalne obrasce, i umiruje tjelesni odgovor na stres. Neurobiološki, radno pamćenje, povezano s procjenjivanjem samo-suosjećanja, pozitivnim mislima o sebi i emocionalnim vrednovanjima, inicijalno aktivira prefrontalne regije mozga, uključujući prednji cingulum, ventromedijalni i dorzolateralni prefrontalni korteks u produkciji govora, modulaciji afektivnog tona, potencijalnom rješavanju konflikta i stvaranju pozitivnog samo-govora.

Zahvalnost za mozak

Zahvalnost je snažan ljudski osjećaj, a u kontekstu pozitivne psihologije, potvrđuje dobre stvari u životu. Zahvalnost uključuje

pozitivni emocionalni odgovor na pružanje ili primanje neke dobrobiti. Psihološki učinci zahvalnosti su brojni – osjećaj sreće, pozitivnosti, razvija odnose s drugima, smanjuje stres, poboljšava san i odmor, razvija emocionalnu svijest, energiju i radni entuzijazam, povećava produktivnost i predanost. Zahvalnost se povezuje s transmisijom dopamina i serotonina te oksitocina. Neuralni mehanizmi odgovorni za osjećaje zahvalnosti imaju izvor u desnom prednjem temporalnom korteksu. Osobe koje prakticiraju zahvalnost imaju veći volumen sive tvari u desnom inferiornom temporalnom girusu, što se povezuje s poboljšanjem raspoloženja i osjećajem sreće. Studije nalaze da zahvalnost aktivira regije centra za nagradu (ventromedijalni prefrontalni korteks, prednji cingulum i strijatum) i mentalizacijske regije (temporo-parijetalni spoj, superiorni temporalni girus i stražnji cingulum) mozga. Svakodnevna vježba zahvalnosti potiče fokusiranje pažnje na objekte zahvalnosti i stvara pozitivne osjećaje zadovoljstva što utječe na neuroplastičnost mozga.

Igra s neurotransmitorima

Neuroznanost dovodi uvid u mogućnost upravljanja neurotransmisijom i postizanje boljih funkcija mozga putem određenih aktivnosti koje aktiviraju specifične regije mozga. Pozitivno razmišljanje i pozitivne emocije posreduju 4 neurotransmitora: serotonin, dopamin, oksitocin i endorfini. Premda nema konkluzivnih dokaza o direktnom učinku ili potrebnom intenzitetu za postizanje učinka, aktivnosti, za koje se smatra da imaju učinak na neurotransmisiju, osnovne su u programima brige o sebi.

Predložene aktivnosti koje pojačavaju neurotransmisiju:

Dopamin

Funkcije: motivacija, učenje, ugoda, determiniranost u ostvarivanju ciljeva, želja i potreba

Nedostatak: prokrastinacija, smanjeno samo-poštovanje, pad motivacije, fokusa i energije, anksioznost, bespomoćnost, promjene raspoloženja.

Pojačivači: završavanje nekog zadatka, proslava malih pobjeda, dnevna lista zadataka (to-do list), dugoročno planiranje, hrana (bogata L-tyrozinom), aktivnosti brige o sebi, vježbanje, zahvalnost, meditacija. Kreativni rad: pisanje, umjetnički rad.

Serotonin

Funkcije: stabilizacija raspoloženja, osjećaj značajnosti i važnosti u skupini, samoprihvaćanje

Nedostatak: smanjeno samopoštovanje, anksioznost/panika, nesanica, opsesivnost, promjene raspoloženja, depresivnost, bespomoćnost, socijalna fobija, preosjetljivost.

Pojačivači: šetnja u prirodi, plivanje, bicikliranje, trčanje, meditacija, yoga, hrana, sunce, hladan tuš, masaža. Serotoninska hrana

Oksitocin

Funkcije: ljubav i privrženost, osjećaj povjerenja, motivacija za izgradnju i održavanje odnosa s drugim ljudima.

Nedostatak: osjećaj osamljenosti, distres, gubitak energije i motivacije, nesanica, anksioznost i otuđenost.

Pojačivači: igra s ljubimcem (dlakavim - dodir), druženje s bliskim osobama (socijalizacija), držanje za ruku, zagrljaj, davanje i primanje komplimenta, pomaganje drugima. Slušanje glazbe. Masaža, akupunktura, hladan tuš. Meditacija. Tjelesni dodir stimulira otpuštanje oksitocina kod svih sisavaca.

Endorfini

Funkcija: smanjuje bol, odgovor na bol i stres, smanjuje anksioznost i depresivnost

Nedostatak: anksioznost, depresivnost, impulzivnost, bol, nesanica, promjene raspoloženja.

Pojačivači: smijeh, plakanje, meditacija, masaža, vježbanje – istezanje, zabavni sadržaji, mirisi, tamna čokolada, začinjena hrana, stvaranje umjetnosti/sviranje.

Manipulacija nervusom vagusom

Nervus vagus je najdulji živac u organizmu i povezuje mozak sa svim organima u tijelu, uključujući probavni sustav, srce i pluća. Njegova je uloga isto značajna u parasimpatičkom živčanom sustavu jer facilitira opuštanje i probavljanje. Ima učinak na disanje, probavu i frekvenciju srce, smanjuje stres, frekvenciju rada srca i krvni tlak, potiče probavu i procese specifične za stanje opuštanja. No, za otpornost na stres i oporavak od stresa najznačajniji je tonus n. vagusa, odnosno unutarnji biologijski proces koji predstavlja aktivnost živca. Povećanje tonusa n. vagusa aktivira parasimpatički sustav i dovodi do opuštanja – što je bolji tonus, opuštanje nakon stresa je brže i učinkovitije. Postoji pozitivna povezanost između vagalnog tonusa, pozitivnih osjećaja i tjelesnog zdravlja. FDA je odobrio uređaj za stimulaciju vagalnog tonusa u depresiji rezistentnoj na liječenje. Stimulacija vagusa šalje poruku središnjem živčanom sustavu za uključivanje stanja opuštanja i mirnoće.

Metode za stimulaciju vagalnog tonusa s anti-stresnim učinkom:

Akutno izlaganje hladnoći („ohladi“): aktivira vagus i kolinergičke neurone. Kontinuirano izlaganje hladnoći smanjuje simpatičku reakciju i uključivanje *fight/flight* reakcije i osnažuje parasimpatičku opuštajuću reakciju što dovodi do umirivanja preosjetljivosti na stres. Hladan tuš, umivanje hladnom vodom, pranje ruku hladnom vodom (do lakta) primjeri su brzih metoda smirivanja stresa.

Duboko disanje, koje aktivira dijafragmu (izdisaj dulji od udisaja, kod udisaja, abdomen se širi prema van) aktivira vagus: vidi ranije u tekstu.

Pjevanje, grgljanje, mumljanje, chanting: vagus inervira glasnice i mišića zadnjeg dijela grla, a ove aktivnosti aktiviraju muskulaturu grla i stimuliraju vagus.

Probiotici: odnos mikrobiota i mozga posredovan je vagusnim živcem, smatra se da smanjuje stresne hormone, anksioznost i depresivnost učinkom na GABA transmisiju u mozgu.

Meditacija: stimulira vagus i opuštanje, pozitivne emocije i suosjećanje sa sobom te smanjuje aktivnost simpatičkog sustava.

Omega-3 masne kiseline značajne su za električnu aktivnost mozga i živčanog sustava, pojačavaju vagalni tonus i aktivnost, smanjuju srčanu frekvenciju i povećavaju srčanu varijabilnost, te parasimpatičku aktivnost.

Vježbanje stimulira vagus, ima učinak na hormon rasta, štiti mitohondrije i sprječava kognitivnu deterioraciju (vidjeti ranije). Vježbanje je najučinkovitija metoda za oporavak od stresa. Šetnja, dizanje tereta i trčanje su najučinkovitiji u kombinaciji.

Masaža stimulira vagus i vagalnu aktivnost, a ovisi o regijama tijela. Stimulira neurotransmisiju dopamina, serotonina i oksitocina.

Socijalizacija i humor smanjuju stresne hormone i stimuliraju vagus, dovode do povećanja vagalne aktivnosti i boljeg raspoloženja. Učenje mijenja strukturu i funkcionalnost mozga.

Učenje s mozgom

Neuroznanost i kognitivne znanosti donose nova znanja o povezanosti učenja i promjenama neutrobiologije. Učenje ima učinak na strukturu i funkcionalno povezivanje mozga; učenje specifičnih vještina stvara specifične promjene u regijama mozga odgovornim za specifičan zadatak. Neurobiologijske učinci učenja na mozak mogu se pokazati elektrofiziološkim i neuroimaging metodama. Učenje potiče neuroplastičnost i dovodi do veće gustoće mijelina, što poboljšava kognitivne funkcije. Naravno da sposobnosti učenja ovise o neurobiologiji. No, emocionalno stanje i stanje stresa ometaju učenje

pa se pretpostavlja da metode koje smanjuju stres i umiruju negativne emocije povećavaju učinkovitost učenja. Istraživanja pokazuju da stres, stresni hormoni i neurotransmisija tijekom stresnog događaja moduliraju učenje i proces pamćenja. Premda stres može povećati formaciju pamćenja, oštećuje ostale funkcije pamćenja (prisjećanje, dugoročno pamćenje, brzinu i dr.). Stres može povećati sposobnost učenja – najbolje pamtimo stvari i događaje koji su povezani s jakim emocijama. Povećana sposobnost pamćenja u stresu povezuje se s hiperaktivnošću amigdala do koje dolazi zbog učinaka stresnih hormona. Amigdala je odgovorna za emocionalnost koja prati pamćenje. Emocionalno prisjećanja aktivira amigdala, što učvršćuje pamćenje i dovodi do konsolidacije pamćenja i stvaranja dugoročnog pamćenja putem sinaptičke aktivnosti koja dovodi do kreiranja reprezentacije pamćenja. Učenje novih vještina ili sadržaja povezuje se i s pozitivnim osjećajima, koje posreduje dopaminska transmisija do limbičke regije, uključujući amigala i hipokampus. Učenje se povezuje s povećanim samo-poštovanjem, osjećajem značajnosti i socijalnom uključenosti. Učenje smanjuje stres, a kontrola stresa povećava sposobnost učenja novih sadržaja. Učenje stimulira mozak i povećava otpornost prema stresu, štiti od preranog starenja, te omogućava rast i razvoj sposobnosti. Tako je i s učenjem novih vještina brige o sebi, koje zajedno imaju pozitivan ishod na čuvanje zdravlja i povećanje zadovoljstva na značajnim aspektima života.

Zaključak

Suvremene neuroznanstvene spoznaje pružaju sve veći uvid u funkcioniranje mozga i organizma u stresu i relaksaciji. Premda za većinu opisanih intervencija brige o sebi nedostaju čvrsti znanstveni dokazi (zbog nedostatka velikih randomiziranih kliničkih studija), uvjerljivost dosadašnjih istraživanja navodi na ispravnost teorija o međusobnom učinku mozga i tijela na zdravlje, funkcionalnost i otpornost na stres, u čemu značajnu ulogu ima prefrontalno-limbička komunikacija (odnos razuma i osjećaja). U izboru različitih programa brige o sebi i smanjivanja negativnog učinka stresa na zdravlje, najvažnija smjernica je osobna i intuitivna, a odnosi se na angažiranje

osobne motivacije, dobrovoljnosti i zadovoljstva u onim aktivnostima za koje stvaramo osobne dokaze o učincima za našu dobrobit i zdravlje. Treba zapamtiti da je mozak neuroplastičan, i da će razvijati onu neurotransmisiju koju ćemo poticati svojim ponašanjem i razmišljanjem pa vrijedi mobilizirati ustrajnost i strpljenje.

Antoine de Saint-Exupery: „Vi rađate ono na što ste usredotočili svoj um.“

Literatura

- Abel T, Havekes R, Saletin JM, Walker MP. Sleep, plasticity and memory from molecules to whole-brain networks. Curr Biol. 2013;23(17):R774-88.
- Carter KS, Carter R 3rd. Breath-based meditation: A mechanism to restore the physiological and cognitive reserves for optimal human performance. World J Clin Cases. 2016;4(4):99-102.
- Cathomas F, Murrough JW, Nestler EJ, Han MH, Russo SJ. Neurobiology of Resilience: Interface Between Mind and Body. Biol Psychiatry. 2019;86(6):410-420.
- de Sousa Fernandes MS, Ordônio TF, Santos GCJ, Santos LER, Calazans CT, Gomes DA, Santos TM. Effects of Physical Exercise on Neuroplasticity and Brain Function: A Systematic Review in Human and Animal Studies. Neural Plast. 2020:8856621.
- Fox GR, Kaplan J, Damasio H, Damasio A. Neural correlates of gratitude. Front Psychol. 2015;6:1491.
- Fox KC, Nijeboer S, Dixon ML, Floman JL, Ellamil M, Rumak SP, Sedlmeier P, Christoff K. Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. Neurosci Biobehav Rev. 2014;43:48-73.
- Gulyaeva NV. Molecular Mechanisms of Neuroplasticity: An Expanding Universe. Biochemistry (Mosc). 2017;82(3):237-242.
- Hötting K, Röder B. Beneficial effects of physical exercise on neuroplasticity and cognition. Neurosci Biobehav Rev. 2013;37(9 Pt B):2243-57.
- Kemper KJ, Mo X, Khayat R. Are Mindfulness and Self-Compassion Associated with Sleep and Resilience in Health Professionals? J Altern Complement Med. 2015; 21(8):496-503.
- Klimecki OM, Leiberg S, Ricard M, Singer T. Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. Soc Cogn Affect Neurosci. 2014;9(6):873-9.

- Kyeong S, Kim J, Kim DJ, Kim HE, Kim JJ. Effects of gratitude meditation on neural network functional connectivity and brain-heart coupling. Sci Rep. 2017;7(1):5058.
- Lövdén M, Wenger E, Mårtensson J, Lindenberger U, Bäckman L. Structural brain plasticity in adult learning and development. Neurosci Biobehav Rev. 2013;37(9 Pt B):2296-310.
- Lydon-Staley DM, Kuehner C, Zamoscik V, Huffziger S, Kirsch P, Bassett DS. Repetitive negative thinking in daily life and functional connectivity among default mode, fronto-parietal, and salience networks. Transl Psychiatry. 2019 18;9(1):234.
- Matta Mello Portugal E, Cevada T, Sobral Monteiro-Junior R, Teixeira Guimarães T, da Cruz Rubini E, Lattari E, Blois C, Camaz Deslandes A. Neuroscience of exercise: from neurobiology mechanisms to mental health. Neuropsychobiology. 2013;68(1):1-14.
- Mattson MP, Moehl K, Ghena N, Schmaedick M, Cheng A. Intermittent metabolic switching, neuroplasticity and brain health. Nat Rev Neurosci. 2018;19(2):63-80.
- Morris RG. D.O. Hebb: The Organization of Behavior, Wiley: New York; 1949. Brain Res Bull. 1999;50(5-6):437.
- Nahum M, Lee H, Merzenich MM. Principles of neuroplasticity-based rehabilitation. Prog Brain Res. 2013;207:141-71.
- National Research Council. "5 Mind and Brain." How People Learn: Brain, Mind, Experience, and School: Expanded Edition. 2000. Washington, DC: The National Academies Press.
- Neff KD, Knox MC, Long P, Gregory K. Caring for others without losing yourself: An adaptation of the Mindful Self-Compassion Program for Healthcare Communities. J Clin Psychol. 2020;76(9):1543-1562.
- Ohemeng KK, Parham K. Vagal Nerve Stimulation: Indications, Implantation, and Outcomes. Otolaryngol Clin North Am. 2020;53(1):127-143.
- Osório C, Probert T, Jones E, Young AH, Robbins I. Adapting to Stress: Understanding the Neurobiology of Resilience. Behav Med. 2017;43(4):307-322.
- Patel R, Spreng RN, Turner GR. Functional brain changes following cognitive and motor skills training: a quantitative meta-analysis. Neurorehabil Neural Repair. 2013;27(3) 187-199.
- Philippi CL, Cornejo MD, Frost CP, Walsh EC, Hoks RM, Birn R, Abercrombie HC. Neural and behavioral correlates of negative self-focused thought associated with depression. Hum Brain Mapp. 2018;39(5):2246-2257
- Shabbir F, Patel A, Mattison C, Bose S, Krishnamohan R, Sweeney E, Sandhu S, Nel W, Rais A, Sandhu R, Ngu N, Sharma S. Effect of diet on serotonergic neurotransmission in depression. Neurochem Int. 2013;62(3):324-9.
- Sporns O. Structure and function of complex brain networks. Dialogues Clin Neurosci. 2013;15(3):247-62.
- Stevens, Larry & Woodruff, C.. (2017). The Neuroscience of Empathy, Compassion and Self-Compassion.

- Tempesta D, Socci V, De Gennaro L, Ferrara M. Sleep and emotional processing. Sleep Med Rev. 2018;40:183-195.
- Zhang X, Zong B, Zhao W, Li L. Effects of Mind-Body Exercise on Brain Structure and Function: A Systematic Review on MRI Studies. Brain Sci. 2021;11(2):205.

8. poglavlje

Metabolički sindrom kod medicinskog osoblja

Bjanka Vuksan-Ćusa i Marina Šagud

Metabolički sindrom (MS) se definira kao skup poremećaja u vidu dislipidemije, hipertenzije, intolerancije glukoze i pretilosti i najznačajniji je prediktor ranijeg nastanka kardiovaskularnih bolesti (KVB) i rane smrtnosti. KVB koje predstavljaju glavni klinički ishod MS vodeći su uzrok smrtnosti u svijetu. Neki od najčešćih rizičnih faktora za nastanak MS višestruko su češći kod oboljelih od psihijatrijskih poremećaja –debljina (1.5-2x), šećerna bolest (2x), dislipidemija (2-3x), pušenje (2-3x) što sve rezultira u povećanju kardiovaskularnog rizika (1.5-5x) (Newcomer i sur, 2008). Osim već poznatih faktora rizika (hipertenzija, dislipidemija, pretilost, dijabetes, pušenje i dr) u zadnje se vrijeme istražuju i novi faktori rizika kao što su homocistein i C-reaktivni protein (CRP).

U općoj populaciji (odrasli) prevalencija MS u Americi prema NHANES (National Health Nutrition Examination Survey 2011-2014) iznosila je 36.5%. U istraživanju skupine autora iz 2007. g na području Hrvatske prevalencija MS je iznosila 8,8% u dobnoj skupini od 35-64 godine (7,7% za muškarce i 9,9% za žene) i 19,6% u dobnoj skupini starijih od 65 godina (15,2% za muškarce i 22,5% za žene), Prevalencija metaboličkog sindroma bila je veća u ženskoj populaciji u svim dobnim skupinama, a značajno je rasla s dobi (Vuletić i sur, 2007)

Imajući u vidu da MS predstavlja glavni rizični faktor za razvoj KVB, spolne razlike u tom sindromu mogu imati utjecaja na spolne razlike u KVB. Dosada je MS generalno bio češći kod muškaraca nego kod žena. Prevalencija MS raste općenito, a taj je porast bio izrazitiji kod

žena i u najvećoj se mjeri temelji na porastu pretilosti kod žena (Regitz-Zagrosek i sur, 2006).

Klinička obilježja metaboličkog sindroma su:

-Abdominalna pretilost

-Intolerancija glukoze/dijabetes

-Povišeni krvni tlak

- Dislipidemija/hipertrigliceridemija, povišeni apolipoprotein B, povišeni LDL, sniženi

HDL/

-Mikroalbuminurija

- Hiperuricemija i gušavost

- Markeri kronične upale/povišen C reaktivni protein,proinflamatorni citokini IL -1,

TNFa

- Povišeni tonus simpatičkog živčanog sustava

- Poremećaj fibrinolize i koagulopatija

-Kardiorespiratorne smetnje

-Masno promijenjena jetra i policistični ovariji

MS prema NCEP-ATP III kriterijima definiran je prisutnošću triju ili više navedenih

parametara:

1.abdominalna debljina :opseg struka >102 cm kod muškaraca i >88 cm kod žena

2.hipertrigliceridemija :≥1,7 mmol/L

3.nizak HDL-kolesterol:<1,04 mmol/L kod muškaraca i <1,29mmol/L kod žena;

4.hipertenzija:≥ 135/85 mm Hg;

5.povišena glukoza u serumu:≥6,1 mmol/L

Koncept alostaze i alostatskog opterećenja, koji je po mnogim parametrima blizak konceptu MS, temelji se na činjenici da stres igra značajnu ulogu u nastanku mentalnih i tjelesnih poremećaja (Mc Ewan, 2002). Stres se definira kao prijetnja, stvarna ili pretpostavljena, psihološkom ili fizičkom integritetu osobe. Stres medijatori (kortizol i kateholamini) su istodobno povezani s adaptacijom, ali i patofiziološkim mehanizmima koji sudjeluju u nastanku imunosupresije, pretilosti, hipertenzije i ateroskleroze. Gledano kratkoročno, povećana aktivnost autonomnog živčanog sustava i adrenokortikalnog sustava ima zaštitničku ulogu, ali dugoročno može djelovati štetno po zdravlje i ubrzati nastanak bolesti.Ono što u postojećem znanju nedostaje je veza izmedju ta dva kontradiktorna učinka i koje su interindividualne razlike u predispoziciji za razvoj bolesti. Alostatsko opterećenje se može objasniti kao „cijena“ koju tijelo plaća za dugoročnu prilagodbu različitim psihosocijalnim ili fizičkim nepovoljnim dogadjajima, a nastaje bilo kao posljedica „previše“ stresora ili poremećaja stres-odgovor sustava koji ostaje hiperaktivan i nakon prestanka stresne situacije. Primjeri alostatskog opterećenja su poremećaj imuniteta, akumulacija abdominalne masti, ateroskleroza, demineralizacija kostiju i atrofija moždanih stanica, osobito hipokamusa. Kortizol (mjera HPA aktivnosti), adrenalin i noradrenalin (mjere aktivnosti simpatičkog živčanog sustava) i DHEA (antagonist HPA osovine) predstavljaju primarne medijatore alostatskog opterećenja.

Model alostatskog opterećenja predstavlja kaskadu multisistemskih fizioloških disregulacija koje u konačnici doprinose nastanku različitih tjelesnih bolesti. U literaturi se spominje indeks alostatskog opterećenja koji predstavlja stupanj neuroendokrine, imunološke, metaboličke i kardiovaskularne disregulacije, a povećanje tog indeksa

povezuje se s većim morbiditetetom i mortalitetetom (Juster i sur, 2009).

MS i medicinsko osoblje

Pretpostavlja se da radni uvjeti u medicini mogu direktno utjecati na razvoj MS što se prvenstveno odnosi na nepovoljne nutritivne navike u smislu neredovitih obroka, smjenskog i noćnog rada, nedostatka vremena za odmor i relaksaciju te stalnu zaokupljenost i skrb o teškim bolesnicima. Također je poznata činjenica da je medicinsko osoblje pod povećanim rizikom za razvoj burn -out sindroma zahvaljujući visokom stupnju stresa povezanog s radnim obavezama. Većina studija je pokazala nadalje da je kronični stres povezan s razvojem MS, kako u animalnim modelima tako i u kliničkim studijama. (Ortiz i sur, 2018; Bergman i sur, 2017). Može se zaključiti kako burn-out sindrom ima utjecaja ne samo na emocionalno stanje i samopouzdanje, nego također i na metabolički profil (Sanchez-Jimenez i sur, 2018).

U jednom recentnom istraživanju nije nađena povezanost između burn -out sindoma i MS u cjelini kod medicinskih sestara koje rade u tercijarnim ustanovama, ali jest između opsega struka kao jedne odrednice MS i emocionalne iscrpljenosti, osobnih postignuća i noćnih smjena kod medicinskih sestara (Chico -Barba G i sur, 2019). Kao jedan od mogućih mehanizama povezanosti burn-outa i parametara MS spominje se hipotalamo-pituitarno-adrenalna os (HPA) koja ostaje hiperaktivna u duljem periodu što u konačnici rezultira nakupljanjem visceralne masti.(Samano i sur, 2018). Kako su sestre medicinski profesionalci, od njih se očekuje da u što većoj mjeri čuvaju svoje zdravlje kako bi bolje obavljale svoj posao, ali i promovirale zdravlje kroz socijalne uloge (role models) te edukaciju pacijenata (Priano i sur, 2018).

Još jedno recentno istraživanje mjerilo je prevalenciju te čimbenike rizika za razvoj MS kod sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te pokazalo sljedeće rezultate: prevalencija MS iznosila je 24.4 %, a niska razina HDL-kolesterola bila je najzastupljenija komponenta MS-

a. Parametri u smislu fizičke inaktivnosti, zlouporabe alkohola, burn-out sindrome bili su povezani s razvojem MS-a (das Merces i sur, 2019).

Pretraživanjem literature nalazi se mnoštvo članaka o povezanosti noćnih smjena, kvalitete spavanja i rizika za razvoj MS, čiji su rezultati ipak nekonzistentni. Nije jednoznačno potvrđena hipoteza kako bi narušena kvaliteta spavanja mogla biti medijator za razvoj MS, ali se naglašava potreba ranog screeninga za metaboličke poremećaje kod radnika koji započinju sa smjenskim radom (Cheng i sur, 2018).

Naglašava se sve više uloga promjena crijevne flore (poremećaj ravnoteže zdravih i nezdravih bakterija) usljed kroničnog stresa kao moguće poveznice između smjenskog rada, kraćeg sna, poremećaja cirkadijanih ritmova i metaboličkih bolesti. Probavna flora igra bitnu ulogu u zdravlju i osjećaju well-beinga pojedinca, a važna je za apsorpciju, metabolizam i pohranu nutrijenata te za uspostavu i održavanje imuniteta. Pretpostavka je da poremećaj sna mijenja crijevnu i želučani floru te doprinosi razvoju stanja blage, kronične upale i posljedičnih metaboličkih poremećaja (Reynolds i sur, 2017).

Istraživanja su pokazala, pored ostalih specijalnosti, razmjerno visok rizik za razvoj MS kod radiologa (Magnavita i Fileni, 2014). Od 383 liječnika radiologa koji su bili uključeni većina ih je imala barem jedan parametar MS, a 7.1 % u potpunosti zadovoljene kriterije za MS. Liječnici koji su opisali visok stupanj stresa na poslu imali su češće kriterije za MS.

U istraživanju koje je provedeno na našoj Klinici (Vuksan-Ćusa , 2010) 15 % ispitanika u skupini zdravstvenih radnika (medicinske sestre, tehničari, liječnice i liječnici-kontrolna skupina) imalo je zadovoljene kriterije za MS u usporedbi s 31% BP bolesnika i 37% sch bolesnika. Prevalencija MS u kontrolnoj skupini od 15% je bila značajno, gotovo dvostruko viša u odnosu na opću populaciju u tom trenutku. Tako velika razlika možda bi se mogla objasniti većom stopom morbiditeta zdravstvenih djelatnika zbog pojačanog stresa na poslu te ukazuje na

potrebu boljih preventivnih mjera u svrhu očuvanja zdravlja medicinskih profesionalaca (Rodwell i sur, 2009).

Rezultati našeg istraživanja pokazali su nadalje da nije bilo statistički značajne razlike između srednjih vrijednosti GUK-a kod bolesnika s BP u odnosu na sch bolesnike i zdrave kontrole, kao i srednjih vrijednosti HDL-a i kolesterola te krvnog tlaka između ispitivanih skupina.

Razine bazalnog kortizola i homocisteina značajno su bile niže u kontrolnoj skupini, a razine CRP-a bez razlike u tri ispitivane skupine. Vrijednosti DHEA kao „hormona zdravlja“ bile su bez razlike u tri ispitivane skupine. Nije bilo spolnih razlika u prevalenciji MS među sve tri ispitivane skupine.

Zaključak

U zaključku možemo reći da je medicinsko osoblje svih profila pod većim rizikom za razvoj MS u odnosu na opću populaciju. Kao mogući medijatori u literaturi se spominju burn out sindrom, noćni i smjenski rad, loše prehrambene navike, nedostatak fizičke aktivnosti, pušenje, konzumacija alkohola, promjena flore u probavnom sustavu s posljedičnim upalnim manifestacijama i pogoršanjem imunološkog statusa. Potrebna su daljnja istraživanja i uspostavljanje preventivnih mjera, kao i specifičnih intervencija u svrhu kontrole rizika za MS kod medicinskog osoblja.

Literatura

- Bergmann N, Ballegaard S, Krogh J, Bech P, Hjalmarson Å, Gyntelberg F, Faber J. Chronic psychological stress seems associated with elements of the metabolic syndrome in patients with ischaemic heart disease. Scand J Clin Lab Invest. 2017 ;77(7):513-519.
- Chico-Barba G, Jiménez-Limas K, Sánchez-Jiménez B, Sámano R, Rodríguez-Ventura AL, Castillo-Pérez R, Tolentino M. Burnout and Metabolic Syndrome in Female Nurses: An Observational Study. Int J Environ Res Public Health. 2019 ;16(11):1993

- das Merces MC, Santana AIC, Lua I, da Silva DAR, E Silva DS, Gomes AMT, Miranda MCDM, Barbosa CDS, Magalhães LBNC, Coelho JMF, Servo MLS, Portella DDA, de Souza MC, Lago SB, Araújo EMQ, Marques SC, Figueiredo VP, D'Oliveira Júnior A. Metabolic Syndrome Among Primary Health Care Nursing Professionals: A Cross-Sectional Population-Based Study. Int J Environ Res Public Health. 2019 Jul 27;16(15):2686
- Juster RP, McEwen BS, Lupien SJ. Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. Neurosci Biobehav Rev. 2009
- Lim YC, Hoe VCW, Darus A, Bhoo-Pathy N. Association between night-shift work, sleep quality and metabolic syndrome. Occup Environ Med. 2018;75(10):716-723
- Mc Ewan BS. Allostasis and Allostatic Load Implications for Neuropsychopharmacology. Neuropsychopharmacology 2002;(22):108-119
- National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults- Adults Treatment Panel III Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults- Adults Treatment Panel III .JAMA 2001;285.2486-2497.
- Newcomer JW, Nasrallah HA, McIntyre RS, McIntyre RS, Vogel-Scibilia S:Elevating the standard of care in the management of cardiometabolic risk factors in patients with mental illness. Conclusion: summary and recommendations. CNS Spectr.2008; (13):13-14
- Ortiz MS, Sapunar J.Longitudinal association between chronic psychological stress and metabolic syndrome. Rev Med Chil:2018;146(11):1278-1285.
- .Priano SM, Hong OS, Chen JL. Lifestyles and Health-Related Outcomes of U.S. Hospital Nurses: A Systematic Review. Nurs Outlook. 2018 ;66(1):66-76
- Reynolds AC, Paterson JL, Ferguson SA, Stanley D, Wright KP Jr, Dawson D. The shift work and health research agenda: Considering changes in gut microbiota as a pathway linking shift work, sleep loss and circadian misalignment, and metabolic disease. Sleep Med Rev. 2017 ;34:3-9.
- Rodwell J, Noblet A, Demir D, Steane P. The impact of the work conditions of allied health professionals on satisfaction, commitment and psychological distress. Health Care Manage Rev. 2009; 34(3):273-83.
- Sánchez-Jiménez B, Sámano R, Chinchilla-Ochoa D, Morales-Hernández R, Rodríguez-Ventura A. Demographics and Psychological Factors Associated with Adiposity in Nurses. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(4):634.
- Vuksan-Ćusa, Bjanka. Bipolarni poremećaj raspoloženja, metabolički sindrom i alostatsko opterećenje-multidimenzionalna analiza.2010. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu.
- Vuletić, S., Kern, J., Ivanković, D., Polasek, O. & Brborović, O. Metabolički sindrom u populaciji Hrvatske – kardiovaskularna multirizičnost. Acta medica Croatica. 2007: 61 (3), 239-243.

9. poglavlje

Stres generacija, rat, COVID-19

Rudolf Gregurek

Uvod

„Možemo koliko god želimo inzistirati na tome da je ljudski intelekt slab u usporedbi s ljudskim instinktima i u tome ćemo biti u pravu. Ali unatoč tome postoji nešto močno o ovoj slabosti. Glas intelekta je tih, ali ne miruje dok ne dosegne glasnoću. U konačnici, nakon beskrajnog ponavljanih odbijanja, uspijeva. Ovo je jedna od rijetkih točaka u kojoj se može biti optimističan u pogledu budućnosti čovječanstva. "

Sigmund Freud, 1939.

Živimo u svijetu punom različitih prijetnji i ponekad se čini da je nemoguće obraniti se i suočiti sa svima njima. Izdvajanje samo jedne prijetnje kao i anksioznosti koja istovremeno simbolizira čitav spektar prijetnji s kojima se suočavamo rezultirajući manifestacijom 'zajedničkih' fobičnih poremećaja, tako da su sve ostale prijetnje potisnute i simbolično spojene i neutralizirane.

S obzirom na ovu hipotezu, SARS-CoV-2 savršen je objekt tjeskobe:prvo je stvaran, ali nevidljiv, drugo specifična anksioznost može se podijeliti s cijelom grupom kao i državom jačajući monopol

stresa ili anksioznosti, te slijedeće navodne ukupne prijetnje - tj. virus – kao i sveukupni spasitelji - tj. politički voditelji i njegova odabrana medicinska savjetodavna grupa (stožer) - stvaraju novi okvir vjerovanja koji pomaže "potisnuti i umanjiti ili čak zaboraviti" ostale prijetnje, ali i zanemariti vrijednost suočavanja sa nesvjestnim i potisnutim.

Psihodinamski pristup promatra ljudsko funkcioniranje i ponašanje prvenstveno sa stajališta nesvjesnih motiva koji utječu na funkcioniranje ličnosti. Za razliku od čisto znanstvenog pristupa, naglasak je na traganju za ljudskim funkcioniranjem i ponašanjem njegovog podrijetla, osvještavajući dublje razumijevanje onoga što je "iza" manifestnog kao što su simptomi poremećaja Od rane faze psihološkog razvoja osobe doživljavajući život kroz neobične načine koji postupno određuju nečiji identitet, uključujući sve stavove, strategije suočavanja, kognitivne procese i relacijsku dinamiku. Psihodinamski pristupi i teorije daju izvanredni doprinos proučavanju ovih nesvjesnih procesa (što je složeno, jer ovisi i o motivaciji važnih činitelja društva/velike grupe) povezanih s somatskim kao i psihološkim simptomima. Ovakav pristup pomaže znanstvenom razumijevanju veze između tijela i uma/psihe, otkrivajući repetirajuće, ciklične relacijski obrasce, što se manifestira ponašanjem i funkcioniranjem pojedinaca ali i liječenje psihopatologija iz perspektiva usmjerena na psihološko.

Ljudska bića reagiraju kognitivno na svaki nepoznati stres kao što je pandemija koja nije samo biološka bolest ograničena na djelatnike u zdravstvstvu. Ona također utječe i na društvo u cijelini kroz simboličke odnose. S obzirom na svjetske razmjere COVID-19, je i dobro/izvanredno medijski pokriven što pojačava psihološke i socijalne-društvene učinke pandemije. Ti su se faktori kretali u širokom rasponu od zapostavljanja prijetnje u početku, do kasnijeg naglašavanja utjecaja virusa i bolesti u tako prepoznatljiv i moglo bi se reći opasan način da je razina stresa, tjeskobe, ponekad stvarala osjećaj panike. Primjerice, emocionalne reakcije izazvane i pojačane kontinuiranim medijskim izvještavanjem, fokusiranu su konstantnim informiranjem o broju zaraženih i umrlihTo dovodi do nepotrebnog gomilanja raznih proizvoda i stvanjem zaliha, čak i proizvoda koji nemaju stvarne veze s epidemijom, kao što je toalet papira ili vode, ali

i do nedostatka medicinski neophodnih predmeta, posebice maski. Javljala se i stigmatizacija ali i ksenofobije orkestrirane su ne/namjernim pokušajima povezivanja virus sa zemljopisnim podrijetlom, što je rezultiralo da su neka područja bila diskvalificirana, a u nekim slučajevima i porastom mržnje prema azijskim osobama.

Informiranje o pandemiji, obično je bilo povezano uglavnom o brojevima zaraženih ili mrtvih, a pri tome se nisu u početku davale jasne i konkretne obavijesti o načinima zaraze izdvajala su društvena okupljanja pri čemu ta mjera nije uvijek bilo ravnomjerna, izdvajale su se neke skupine za koje to mjerao nije vrijedila, što je dovelo do ponekih buntovnih reakcija u ponašanja stanovništva. Reakcije i ponašanje državnih vlasti nije uvijek pružalo jasan primjer. S porastom prisutnosti virusa u svijetu i susjednim zemljama, povećana je pažnja posvećena epidemiološkim i javnom zdravstvu, sve više su se uvodile restriktivnije epidemiološke mjere na nacionalnoj razini, ali i regionalnim aktivnostima.

Otkako je širenje koronavirusa 2019. (COVID-19) postalo pandemija, pozornost svijeta s pravom se usredotočila na zaštitu stanovništva i minimaliziraju širenja virusa kao i liječenje bolesnika s COVID-19. Nevidljiva prijetnja vidljivo je promijenila svijet. Vlade i ključne institucije morale su provesti odlučne mjere i odgovore na opasnost koju predstavlja pandemija koronavirusa. Nametnute promjene i restriktivne mjere uz nejasnu i ne transparentnu prezentaciju opasnosti, povećalo je vjerojatnost za aktiviranje alternativnih terapijskih mjera što je ponekad izgledalo potpunio apsurdno i nevjerojatno. U dijelu opće populacije (velike grupe-mase) postoji snažan skepticizam, strah od prijevare i manipulacija, kao i zavaravanja s lažnim teorijama zavjere. Posebno je očit primjer nekih predloženih postupaka u suzbijanju epidemije pijenjem izbjeljivaća i sličnih preporuka koje su ponekad i bile prihvatljive stanovništvu.

Novootkriveni koronavirus, koji se danas naziva SARS-CoV-2, prvi puta otkriven u kineskom Wuhanu kao uzrok teškog akutnog respiratornog sindroma, bolesti nazvane COVID-19. Od početka 2020. godine brzo se širi, zahvaćajući cijeli svijet, ali s velikim utjecajem u razvijenijim zemljama Europe i Sjeverne Amerike. U trenutku pisanja ovog teksta, postoji više od 2 milijuna potvrđenih slučajeva s više od

125 000 potvrđenih smrtnih slučajeva povezanih s COVID-19 na globalnoj razini. U Hrvatskoj je više od 5.000 potvrđen s smrtnih slučaja povezanih s virusom. Brzo širenje COVID-19 kao i razmjeri pandemije izazvali su paniku među ljudima što zahtijeva ekspertnu aktivnost djelatnika epidemiološkog i javno zdravstvenog smjera da aktivno pristupe ne samo epidemiološkom aspektu već prisutnoj epidemijmi straha. Istraživanja psiholoških reakcija na prethodne epidemije i pandemije ukazujuju da različiti psihološki faktori mogu igrati važmu ulogu i u koronofobiji. Veliki epidemiološki potencijal kao i neizvjesnost te straha od nepoznatog, vjerojatno je glavni uzrok straha od COVID-19. Naglim porastom broja oboljelih osoba od pandemije, izoliranih i zaraženih ili sumnjivih slučajeva, porastao je strah i tjeskoba u općoj populaciji, što je dovelo do značajnog porasta potrebe za psihijatrijskom podrškom kako za opću populaciju, oboljele, pacijente, a posebno i za medicinsko i drugo osoblje uključeno u skrb za oboljele. Nakon početne stabilizacije situacije kao i brzog odgovora na povećane potrebe za medicinskom potporom, u ovo vrijeme pandemije, samoizolacije i nametnutog socijalnog udaljavanja, *lockdowna*. Zagreb, glavni grad Hrvatske pogodio je najjači potres u posljednjih 140 godina. Tijekom ovih teških vremena održavanje dobrog somatskog kao i mentalnog zdravlja kako medicinskog osoblja, tako i opće populacije svakako je presudno za kontrolu zdravlja i zdravstvene katastrofe. U Hrvatskoj su ograničene krizne intervencije usmjerene prvenstveno na one koji su najizloženiji mentalnom utjecaju pandemije i ostalih prirodnih katastrofa.

Tedros Adhanom Ghebreyesus, generalni direktor (WHO) Svjetske zdravstvene organizacije objavio je 11. ožujka 2020. godine, da je pojava Covida-19, porijeklom iz Kine sada preraslo u pandemiju, te je nužno da sešto prije aktivirati odgovarajuće djelatnike i poduzeti konkretne i adekvatne mjere za suočavanja sa sve većim brojem zaraženih SARS-CoV-2 virusom, koji je odgovoran za epidemiju Covid-om-19 u kineskoj provinciji Wuhanu a kasnije i širom svijeta.

Od siječnja 2020. osmišljene su i predložene četiri strategije kao odgovor na pandemiju. To su široke strategije intervencija koje se barem shematski mogu razlikovati od poput fizičkog distanciranja, redovitog i ispravnog pranja ruku, nošenja maski i pogranične kontrole.

Razlikovanje ove četiri strategije u shematske svrhe uključuje i njihove kombinacije po potrebi.

U tom su relativno kratkom vremenskom razdoblju vlade širom svijeta morale su početi provoditi mjere za ograničavanje kontakta između pojedinaca, uključujući nametanje karantena, fizičkog distanciranje i socijalna izolacija. U vrijeme velikih nacionalnih kriza, individualne razlike u objašnjenju mjera mogu utjecati na stupanj pridržavanja potrebng grupnog-nacionalnog odgovora. Točne informacije potiču svrhovito funkcioniranje i ponašanje dok; pogrešna uvjerenja potiču neprimjereno i ugrožavajuće ponašanje. U trenutnoj pandemiji koronavirusom fokusiramo se i na potencijalni utjecaj lažnih teorija zavjere. Teorije zavjere obično imaju nekoliko zajedničkih karakteristika: prvo da pojava ili događaj nije onakav kakvima ga se predstavlja; drugo uvjerenje da postoji zataškavanje nekih moćnika (na pr. Bill Gates); treće ove teorije ipak prihvaća samo manjina; jer ove teorije nisu potkrijepljena odgovarajućim dokazima. Vjerojatno će postojati različiti stupnjevi takvog nepovjerenja, od pretjeranog skepticizma do ideja o akterima zavjere, njihovih motiva i načinu djelovanja. To se nepovjerenje može biti konceptualizirano i instrumentalizirano, kod osoba sklonih projektivnim obranama kroz mentalitet zavjere i načina gledanja na svijet koji je karakteriziran odbijanjem službenih ili javnih obješnjenja ili nekim drugačijim teorijskim i kvazi-znanstvenim pozicijama. Na primjer, vjerovanje pojedinaca u teorije zavjere o cjepivima (5 G čipovi) povezano je s odbijanjem cijepljenja. Takva pogrešna uvjerenja slabe kolektivne mjere potrebne da bi se zaštitilo stanovništvo.

Nepredvidivost i neizvjesnost pandemije COVID-19; povezana sa lockdownon, fizičkim distanciranje i drugim strategijama ograničavanja, rezultiraju s ekonomskim slom koji bi mogao povećati rizik s narušavanjem psihičkog zdravlja i pogoršati zdravstvenu nejednakost. Preliminarni nalazi sugeriraju da štetne učinke na mentalno zdravlje, prethodno zdravih ljudi, a posebice kod onih s već postojećim poremećajima mentalnog zdravlja. Unatoč heterogenosti svjetskih zdravstvenih sustava, učinjeni su napori da se pružanje zaštite mentalnog zdravlja prilagodi zahtjevima i specifičnostima epidemije COVID-19. Zabrinutosti za mentalno zdravlje rješava se putem jačanja mjera javnog mentalnog zdravlja i prilagođavanjem

pružanja usluga mentalnog zdravlja, uglavnom se fokusirajući na kontrolu infekcija, modificirajući pristup dijagnozi i liječenju. Osiguravajući kontinuitet skrbi za korisnike usluga mentalnog zdravlja i obraćajući pažnju na nove slučajeve narušavanja mentalnog zdravlja ali i zdravlje cjelokupne populacije, posebno one s visokim rizikom za mentalne zdravstvene probleme. Održive prilagodbe zdravstvenog sustava za zaštitu mentalnog zdravlja trebali bi razviti eksperti, stručnjaci, kliničari, ali i korisnici usluga, a trebali bi se posebno dizajnirati programi za ublažavanje razika u pružanju zdravstvene zaštite. Temeljita i kontinuirana procjena ishoda zdravlja i korištenja usluga u kliničkoj praksi mentalnog zdravlja bit će presudna za definiranje koje se prakse trebaju dalje razvijati, a koje treba prekinuti zbog njihove nefunkcionalnosti. Međusobna povezanost svijeta učinila je društvo ranjivim na ovu infekciju, ali također pruža mogtućnost za prilagođavanje postojeće infrastrukture rješavanju, prethodnih neadekvatnih sustava i prihvaćanju dobrih modela i iskustava drugih koja onda mogu rezultirati održivim, učinkovitim i provedvim pružanjem zdravstvene zaštite. Stoga bi pandemija COVID-19 mogla biti ujedno i prilika za poboljšanje postojećih modela pružanja usluga zaštite mentalnog zdravlja.

Stanje u Hrvatskoj

Percepcija pandemije COVID-19 u Hrvatskoj temeljila se na dva glavna izvora informacija tijekom posljednjih mjeseci. S jedne strane, Stožer civilne zaštite, kao i svi stručnjaci i eksperti koji imaju pristup i mogućnost korišćenja medijskog prostora, pozivali su na oprez, ali bez ikakve panike. Naglašavali su da ovo nije kataklizma, već epidemija koja uključuje ozbiljnu respiratornu zaraznu bolest. Uzrok ove bolesti je novi korona virus, za koji još nije bilo cjepiva. Zbog toga se moglo očekivati da će bolest biti vrlo opasna za osjetljive skupine kao što su starije osobe i one koji su već bolesne, odnosno imaju narušeni imunološki status. Dakle, radilo se o nepoznatoj opasnosti vrijednoj opreza, ali naši su eksperti ostali mirni i staloženi. Pretpostavljali su da će moći procijeniti razvoj epidemije pomoću podataka, a zatim kontrolirati situaciju protuepidemijskim mjerama, kroz nekoliko linija

obrane (maskama, samoizolacijom, karantenom te lock-down mjerama).
Istodobno, ljudi su mogli pratiti događaje u svijetu, a posebno iz susjedne Italije. Odatle su iz dana u dan dolazile zastrašujuće informacije o velikom broju zaraženih i mrtvih. Svakodnevna izvješća iz Italije, kao i iz ostalih zemalja, ali i iz nekih dijelova Hrvatske izgledala su uznemirujuća i ponekad potpuno nespojiva s onim na što su upućivali službeni eksperti i znanstvenici. Pretpostavljalo se da će scenarij biti sličan onima koji se zbijaju i u svijetu te da je to neizbježno. Stanovništvo je bilo uznemireno i sa kontradiktornim informacijama. Važno je ukazati na samu srž **„infodemije“** koja je bila i još je prisutna u medijima mnogih zemljama širom svijeta, i na svim društvenim mrežama, od prvog dana pandemije. Analizira sa ovaj fenomen sa psihodinamskog aspekta, kako je zapravo došlo do porasta tjeskobe u populaciji, vezano uz medije. To se u ovom trenutku čini važno, jer je talijanska kao i svjetska tragedija s epidemijom COVID-19, na žalost, utječe i ometa, vjerodostojnu i znanstveno utemeljenu komunikaciju, epidemiološke struke sa stanovništvom. Infekcija korona virusom dosegla je pandemijsku dimenziju u roku od nekoliko mjeseci i tjedana. Italija je bila jedna od prvih zemalja u Europi koja se suočila s katastrofalnim i tragičnim učinkom virusa, te je bilo nužno usvojiti ozbiljne i restriktivne mjere za ograničavanje virusnog prijenosa i širenja koje može imati brojne implikacija na svakodnevni život i funkcioniranje stanovništva, a posebno ugroženih sgrupa. Početno, inicijalno iskustvo stečeno tijekom izbijanja COVID-19 pokazuje da oko 10% zaraženih pacijenata treba intenzivno liječenje u jedinicama za intenzivno liječenje (JIL), kako bi se prevlada sindrom akutnog respiratornog distresa. Zbog eksponencijalnog porasta zaraženih pacijenata sada se suočavamo sa stvarnim rizikom od nedostatka kreveta intenzivne njege. Ograničen broj dostupnih JIL kreveta, dodatno uznemiruju i povećavaju razinu tjeskobe u populaciji. U pozadini sadašnje neizvjesnosti i tjeskobe, postoji naznačena veza pojedinaca koji imaju direktnu vezu s medijima. Podjela u društvenim mrežama ima različite oblike jer Coronavirus izaziva strah, tjeskobu, neizvjesnost i smrt na globalnoj razini. Za mnoge, to je kriza koja ne sliči ni na što, što su prije doživjeli. Te je važno odgovoriti i dati adekvatne, prihvatljive i razumljive informacije kako bi se osjećaj

neizvjesnosti i tjeskobe, održavao u prihvatljivim okvirima, a pri tome društvene mreže imaju važnu ulogu. Pandemija nas je i zbližila kao, čini se, i cijeli svijet koji je izložen užasu i pokušava se prilagoditi novoj situaciji. Pandemija Covid-19 aktivna je u cijelom svijetu. Nacionalni zdravstveni sustavi suočavaju se s zarazom uznemirujućeg intenziteta, ali isto tako raste i zabrinutost zbog njenih psihosocijalnih i ekonomskih učinaka. Isto tako trebalo bi se fokusirati i na strategije usmjerene na povećavanje svijesti ljudi o ozbiljnosti utjecaja pandemije COVID-19 na društveni i ekonomski status zemlje. Neposredna je potreba za usaglašavanja smjernica i zdravstvene politike koja bi, podržale intervencije usmjerene na upravljanje psihosocijalnim stresorima i povećanju otpornosti stanovništva na neposrednu krizu.

Pandemija COVID-19 izazvala je širok spektar psihopatološke dinamike, a s COVID-19 povezane su fobije, paranoidni strahovi i socijalne tjeskobe, koje čine važnu stranu narušavanja psihičkog zdravlja. Politički lideri i vođe pretvorili su se u *super-ego* grupe, tj. u grupne spasitelje, zrelije, zdravije osobe nemaju tendenciju slijepog im vjerovanja, do mjere koja nam omogućuje da govorimo o sindromu epidemijskog *splittinga* uma. Lideri koji donose odluka ponekad pokazuju karakteristike narcisoidnih ličnosti, koje spajaju *idealego i superega.*

Naravno, COVID-19 nije samo uzrokovao potencijalno povećanje tjeskobe, on je, tkođer doveo do brojnih sekundarnih gubitaka financijske, socijalne i osobne sigurnosti. Vjerujemo da postoji nekoliko, posebno izazovnih faktora koji pojačavaju tjeskobu povezanu s pandemijom, a to je povećana smrtnost i žalovanje, tugovanje u vrijeme COVID-19. Prvo, kao što je opisano, naše gotovo univerzalno poricanje smrti, kompromitirano je manifestnim svakodnevnim informacijama o velikom broju smrti što konstantno povećava razinu tjeskobe. Svakodnevno izvještavanje o broju umrlih komplicira tugu i žalovanje, kao i nemogućnost prisustva na sprovodima, povećava anksioznost povezanu s narušenim mentalnim zdravljem, posebice povezana sa nevidljivom uzrokom straha, koronavirusom, što je faktor potrebe za psihoterapijskom pomoći. Drugo, velika smrtnost, neubičajena za dosadašnju svakodnevnicu a povezana sa COVID-19, uključuje i druge gubitkte koji nisu samo

smrtni slučajevi, poput globalnog financijskog opterećenja, velike nezaposlenosti i financijskih poteškoća, a svi su oni povezani i sa narušenim psihičkim zdravljem. Treće, smrti se događaju bez uobičajenih prethodnih činitelja (dobi, prethodne dugotrajne bolesti) neočekivano, abrupno, pogađajući cijelu zajednicu, a ne samo pojedince. Socijalna izolacija, (uvjetovana nametnutim mjerama), osamljivanje (osobni izbor pojedinca) i *lockdown,* novi opće prihvaćeni termin, zaključavanje određene grupe kojim se ima ograničen pristup članovima obitelji; braći i sestrama, roditeljima i bliskim prijateljima. Ti su odnosi presudni za modeliranje naših reakcija na smrt. Četvrto, smrt od COVID-19 mijenja naša temeljna uvjerenja o prirodi nas samih, svijeta, ali i budućnosti. Točnije, pokazalo se da su duboki izazovi koje pandemija postavlja pred nas do sada predvidljiv svijet poput: vjerovanja da posjedujemo samodostatnost, i uvjerenje da je život u određenoj mjeri moguće kontrolirati i da je budućnost predvidiva; što je snažno povezano s povišenom razinom anksioznosti. Suprotno tome, utvrđeno je da adaptivno ponašanje poput pridržavanja smjernica za socijalnog udaljavanja, samoizolacije kod kuće kao i izbjegavanja nepotrebnih putovanja, ublažava ne samo prijenos bolesti već ima i učinak koji posreduje na način koji odstupa od uobičajenog ljudskog ponašanja. Zapravo, gledano u kognitivno bihevioralnom okviru, zapanjujuće je da bihevioralne prilagodbe pandemiji (kao što je praćenje široko rasprostranjenih protokola društvenog udaljavanja) predviđaju kognitivnu adaptaciju (očuvanjem temeljnih uvjerenja i posljedičnu sposobnost prilagodbe novim okolnostima), što zauzvrat uključuje posljedičnu fiziološku simptomatologija koju indirektno definira koronavirusna anksioznost. Ova koherentna formulacija ima korisne implikacije na predviđanje psiholoških implikacija za kvalitetnim i uvremenjenenim intervencijama.

Stres generacija

Stres se najčešće povezuje s nećim negativnim i štetnim. Stres u stvari, ima štetne učinke samo kada je prejak ili traje predugo i tako premašuje adaptivne sposobnosti. S psihoanalitičkog stanovišta stres olakšava prilagodbu zahtjevima okoliša, stimulirajući time intelektualni

rast. Za mnoge istraživače ova vrsta stresa primarni je faktor mentalnog razvoja. Međutim, dugotrajni stres povećava rizik od psihičkih poremećaja, posebno anksioznih poremećaja, depresija. Prevelika razina stresa može pokrenuti PTSP i druge poremećaje, a može pridonijeti i nastanku psihoza.

Freud je istaknuo da, velike mase-grupe, predstavljaju za pojedince koji sebe uključuju i doživljavaju dijelom takavih masovnih pokreta i grupa, stjeće i imaju smanjenu sposobnost samostalnog prosuđivanja i racionalnog odlučivanje. Suprotno tome, ono što dominira u takvom grupnom okruženju je da pojedinac u masovnim pokretima i zbivanjima, počinje osjećati neprimjeren doživljaj moći, međusobnih poistovjećivanja, osjećaja pripadnosti i moći grupe proizašlo iz poistovjećivanja s ideologijom takvih velikih pokreta. Ta međusobna identifikacija se poklapa s identifikacijom, pojedinog člana s velikim vođom masovnog pokreta, što im s druge strane pruža osjećaj zajedničkog identiteta, s vođom koji nije samo moćan i idealiziran, već izazova bojazan i strah. Istodobno, pretpostavlja ono svjesno i umu sljedbenika, oslobađajući od odgovornost za smjer kretanja i postupanja i prepuštanja donošanja odluka. Općenitije, grupna psihologija potiče projekcije na vođu, sada *ego ideala* pojedinaca i tako da se moralna svijest projicira na vođu i pojedinci u velikoj grupi, masi osjeća slobodu bez moralnih ograničenja. Osobe stječu određeni stupanj slobode koji ide zajedno s karakterističnom aktivacijom intenzivnih afektivnih dispozicija koju dijeli cijela grupa, masa, a posebice agresiju, destruktivnost s time da je meta usmjerena izvan pokreta grupe u suprostavljene grupe, koje se lako pronalaze. Kao dio grupne psihologije, pojedinci se osjećaju moćno i sigurno, ujedinjeni slobodnim, neograničenim i osobno neodgovornim sudjelovanju u agresiji prema van, strahovi su nestali, a mržnja se amortizira u grupi, koje se osjeća i doživljava ugroženom od suprostavljene ideologije. Zajednički osjećaj jednakosti, moći i slobode bez moralnih ograničenja je pandan pojačane sugestibilnosti za naredbe vođe, a sugestivnost je pojačana smanjenjem racionalne, neovisne prosudbe potaknuta psihologijom masovnih pokreta.

Wilfred Bion (1961) analizirajući odnose između grupa/masa i njihovog vodstva, uveo je novu metodu psihoanalitičkog istraživanja grupne psihologije. Sam Bion bio je hrabar, sposoban i učinkovit zapovjednik tenka u Prvom svjetskom rata, a u svom kasnijem radu kao psihijatar u vojnoj psihijatrijskoj bolnici i u Odboru za formiranje terapijskog pristupa u skrbi za veterane iz drugog svjetskog rata, omogučilo mu je stvaranje profesionalih iskustva s obje radne skupine, ratne i poslijeratne. On je kombinirao svoj psihoanalitički trening i iskustva iz Klinike Tavistock, kao i primjenu koncepata M. Klein o splitingu i projektivnoj identifikaciji u individualnim tretmanima sa svojim grupnim iskustvima i studijama u onome što je postalo novo područje psihoanalitičkog istraživanja, grupna analiza.

Melanie Klein izravno ne raspravlja o grupnim fenomenima; međutim njezini koncepti su široko uključeni u razumijevanje grupnih odnosa i relacijskih procesa. Slijedi pregled porijekla projektivnih procesa u odrastanju para dojenčad - majka. Opis također ilustrira podrijetlo drugih obrambenih mehanizama uključujući poricanje i idealizaciju.

Klein psihički svijet novorođenčeta vidi kao isključivu percepciju majčine dojke i tvrdi da dojenče doživljava ekstremne strahove od poništenja s instinktom smrti. Kao jedini objekt u djetetovoj perrcepciji je dojka koja ne zadovoljava njegove potrebe te ona postaje proganjajući objekt. Paradoksalno, dojke istodobno pružaju neizmjeran osjećaj zadovoljstvo tijekom hranjenja. U umu odnosu dojenčeta i dojke ona se dijeli na ""loš" objekt i „dobar“' objekt. Dobar se objekt internalizira, te on postaje temelj formirana ega a loš objekt se eksternalizira i projicira prema van. Istovremena percepcija dojke kao pozitivnog doživljava kao izvora svakog ispunjenja i dobrote, ali i negativno, kao uskraćujuća vanjska prijetnja i kao unutarnja prijetnja unutar samog ega. Ovo je dojenčevo prvo iskustvo dobrog i lošeg, M. Klein, naziva ovu binarnost paranoidno-shizoidnom pozicijom. Ta su iskustva također povezana s obranama, idealizacijom i poricanjem. Što je dojenče više frustrirano, to je veća tjeskoba progona. Da bi se to nadoknadilo, dobra dojka je idealizira i i u mašti doživljava kao i uvijek hraneća, a shodno tome, loša dojka, negirajuća se povezuje s

osjećajima frustracije i progona. Ovo poricanje, zapravo poricanje dijela samog sebe.

Klein promatrajući razvoj dojenčete navodi da oko šestog mjeseca života, dijete postaje svjesno majke kao zasebnog objerkta. To olakšava integraciju dobre i loše dojke, što dovodi do smanjenja procesa splitinga, cijepanja. Dojenče shvaća da može i voljeti i mrziti istu osobu. To dovodi do osjećaja krivnje zbog štete koja je možda počinjena i želje za naknadom štete. Klein ovo zove *depresivnom pozicijom*. Tako dijete postupnom dobrom brigom za fragmente ega, ojačava, umanjujući potrebu za splitingom, razdvajanjem i drugim obrambenim mehanizmima. Tamo gdje dijete nije zadovoljavajuće, njegovano suočava se s trajnom uskratom što je podloga za paranoju, shizofreniju u kasnijim godinama.

Alford (1989), koristeći projektivne koncepte M. Klein, raspravlja o važnosti velike grupe u zaštiti pojedinca od paranoido-shizoidne ali i depresivne anksioznost. Alford opisuje veliku grupu kao prazan zaslon na kojem pojedinci projiciraju neželjene dijelove sebe, štiteći ih od vlastite destruktivnosti. Na taj način velika grupa djeluje kao prostor za zadržavanje paranoidno-shizoidne tjeskobe pojedibnca. E. Jaques tvrdi da pojedinci koji ne mogu projiciraju svoje tjeskobe u društvene sustave riskiraju da ih prevladaju psihotični simptomi (Jaques 1974). Grupa "drži" ili "sadrži" paranoidno-shizoidne tjeskobe pojedinca kroz njehove procijepe/spliting, koji su projekcije i simboli tih strahova. Tako grupna struktura i kultura anksioznosti ima svoje mjesto i značenje, štiteći pojedinca od potrebe da sam uvladava svojom tjeskobom.

Sadašnja situacija s pandemijom koronavirusima još je jednom ukazala koliko su važna psihoanalitička promišljanja psihologije velikih grupa. Psihologija velike grupe proširuju razumijevanje zajedničkih ljudskih reakcija na značajne traume i uloge koju grupe imaju u današnjim aktualnim zbivanjima (Volkan). Proučavanje psihologije velikih grupa doprinjet će razumijevanju aktualnih grupnih manifestacija i različitih izjave u grupnim, kolektivnim ljudskim odgovorima na strah pandemije koronavirusim, kao i o drugim glavnim zajedničkim vanjskim događajima.

Ukratko, Volkan definira da u uvjetima traumatskih situacije, socijalnih revolucija, prirodnih katastrofa, ekonomskih kriza, i općenito govoreći, o kolapsu tradicionalnih kulturnih struktura koje reguliraju svakodnevni život pojedinca, jaća mogućnost da se razvijaju velike regresije struktura unutar kojih se odvijaju normalne društvene strukture koje osiguravaju pojedincu da njegov status i odnosi, uloga ne nestanu. U takvim okolnostima, evoluira prijetnja normalnom identitetu, a to je obično pojačano statusom i ulogom svakog pojedinac unutar ovog socijalnog i kulturnog okruženja. U takvim okolniostima se razvija potragu za "drugom kožom", novom vanjskom društvenom strukturom koja vraća sigurnost i koja štiti individualni identitet i osjećaj za sigurnost. Pojava velikog vođe grupe/mase postaje važna u pružanju sigurnosti grupi u kriznim vremenima osiguravajući kroz vođu, ponovno potvrđujući njihovo zajedništvo, osjećaj zajedničke ideologije koja osigurava velike grupe, osnovnu egzistencijalnu sigurnost, povijesne misije i velike vrijednosti, i zsaštitu od vanjskih neprijatelja ili neprijateljskih situacija koje su prijeteće. Vođa poziva na zajedničku akciju da se ustane i pruža velikoj grupi novi osjećaj identiteta u smislu osjećaja sigurnosti i pripadnosti koja brani sve pojedince koji pripadaju tom masovnom pokretu, od opasnosti i prijetnji koje grupu ugrožavaju.

Postoji tendencija velike grupe u egzistencijalnoj socijalnoj krizi da se slijepo okuplja oko takvog vođe koji eliminira tradicionalni statuse i odnose i uloge pojedinaca koji proizlaze uglavnom iz njihove primarne pripadnosti obitelji. Vođa stvara novu kolektivnu "obiteljsku" strukturu kroz pojmove povijesne važnosti i misija grupe, zajednica se sada dijeli na "dobar" segment (velike grupe) koji poslušno prati vođu i "loš" segment onih pojedinaca koje se doživljava kao suprotstavljanje vođi. Oštra podjela između "nas" i "njih" se uspostavljaju, a "oni" postaju neprijatelji koji trebaju biti uništeni. Velika grupa razvija osjećaj zajedničkog morala "dobrog" sustava koji postaje sve više apsolutistički i kažnjavajući nastrojeni prema onima koji su u sukobu s njima i do kolektivne paranoidne projekcije agresije prema autsajderima. Osjećaj unutarnje dobrote postaje osjećaj prava i postupno iskrivljavanje realiteta, u kojem se negiraju neugodni i prijeteći aspekti stvarnosti. Tako evoluiraju novi grupnokulturni fenomeni ili modificirane verzije tradicionalnih društvenih običaja s

posebnim naglaskom na zajedničkim traumama i prošlim trijumfima grupe koja počinje boraviti u vremenskom kolapsu u kojem se miješa prošlost i sadašnjost. Vodstvo se u ovom kolaps vremenske perspektive hrani stvaranjem prekida stvarnog povijesnog kontinuiteta grupe i popunjava jaza s "novim"fenomenima, obično nacionalizmom, novim velikim zajedničkim osjećajem "nove" moralnosti i transformacija stvarne povijesti grupe.

Za razliku od razvoja u dobro strukturiranim društvenim organizacijama, u uvjetima socijalne neorganiziranosti i regresije velikih grupa, pojava vođa sa sindromom zloćudnog narcizma uvodi u dalju, socijalnu nefunkcionalnost i prijeteću disfunkcionalnost. Narcisoidna ličnost i grandioznost vođe, njegova samouvjerenost uzdizanje njegovih uvjerenja da i velika grupa treba razmišljati i raditi, u skladu s njegovim obećanjima za prekrasnom, briljantnom budućnosti ako ga slijede, snažno uvjerava regresivne pripadnike velike grupe pod prijetnjom, gubitka identiteta pojedinca, a pruža mu drugu kožu, idealiziranje međusobnog identiteta u identifikaciji s vođom. Smanjena kognitivna razina funkcioniranja karakteristična za velike grupe (Kernberg) pozitivno reagira na jednostavne slogane i klišeje („ostanimo odgovorni, cijepi se misli na druge“) koje im vođa pruža kako bi potvrdili njihovu vrijednost, jedinstvenost, važnost i moć. Jednostavni slogani zamjenjuju, složeno razmišljanje i odgovaraju potrebi velike grupe da osjećaju prisnost, uključeni su u razmišljanja velikog vođe i razumiju ga potpuno, i na dubljoj nesvjesnoj razini, ne trebaju mu zavidjeti. Svi su jednaki u traganju za jednostavnim idealima i u odgovarajućem simboličkom izražavanje takvih ideja. Dobro racionalizirana agresija na izlaženje iz grupe potiče izravni, grubi i sadistički izraz vođe neprijateljstva prema takvim grupama, obezvređujući i dehumanizirajući dok je njegova velika grupa koju on usmjerava, proglašava odabranom, idealnom, moralno opravdanom, superiornom društvenom grupom. Agresivni ispadi protiv manjina se njeguje, dobrodošli su, smatraju se herojskim i moralnim, zadivljujući su, tako da sloboda izražavanja destruktivnog ponašanja uzbuđuje grupu i stvara zagađujuću svečanu atmosferu. Tijekom kineske kulturne revolucije opisano je premlaćivanje profesora, od revolucionarnih grupa, usred golemih javnih skupova, odabirao je

slučajne prolaznike kao zlo, pa je taj masovni angažman u fizički napad i ubojstvo, postali su dobrodošao javni spektakl.

Društveni mediji potaknuti ideologijom vođe, mogu izraziti identifikaciju s dominantnim tradicionalnim kulturama koje odbacuje krajnosti i prijete mirnom suživotu različitih ideoloških usmjerenja i razvijaju ekspanzionizam moći revolucionarne ekstremne skupine. Sama činjenica da internet dopušta paralelnu difuziju, cirkulaciju i potpuno širenje kontradiktorne ideološke investicije mogu zaštititi, ali i ugroziti demokratski politički sustav, ali ga isto tako mogu koristiti ekstremističke društvene podgrupe za organiziranje skrivenih pobuna protiv *statusa quo* i olakšavaju komunikaciju regresiranih velikih grupa, što je ilustrirano učinkovitim korištenjem informatičkih alata koje je internet (predsjednički izbori SAD) označio za terorističke skupine u novije vrijeme.

Općenito, kad totalitarna sila postigne kontrolu nad medijima, oni postaju važan instrument društvene indoktrinacije. Neovisni pravosudni sustav može biti značajna protuteža agresivnih napada na prava pojedinca i narušavanje privatnosti pojedinca od strane tih grupa s totalitarnom ideologijom. Ali kad oni preuzmu i vlast u stanju su kontrolirati i uobičajenu, pravosudnu vlast, zakone, a i suci se mogu ponekad isto tako pristupiti tim grupama. Neuključena, učinkovita „birokracija“ može donekle biti korektor, u sprijećavanju narušavanja korektne, svrsishodne interakcije pojedinaca i institucija, ali organizirane nekompetentna birokracija pod državnom kontrolom može isto tako snažno ojačati totalitarni sustav.

Prema Freudu (1922), članovi grupe stvaraju jake veze putem članova koji se identificiraju s vođom, i ostalima članovi grupe i samom grupom. Članovi vjeruju da je grupa usmjerena na zadovoljavanje vlastitih individualnih potreba, a na njih utječu elementi koji također pojačavaju njihove osjećaje. Često se grupi pridaju aspekti njihovog ega i superega koji djeluju na samu grupu i pritom sudjeluju u stvaranju „grupnog uma,“ koji podržava ekstremnija uvjerenja i promiče djela koja su manje inhibirana, od samog pojedinca kao člana grupe i grupe kao cijeline. Vođa postaje *ego ideal* svakog pojedinog člana, tako da

svaki napad na grupu ili vođu grupa doživljava kao napad na samog pojedinca osobno.

Čitav ovaj proces događa se kao dio grupne regresije koja uključuje članove koji postaju manje racionalni, labilniji, a željniji vođe. Bion (1961) opisuje tri vrste grupnih regresija: borben/bijeg, ovisnost i stvaranje parova. U svakoj od navedenih pozicija, kao odgovor na određenu frustraciju, traumu ili otežavajuću okolnost, grupa regredira što je u tim okolnostima jedini model za održavanje identiteta ili postojanja same grupe. Te regresije mogu uključivati članove koji žive u toj fantaziji, kada se regresija prikazuje borbom ili bijegom, ili se ta regresijaija u stanju prijeteće opasnosti očituje se pretjeranom ovisnosti o vođi, što se očituje u regresiji ovisnosti, ili se manifestira pretjeranim poistovjećivanjem s idealom koji grupi daje doživljaj ekskluzivnosnosti njenih članova manifestirajući se regresijom i stvaranjem parova. Grupe se isto tako može povući u druge oblike funkcioniranja primarnog procesa u kojima se ruše granice ruše. "Grupno razmišljanje" vjerojatno će se dogoditi uključuivanjem, aktiviranjeme grupne kohezivnosti i sukladnosti, (i minimaliziranjem sukoba u samoj grupi) na štetu pronalaženja alternativnih mogućnosti. Regresivna grupa tako drži na okupu, članove o vođi, dijeleći projekcije vlastite nepriznate agresije u zajedničke druge (Bion, 1961).

Volkan (2017.) koristi psihoanalitičke koncepte za razumijevanje i objašnjavanje ponašanja velikih grupa, posebno u smislu međunarodnih i etničkih odnosa i sukoba. On naglašava važnost razumijevanja povijesti traume svake grupe, nacije kako bi se u potpunosti shvatile posebnost takvih regresija. Ove traume uključuju obično doživljaj katastrofalnih gubitaka, ponižavanja i bespomoćnosti koja je povezana sa suprostavljenom grupom. Ovo objašnjava kako, za grupe koje inaće djeluju ili kao žrtve ili kao počinitelji, nepriznate i/ili neprežaljene grupne „odabrane traume“ (primjerice žrtve holokausta, kosovske bitke i sl.) umjesto da su obrađene, one su mitologizirane na način koji obrambeno negira određene bitne sastavnice traumatskog iskustva i daje pravo na grupnu agresiju.

Osobne regresije u grupama proizlaze iz anksioznosti koja potiće iz pokušaja svakog pojedinca da izgradi osobnu psihodinamsku

ravnotežu između zahtjeva za adekvatnim samoidentitetom (individualnosti koja neće prijetiti ostalim članovima grupe) i članstvom u grupi (pripadnost koja nije prijetnja osobnom identitetu). Dilema postizanja potrebe za individualnošću ali i istovremenog članstva u grupi izaziva *anhilacijsku* anksioznost u kojoj se tada pribjegava regresivnoj akciji kako bi se zaštitilo od anksioznosti povezane s nesigurnim odnosima, ili se štiti od osjećaja progona i gubitka pripadnosti grupi. Kao rezultat ove anksioznosti, stvaraju se grupne kulture često karakterizirane nesvjesnim radnjama i zajedničkim grupnim maštanjima koja proizlaze iz zbroja pojedinačnih regresija i primitivnih obrana. Individualna regresija i druge primitivne obrambene akcije uočljive su na razini grupe analize, i opisuju se kao grupne kulture

U svom ranom radu Fairbairn (1953) se oslanja na frojdovu klasičnu teoriju kako bi definirao neizbježnu privrženostu koje se stvara u obitelji. Ovo prvo grupno iskustvo se kasnije nadograđuje uzastopnim uključivanjem u druge grupe, koje pokušavaju zamijeniti obitelj. Fairbern objašnjava da libido povezuje članove grupa zajedno i da je agresija pojedinaca može biti izvor poremećaja u svim društvima. Ovo je u osnovi Freudova (1921) formulacija u tekstu *Grupna psihologija i analiza Ega.* U vrijeme kada je Fairbern napisao ovaj tekst, prihvatio je osnovne aspekte Freudove klasične perspektive, koja uključujuje prirođenu agresiju pojedinaca kojima su potrebni vanjski objekti za zadovoljenje i preobrazbu. Ovo postaje značajna implikacija za razumijevanje dinamike velikih grupa ako prihvatimo ovaj stav ili kasniju relacijsku perspektivu o agresiji kao sekundarnoj reakcija na prijetnje, frustracije i lišavanja.

Ovdje se ukazuje na to kako se odvija psihička adatacija na pandemiju COVID-19. Pandemija je više od puke bolesti koja utječe na tijelo i fizičko zdravlje, ona je i strah i bauk koji se obrađuje u našem nesvjesnom i predsvjesnom izazivajući tjeskobu, paniku i paranoidnu sumnjičavost, predrasude i isključenost, bijes i nasilje. Pokušava se ukazati na intrapsihičke procese koji utječu na stvaranje tri značajna masovna modela reagiranja i ponašanja grupe: strah i tjeskoba; mržnja i stigmatizacija; i tuga i krivnja. Analizira se psihološki utjecaj

mjera poduzetih za kontrolu širenja i smrtnih slučajeva uslijed COVID-19, poput lockdowna, karantene, izolacije i socijalnog distanciranja, pitajući ključno; Je li lijek još gori od bolesti? Također se analizraju psihološke osnove ljudskih potreba za predviđanjem budućnosti koja nas očekuje. Pokušava se odgovriti na popularno pitanje u krugovima: Kako će izgledati život i svijet nakon korone?

Temeljem analize funkcioniranja velike grupe, ova analiza objektnih odnosa koji su prošireni Fairbairnovim uvjerenjem da identifikacija s pojedincima, pridonosi našem iskustvu nas samih. U mogućnosti smo to reći, jer osim iskustva nas samih koje je rezultat naše identifikacije s grupnim iskustvom (obieljskim i ostalim grupama), naše identifikacije s važnim velikim grupama nudi dodatni sloj osobnog iskustva koje će, ovisno o kontekstu, imati veći ili manji utjecaj na naše samoiskustvo i ponašanje. Možemo ići dalje i predložiti da će stupanj emocionalne identifikacije s ranim objektima, utjecati na stupanj identifikacije mogućim s velikim grupama. Drugim riječima, to će utjecati na manju ili veću diferencijaciju i neovisnost pojedinca unutar velikih grupa, što se može očitovati zrelijom pripadnosću velikim grupama, koje onmogućuje kvalitetnije sudjelovanje u društvu bez prevelikog naglašavanje pripadnosti velikoj grupi u važnim grupnim situacijama. Moramo imati na umu da se taj kontekst, može dramatično promijeniti, kao na primjerice bivšoj Jugoslavije i Ruandi.

Rat

Divim se strasti za utvrđivanjem istine, strasti koja je dominira u vašim razmišljanjima. Neodoljivom lucidnošću ukazujete kako su nerazdvojno agresivni i destruktivni instinkti, povezani sa ljudskom psihiom, s ljubavnom i žudnjom za životom. Istodobno, uvjerljivi argumenti očituju duboku predanost velikom cilju unutarnjeg i vanjskog oslobađanja čovjeka od ratnog zla. To je bila duboka nada svih onih koji su poštovani kao moralni i duhovni vođe van vlastitog vremena i zemlje, od Isusa do Goethea i Kant. Nije li značajno što su takvi ljudi univerzalno prepoznati kao vođe, iako je njihova želja da utječu na tijek ljudskog postojanja bila prilično neučinkovita?

Stoga u primitivnim uvjetima dominantna je ona strana koja ima najveću moć, potpomognutu snagom mišića ili intelekta. Dobro znamo da je kroz proces evolucije ovo stanje bilo modificirano, prirodno pravnom, ali kako? Sve to je posljedica samo jednog čimbenika: činjenice da veću fizičku snagu jednog čovjeka može nadvladati udruživanje snaga nekoliko slabijih, ili, drugim riječima, snaga je na taj način slomljena jedinstvom, ujedinjenom snagom nekoliko pojedinaca u provođenju njihovih prava, protiv snage jednog izoliranog močnika. Jasno, da je onda zakonsko pravo na snazi grupe, zajednice, ali to nije ništa drugo nego isto upotreba sile, brzi napad na sve što se stvori kao prepreka, koristeći iste metode, ali s važnom razlikom: više nije snaga pojedinca koja se nameće, već je snaga u grupi,zajednici. Međutim, stvarno bi se mogao dogoditi prijelaz s grupa, zajednica na zakonito pravo, morajuu se prvo uspostaviti određene psihološke pretpostavke. Grupa, zajednica većine mora biti stabilna i dugotrajna, ako se samo želi pobijediti umišljene pojedince, a zatim se povući nakon njegovog pada, to neće biti korisno. Neki drugi pojedinac, znajući da je on ili ona jači, pokušat će vratiti vladavinu snage, a ciklus bi se onda beskrajno ponavljao. To znači da zajednica između različitih ljudi mora biti trajna i dobro organizirana; trebalo bi uspostaviti pravila za postupanje s rizikom mogućih pobuna, organizacijsku strukturu koja osigurava poštivanje pravila i pravilno provođenje zakona kojima se provodi pravda. Ovo priznavanje interesnih zajednica proizvodi među članovima grupe osjećaj jedinstva i bratske solidarnosti, i tu leži njihova istinska snaga (Freud, 1939).

Iako ljudi su od pamtivijeka bili izloženi ratnim iskustvima, ratovi u 20. i početak 21. stoljeća, nema sustavnijih studije o dugoročnih posljedice ratova na mentalno zdravlja u pogođenim zajednicama, većina postojećih dokaza je o istraživanjima na ratnim veteranima, a ne na civilima unatoč u prijetećim suvremenim ratovanjima stradava više civila nego vojnika.

Početkom devedesetih dogodio se rat na prostorima bivše Jugoslavije, najgori oružani sukob u Europi od 1945., ratne aktivnosti su se događale na različitim mjestima na tlu bivše Jugoslaviji (najviše na prostoru RH), između 1991. i 2001.

Nekoliko dugoročnih studija posljedica rata na mentalno zdravlje provedenena su u nakon rata i sugeriraju višu razinu mentalnih smetnji u ratom pogođenim skupinama, studije su regrutirane iz kliničkih uzoraka, ali najčešće na uzorku izbjeglica i prognanika, kao i ratnih zarobljenika.

Republike prijeratne, bivše Jugoslavije imale su nacionalni i kulturni identitet različite povijesne pozadine. Ponekad su u prošlosti bile suverene države i oni pokušavaju uspostaviti svoju neovisnost otkad su je izgubili. Ni prva, kraljevska, niti druga, komunistička Jugoslavija nisu bile izraz volja naroda. Kad se Berlinski zid srušio, sovjetski blok je demontiran, a Sovjetski Savez se raspao i vladajući komunizam je poražen. Pokrenute su promjene na istoku Europe, ostvarila se prilika republikama bivše Jugoslavije, za slobodan razvod kao što su to učinile češka i slovačka republika gotovo. Umjesto toga, jugoslavenska je vojska pod zapovjedništvom srpskih generala pokušala poništiti slobodnu i demokratsku odluku da se republike bivše Jugoslavije odvoje u samostalne države. Srbi, nadahnuti idejom o Velikog Srbija, jedina su nacija koja je podržala nastavak Jugoslavije. Srpska ideja pretvaranja Jugoslavije u veliku Srbiju pokrenula je snažno nepovjerenje između Srba s jedne strane i svih ostalih naroda na drugoj strani. Komunistička partija Srbije preuzela je kontrolu nad jugoslavenskom vojskom, i pretvorila se u agresivnu velikosrpsku silu koja je počela osvajati i provoditi etničko čišćenje stanovništva, nesSrpskog stanovništva, koje je moralo je napustiti okupirani teritorij. Lišeni su svega kao i prava i morali su iskusiti bijedu beskućništva kao izbjeglice. Oni koji su pokušali obraniti svoje domove bili su ili masakrirani i ubijeni ili stavljeni u koncentracijske logore, mučeni i silovani. Najmanje 2,5 milijuna protjeranih žrtava uništenih domova i života u progonstvu ili privremenom smještaju i u godinama koje dolaze patit će od dugotrajnih i po zdravlje opasnih posljedica ratne traume.

Rat u Hrvatskoj trajao je od 1991. do 1996. godine i uključivao je frontalni sukobi, izloženost granatiranju i opasnosti od minskih polja. Većina branitelja bila je izložena smrti i ranjavanju kao i surovim

vremenskim uvjetim na prvoj crti bojišnice, ali značajna većina civilnog stanovništva je bila je povremeno izložena ratnim strahotama.

Interesantna su, istraživanja trauma provedena u Japanu, gdje postoji nekoliko, važnih pregleda literature i empirijskih studija prije 1995. Studije traumatskog stresa u Japanu su izuzetno ograničene prirode. Posebice jer postoji nedostatak standardizacije istraživačkih upitnika i protokola za procjenu PTSP-a (Wilson & Keane, 1997). Na temelju dostupne literature se pretpostavlja, da su kulturno ukorijenjene zapreke, priječe japanske znanstvenike da se suoče i istraže pitanje traumatskog stres i njegovih posljedica. Tendencija ne verbaliziranja jakih emocionalnih trauma najviše je predrasuda, gledano iz zapadne perspektive jer takva uvjerenja ograničavaju interes o reakcijama, manifestaciji simptoma i promjena ponašanja povezanih s izloženošću traumi Nadalje, kako je agresija i trauma ekstrem, koji se zbog predrasuda, zapadnih znanstvenika nisu, ukorijenjena u kulturi uz koju se povezuju japanske društvene vrijednosti.

Tradicionalno se japanska kultura smatra specifična zbog karakterističnih manifestiranja osobnih iskustava, uključujući procjenu traumatičnih događaja. Slično objektivu fotoaparata, kulturna uvjerenja mogu kontrolirati otvaranje onoga što se vidi i registrira u uma. Dok razmatramo kako, japanske kulturne vrijednosti snažno utječu na brzina kojom bi se mogao biti objektiv otvoren u smislu percepcije traumatskog stresa. Japanska iskustva brojnih stresnih iskustava u svijetu su relativno slabo poznata; prvi svjetski rat (1915. - 1917.), potvrdio je raširenost psihogenih uzroka traumatskih neuroza među vojnicima. U tom su vremenskom okviru japanski psihijatri podržavali su vjerovanje u psihogene uzroke neuroze i njihov uzročnik intrapsihičkim procesima. Terajima (1995) je ispitao kako su se rentni motivi odnosila na intenzitet simptoma koje su bile posljedica ozljeda na radu i zaključio da novčana naknada nije poboljšla kvalitetu mentalno zdravlje žrtava, umjesto toga, zaključio je da to potiče kronificiranje simptoma. Pregled literature prije 1970-ih navodi da bi simptomi traumatskih neuroza mogla biti produljen financijskom naknadom i/ili vanjskim dobiti proizašle iz bolest, ova istraživanja posebno su značajna obzirom na učestle traume, brojni potresi i

katastrofe. Prije uvađanja dijagnoze PTSP u Japan, simptomi povezani sa stresom su se definirali kao ratne neuroze, situacijske neuroze, traumaska histerija, traumatska neuroza, posttraumatski živčani slom, mirovinska neuroza, kompenzacijska neuroza, namjerna neuroza, neuroza želje i tako dalje (Moriyama, 1990). Te razne klasifikacije prikazuju kakav je stav kliničara i istraživača u Japanu, a definirali su etiologiju za japaski mentalitet ove neobjašnjive medicinske ili fiziološke simptome uzrokovane traumatskim događajima. Međutim, unatoč činjenici da je karakterizacija ovih različitih skupina simptoma nije se u potpunosti podudarala s tada vodećim dijagnostičkim kriterijima za PTSP, imao je visok stupanj podudarnosti sa vodećim dijagnostičnim klasifikacijama.

Nadalje, s povećanjem globalizacije, znanja vjerojatno je da će se proučavanje psiholoških trauma ubrzati u 21. stoljeću. Paradoksalno je da su ljudi suočeni sa najrazornijim oružjima za masovno uništenje, ikad poznato čovječanstvu, je najmanje proaktivno u razumijevanju ekstremnog stresa na ljudsko funkcioniranje.

COVID-19

Trenutno je prošlo otprilike godinu i pola od prvog slučaja zaraze COVID-19, što je rezultiralo pandemijom koja još perzistira i zahvatila je cijelo stanovništvo zemlje. Pandemija se može promatrati i kao test upravljanje stresom i strpljenjem kako za pojedince tako i za sveukupno društvo.

U prosincu 2019. pojavili su se izvještaji o upali pluća nepoznatog porijekla u gradu Wuhan u Kini. U prvom tjednnu 2020. godine identificiran je novi patogeni – „teški akutni respiratorni sindrom koronavirus 2“ (SARS-CoV-2), novi koronavirus. Novi virus vrlo je slična uputa i slijed prvom koronavirusu SARS (2003). Poslije prelaska u tijelo, tipično kroz sluznu membranu, novi koronavirus se, baš kao i prvi SARS, veže za angiotenzin pretvarajući enzim (ACE2), enzim. vezan za membrane stanica u plućima, arterijama, srcu, bubrezima i crijevima. Čini se posebno ciljanim stanicama pluća (i pneumociti tipa I i tipa II).

Na vrhuncu pandemije COVID-19 2020. godine, čak i ako nismo bili direktno zaraženi, prisutan je čitav niz pratećih fenomena, sablast pandemije: eksponencijalno sve veći broj pozitivnih slučajeva bolesti, socijalna izolacija, zatvaranje, nošenje maski kao i niz poteškoća s kojima se suočavamo, prazne ulice i zaključani uredi, škole i tvornice te mnoštvo sličnih scenarija. Ulaskom u 2021. godinu svjedoci smo novog soja virusa, zaraznijeg i bržeg širenja, a mnoge su europske zemlje morale su ponovno nametnuti nacionalnu ili regionalnu blokadu. Pandemija je zaključala svijet, koji ovisi o idejama njihovom protoku i kretanju, a sada je sve to onemogućeno. Čak i sada, dok se svijet postupno vraća natrag u privid normalnosti, bolest se nastavlja brzo prelaziti od osobe do osobe, šireći se brzinama koje se nije prije viđala. Nameće našu „opsjednutost "stvaranjem modela kako ograničiti širenje virusa. Iako se bolest nevidljivo i postupno probija, brojne disonantne medijske informacija/dezinformacija o pandemiji intenzivira okružuje nas strahom i osjećajem neposredne slutnje opasnosti. Informacije same po sebi postaju infodemija koja preduhitruju samu stvarnosti. Zaraženi smo sumnjama, strahom i ugrožavajućom tjeskobom, čak i ako nismo imali kontakt sa virusom. Prisilno upijamo brojne informacije koje još više intenziviraju našu tjeskobu koja nas zauzvrat još više uznemirava. Informacije i obavijesti na neko način održavaju nas na životu, dok nas s druge strane, svaki dan pomalo ubija.

Pandemija je očito više od same infekcije, COVID-19, ona je postala bolest, koja ne samo da je potaknula, krizu javnog zdravstva već i humanitarnu krizu. Brutalne nejednakosti društava širom svijeta ponovno su postale vidljive, razotkrivene. U samoj srži, ona nije samo biološki entitet, nazvan koronavirus, već je faktor izbijanja javnog straha, strepnje i panike, sumnjičavosti i stigmatizacije. Trauma koja nas je na osobit način istodobno i povezala međusobno, ali istovremeno i udaljila od voljenih i nužnih resursa za život, racionalnih i iracionalnih radnji za suzbijanje, prevenciju bolesti i motiv za maštanje o novom normalnom. Svi smo manje, više uglavnom jednaki pred zarazom i bolešću.

COVID-19 i dalje drži svijet u svojem okruženju. Strah od nevidljivog donosi vidljivu psihičku nelagodu. U ovoj paralizi socijalnih kontakta, ljudi počinju razmišljati o krizi kao o stvarnosti koja je dovoljno moćna da može rezultirati i sa psihičkim poremećajima. Najbolje što se može učiniti u bilo kojem novom valu je ponovno ograničiti kontakte s drugima, i sve opće javnomedicinske aktivnosti (maske, brinuti o higijeni i čistoći). Hoće li se budući naraštaji i na nas osvrtati s prezirom ili možda neće biti ljudskog društva kakvo je ono sada. Treba napomenuti da krize same po sebi nisu negativne, one mogu biti često nove mogućnosti. Naše okruženje nije samo priroda i njene ljepote, već je i COVID-19. Od iznimne je važnosti prihvatiti svijet i prirodu onakvim kakva ona je - ne razdvajati dobro od lošeg, a loše od dobrote, ne ponovno se braniti cijepanjem, splittingom. Svako odvajanje je i poveznica.

Pokušat ćemo naglasiti središni paradoks s kojim se suočavamo u trenutnoj situaciji svjetske pandemije. Kad je ljudski rod pod prijetnjom, svi smo spremni pronaći sigurnost u svojim vezama, obitelji, grupama, obratiti se pouzdanim drugima za utjehu, podršku i jačanje pred strahom i opasnošću. Ipak,u ovoj osobitoj situaciji u susretu sa ovim virusom, ono što će nama (i našim bližnjima), biti izvor sigurnosti, jest distanca - socijalna distanca i osamljivanje. Stoga smo potencijalno lišeni svog prirodnog odgovora na prijetnju, umjesto grupiranja kako bismo preživjeli, moramo učiniti suprotno, što nas može ostaviti bez sposobnosti upravljanja našim emocionalnim odgovorima na ono što se događa putem društvene regulacije.

Prijetnja narušavanju zdravlja ili čak smrti, opasnošću gubitka voljenih u središtu su tjeskobe koje je uzokovana Covid 19, podrazumijeva tjeskobe života i smrti koje je Melanie Klein opisala kao moćne sile koje nas prate od početaka života. Suočavanje s ovom razinom prijetnje neizbježno se intenzivira i povezuje s ranijim iskustvima koja su izazvala slične strahove i strepnje; uništenja, raspada, fragmentacije i progona. Svi smo jednom u životu iskusili takve trenutke i većina nas je uspjela pronaći načine da preživi. Međutim, kad se ove prijetnje ponovno pojave, vraćamo se u osvješćivanje,vrtloga i mjesta gdje su se pojavile naše najgore noćne

more ali i naši dobri odnosi; iznutra i izvana, koji su nas jednom uspjeli zaštititi. Iz ove perspektive moguće je sagledati ove vrste, regresivnih, univerzalnih tjeskoba i obrana koje su na raspolaganju i mogu se koristiti za podnošenje takvih nepodnošljivih situacija.

Splitting, razdvajanje kao obrana omogućuje nam upravljanje zastrašujućim i kaotičnim iskustvom i onoga što osjećamo iznutra kategoriziranjem u vrlo dobro i vrlo loše. Da bismo mogli prepoznati neprijatelja, moramo znati na koga ili na što usmjeriti borbu ili bjeg. Moglo bi se kao primjer navesti model suočavanja sa Covida 19, predsjednik Trump nazvao ga je "kineskim virusom", rasistički način da se utvrdi tko je loš, tko je uzrok opasnosi, progonitelj. Druga strana razdvajanja je sveukupna identifikacija sa Stožerom kao "dobrim", junakom, omnipotentnim spasiteljem, koji će nas spasiti, bez ikakvih sumnji i dvosmislenosti.

Druga obrana koja može zavladati u ovim vremenima naziva se projektivna identifikacija, pri čemu se ono što je nepodnošljiv osjećaj u sebi, kroz imaginaciju se pripisuje, "daje" drugome na takav način da to utječe na funkcioniranje i snagu onog drugoga. Stoga se u vrijeme traume u "žrtvu" mogu smjestiti strašni osjećaji bespomoćnosti i nesigurnosti, tako da se spasimo osjećajem moći i sposobnošću, a to onoj drugoj strani može uskratiti pristup vlastitim sposobnostima.

Ono što je možda specifično, jedinstveno za ovu trenutnu situaciju je univerzalnost iskustva; svi se u različitom stupnju borimo sa realitetom ove prijetnje, tjeskobe koju ona generira i obranama koje možemo upotrijebiti. Pacijenti, liječnici, medicinske sestre svi smo ugroženi, stanovništvo može proživjeti ove trenutke bespomoćnosti, beznađa i užasa pred ovim nevidljivim progoniteljem i treba pronaći način kako sa time živjeti. Kao društvo, moramo shvatiti kakav utjecaj ova prijetnja ima na nas i načine na koje se možemo obraniti, koristeći za savladavanje tih strepnji, često po cijenu nijansiranog i suosjećajnog, načina na koje viđamo jedni druge i svijeta oko nas.

Pandemije i druge krize,globalnog poretka, otkrivaju duboke provalije koje postoje između čovječanstva, bilo da je to između bogatih i siromašnih, zdravih i bolesnih, većine i manjina, starosjedilaca i

stranaca i mnogih drugih. Pandemija koronavirusa stvorila je još jedan razdor između stanovništva, kolokvijalno karakterizirano i nazvano "Coronaidioti" i "Coronaratnici". Psihologija „Coronaidiota“ je zanimljiva studija prirode straha. Postoji niz „Coronaidiota“ koji sudjeluju u iracionalnim akcijama gomilanja zaliha za čitav život i koriste nepotrebne lijekove i sredstva kako bi spriječila bolest. Jasno je da djeluju iz akutnog straha i moraju izbjeći nevidljivu zarazu. Zatim postoji još jedna skupina koja ne slijedi norme socijalnog distanciranja, nošenja maski i boravka u zatvorenom. Oni također nastoje izbjeći bol i tjeskobu, međutim, intenzivnim prekomjernim osnaživanjem svojih sposobnosti da ostanu sigurni. Oni također pokazuju prezir, oprez, bijes prema važnosti smjernica, poricanje veličine trenutka i odbijanje poštivanja uputa. Često pozivaju na podsmijeh i neprijateljstvo jer ih se sa strahom doživljava kao da s tim ponašanjem izlažu sebe i druge opasnost. Tijekom takvih kriza naša nas tjeskoba čini se mora držati budnim, opreznim dok prosuđujemo kršenje pravila ili kad netko ne poštuje pravila i autoritete.

Dok se „Coronaidioti“ ismijavaju i podcijenju, ratnici/junaci „Coronaratnici“ su idealizirani. Zdravstveni radnici, policijsko osoblje.su dobri, Samarićani, koji su sklonili i hranili siromašne, i priskočili su u pomoć, tijekom ove krize. Idealizacija, psihička tendencija da druge doživljavamo moćnima i savršenima, osobito postaje jasna i očita tijekom nesigurnosti poput pandemije. Omogućuje nam borbu protiv straha od napuštanja i bespomoćnosti tražeći utočište u njihovoj njezi sa stručnosti, znanjem i sposobnošću. Širom svijeta zdravstvene radnike pozdravljalo se pljeskom i pjesmama, "spasiteljima", od COVID-19 pod cijenu vlastitog života. Međutim, nesigurnost naših psihičkih manevara i dalje se otkriva kada idealizacija (superVili, superAlemka), brzo skliznu u ocrnjivanjem, kada zaraza i dalje ima uzlazni tijek zbog i dalje prisutnoj opasnosti, pojačane izloženosti patogenu. Širom svijeta zabilježeno je mnogo ovakvih ružnih slučajeva, da se ponekad vrijeđa i omalovažava, kritizira i disvalificira i optužuje za sva zbivanja.

Život poslije COVID-19, novo normalno i moguće dugoročne posljedice

Prošla je godina dana od početka pandemije COVID-19. Nakon drugog vala infekcija, zaključavanja su se vratila u mnogim zemljama Europe, SAD-a i svijeta. Iako je lansirano toliko očekivano "cjepivo" protiv COVID-19, čovjek nije baš siguran u vrijeme završetka noćne more COVID-19. Jedan od načina suočavanja s promijenjenom stvarnošću življenja jest prilagoditi joj se. Iako smo se prilagodili mnogim promjenama koje su potrebne zbog pandemije poput nošenja maski, izbjegavanja gužvi, posla od kuće itd. Čekamo da se pandemija prevlada i da se ponovno oporavi od sadašnjeg načina života. Mnogi među nama maštaju o post-koronskim vremenima; kada ćemo se družiti s obitelji i prijateljima, odlaziti na posao, putovati do omiljenih odredišta, kupovati u trgovačkim centrima i ići u kazališta, kina i restorane. Ukratko, maštamo svoj život onakav kakav smo znali prije. U budnom životu suprotstavljamo se prijetnjama upotrebom fantazije. Ljudska sposobnost sanjarenja i maštanja služi za smirivanje naših iscrpljenih kapaciteta u stresnim vremenima. Kroz fantaziju branimo se i odvraćamo pažnju od previše stvarnih opasnosti. Ovo razdvojeno stanje fantazije potaknuto, „željom za povratkom u prošlost“ pruža nam privremeni bijeg od traume današnjeg vremena.

Međutim, ova izmišljena fantazija čini se da nam nedaje puno prostora za preispitivanje; hoće li nam svijet vratiti kakavim smo ga poznavali i dali će uopće biti dostupan povratak, kad i kako će prestati pandemije? Vrijedi li se uopće vračati u “prošlosti”? Što možemo stvoriti iznova, kao "novo normalo"? Disocijacija stvara vertikalnu podjelu naše svijesti tamo gdje je depresivna stvarnost, možemo li istovremeno postojati, izmišljena stvarnost. Ovaj model je neproduktivan je jer dijeli iskustvo i ne dopušta izgradnju mostova. Dakle, iako možemo maštati o stvaranju prošlosti u budućnosti, ne možemo razmišljati o tome kako su pogreške iz prošlosti odgovorne za sadašnju zbrku i što možemo učiniti da zamislimo novu budućnost koja uči iz prošlih pogrešaka. Odkuda i zašto postoji ta nesposobnost razmišljanja?

Možda se moramo zapitati? Dali uopće postoji sadašnjost i budućnost, ili se samo prošlost stalno ponavlja i ponavlja, modelom repeticije kompulzija.

Bion (1959) smatra da si i ne dopuštamo misliti. Naziva to "napadima na povezivanje", jer su veze između duboko nepravednih ekonomsko-političkih struktura i goleme socijalne patnje kojima danas svjedočimo, previše nepodnošljive za nas i ne možemo si dopustiti da ih ponovimo opet. Etička svijest zasuta je vijestima o nejednakom teretu smrti koji pada na siromašne, rasne i kastne skupine, stare i nemoćne i maštovite osjećaje nepravednog, izrabljivačkog svjetskog poretka, doseže svoj maksimum i tone u sebe; to je previše za prihvatiti. Ispunjava nas misao o mogućnosti zamjene boli zbog tuđe bijede, s kojom se ne možemo nositi. Uništava našu moć i privilegije. U Bionovom jeziku to je više od pukog isključivanja mašte. To je "destruktivni i unakažujći" napad na povezivanje (Bion, 1959). Nije da ne možemo vidjeti ili ne razumjeti ljudsku patnju. To je model da se prema toj spoznaji aktivno činimo nedobvoljno inteligentnim, glupim. Ako ne želimo čuti vapaj siromaha, samo proizvedimo histeričnu gluhoću. Napadamo ne samo naše misli i osjećaje, već i našu sposobnost razmišljanja i osjećaja. Napadnimo, našu vlastitu sposobnost da zamišljanja živote drugih. Zbog toga se mnogi od nas ili osjećajmo onesposobljenim osjećati svoje empatijske reakcije tako privremeno postajemo neiskreni i lažni.

Ovo je prilično pesimistična slika mogućnosti transformativne promjene prema pravednijem, demokratskijem i suosjećajnijem svijetu. Je li moguće da naša pojačana svijest o međuovisnosti ne stvara veće zidove prema drugima, već gradi veći prostor oko kojeg se može stvoriti solidarnost? Što je, ako to uopće ne želimo i nemožemo učiniti. Podstaknuti takve transformirajuće snage promjene kako bi se na najbolji način iskoristio "prekid" uzrokovan virusom? Jedan korak može biti pronalazak "kontejnera" u obliku ljudi i razgovora, slika i riječi koji mogu transformirati naše osjetilne dojmove tjeskobe u podnošljive misli i osjećaje. Neminosnost ljudske međuovisnosti i ranjivosti s međuljudske na globalnu razinu, više ne bi trebala biti uzrok straha od kojeg se branimo poricanjem i uništenjem,

već je primarno pitanje brige i sposobnosti stvaranja kvalitetnog odgovora putem podržavanja ljubavlju i empatijom. Umjesto da se pravimo glupima i trpimo bol, čujmo kakofoniju, tolerirajmo frustracije, prihvatimo nesvjesno (i znatiželja za koju Bion tvrdi da dolazi s time), učimo iz iskustva i djelujmo hrabro. Neka „nesposobnost“ pandemije omogući da ponovno otvorimo razmatranje naše čvrste, ali pogrešne životne pozicije, naše iluzorno znanje i tajne dogovore koje smo sklopili sa životom.

Znanost možemo koristiti za istraživanje i generiranje novih ideja kako bismo pronašli nove oblike dijeljenja i briga koje dopiru do čovječanstva u cjelini; imajući na umu da ovo nije bio evolucijski kontekst brige i dijeljenja. Evolucija nam je predala um koji je sposoban za veliko suosjećanje, ali i u kontekstu velikih skupina i skladišnog i akumuliranog bogatstva, apsolutnog demonskog terora. Bez obzira slijedimo li duhovna uvjerenja ili ne, to je bitka koja se odvija u našim individualnim umovima, u našim zajednicama i našim društvima. To nije bitka između dobra i zla, to je bitka između dvije strategije raspodjele resursa stare milijunima godina. Kad shvatimo kako smo programirani (protiv svjesnosne volje) i kako su naše misli emocionalno i motivacijski upravljene u ovim strategijama, možemo zaključiti da to trebamo iskoristiti. Posjedujemo određenu inteligenciju i pažljivost te možemo odlučiti preuzeti kontrolu nad upravljačem. Ispostavilo se da je suosjećanje najhrabriji i najmudriji od svih naših motiva.

Literatura

- Alford, C. F. (l995). The group as a whole or acting out the missing leader? International Journal of Group Psychotherapy, 45, l25–l4l.
- Alford, C.F. 1989, Melanie Klein and Critical Social Theory, Yale University Press, London.
- Alford. C. F. (1994). Group psychology and political theory. New Haven, CT: Yale University Press.
- Attademo, L., Bernardi, F., Are dopamin and serotonin involved in COVID-19 pathophysiology?. Eur J Psychiat. 2021; 35:62-3.

- Bao-Lord, B. (1990). Legacies: A Chinese Mosaic. New York: Fawcett Columbine.
- Bion, W. R. (1961). Experiences in Groups. London: Tavistock.
- Bion, W. R. (1977). Attention and interpretation: container and contained. In: Seven Servants: Four Works. New York: Jason Aronson.
- Bion, W.R. (1977). Two Papers: The Grid and Caesura. London: Karnac Books.
- Blass, H. (2021). A new Civilization and Its Discontents in times of COVID-19? J Psychoanal Studies, 1, 1-10. DOI: 10.1002/aps.1698.
- Duan, Li, and Gang Zhu. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. Lancet Psychiatry 7: 300–302. https://doi.org/10.1016/S2215- 366(20)30073-0
- Fairbairn, W. R. D. (1952). Psychoanalytic Studies of the Personality. London: Tavistock.
- Fairbairn, W. R. D. (1955). Observations in defence of object-relations theory of the personality. British Journal of Medical Psychology, 28(2, 3): 144–156.
- Fauci AS, Lane HC, Redfield RR. COVID-19 navigating the uncharted. N Engl J Med 2020; 382:1268–9.
- Freud S (1921) Group Psychology and the Analysis of the Ego. New York, NY: Bantam, 1960.
- Freud, S. (1921). Group psychology and the analysis of the ego. S.E., 18: 63–143. London: Hagarth Press.
- Freud, S. (1981a). Mourning and melancholia. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Volume XIV. On the history of the psycho-analytic movement, papers on metapsychology and other works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Freud, S. (1981b). Anxiety. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Volume XVI. Introductory lectures on psycho-analysis (part III). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis.
- Gentile, J. (2020). Time may change us. The strange temporalities, novel paradoxes, and democratic imaginaries of a pandemic. Journal of the American Psychoanalytic Association, 68(4), 649–669. https :// doi.org/10.1177/00030 65120 95512 0.
- Goto, T., Wilson, J. P.A Review of the History of Traumatic Stress Studies in Japan: From Traumatic Neurosis to PTSD, Trauma, violance, & abuse, Vol. 4, No. 3, July 2003 195-209.
- Gregurek R., Tocilj-Šimunković, G., Gruden, V. Trauma and reconstruction in a large group of refugess. Coll Antropol 23: 299-308; 1999.
- Gregurek, R. Countertransference problems in the treatment of a mixed group of war veterans and female partners of war veterans. Croatian Med J 40(4); 493-497; 1999.
- Gregurek, R., Klain, E., (Ur.) Posttraumatski stresni poremećaj – hrvatska iskustva. Medicinska naklada, Zagreb, 2000.
- Gregurek, R., Peršić-Brida, M., Štalekar, V.: Envy and gratitude in a large group of refugees. Coll Antropol 18: 231-241, 1994.

- Gregurek, R., Tocilj-Šimunković, G., Vukušić, H. Grupna psihoterapija u liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja. Liječ Vjesn 120: 38-41; 1998.
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. J Abnorm Psychol, 100, 555-561.
- Jacques, E. (1976). A General Theory of Bureaucracy. New York: Halsted.
- Kernberg, O. (2020) Malignat Narcissim and Large Group Psychotherapy. Psychoanalytic Quarterly, 89:1, 1-24.
- Kernberg, O.F. (1976.) Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. New York: Jason Aronson.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. International Journal of Psychoanalysis, 27: 99–110.
- Klein, M. (1957). Envy and gratitude. In M. Klein (Ed.), Envy and gratitude (pp. 176-235). New York: Dell.
- Klein, M. (1957). Envy and gratitude. In M. Klein (Ed.), Envy and gratitude (pp. 176-235). New York: Dell.
- Klein. M. (1958). On the development of mental functioning. In M. Klein (Ed.), Envy and gratitude (pp. 236-246). New York: Dell.
- Main, T 1975, 'Some psychodynamics of large groups', in L Kreeger (Ed), The Large Group, Constable, London.
- Marčinko D, Jakovljević M, Jakšić N, Bjedov S, Mindoljević Drakulić A. The importance of psychodynamic approach during COVID-19 pandemic. Psychiatria Danubina. 2020;32:15-21.
- Mion,G., Hamann P., Saletan, M., Plaud, C., Baillard, C. Psychological impact of the COVID-19 pandemic and burnout severity in French residents: A national study. Eur J Psychiat 2021; 8-17.
- Rudan., I. A cascade a cause that led to the COVID-19 tragedy in Italy and other European countries. J Glob Health: 2020 Jun: 10(1): 010335. doi: 10.7189/JOGH.10.010335.
- Tyrrell, C.J.; Williams, K.N. The paradox of social distancing: Implications for older adults in the context of COVID-19. Psychol. Trauma 2020, 12, S214–S216.
- Vince, A., COVID-19, five months later, LijecVjes, 2020;142: 55-63.
- Volkan, V. D. (1988). The need to have enemies: Theories of conflict, ethnic attitudes, and group behavior. New York:Wiley.
- Volkan, V., Sixteen analysands'and large groups' reactions to the COVID-19 Pandemic. J Psychoanal Studies, (2121). 1-10. https://doi.org/10.1002/aps.1696
- Volkan,V. D. (2004). Blind Trust: Large Groups and Their Leaders in Times of Crisis and Terror. Charlottesville, VA: Pitchstone Publishing
- WHO. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public. Geneva: WHO; 2020
- WHO.. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it. Geneva: WHO; 2020.

- Winnicott, D. (1951). Transitional objects and transitional phenomena. In D. Winnicott, Through pediatrics to psychoanalysis (pp. 229-242). New York, NY: Basic Books.
- Winnicott, D. W. (1960). The Maturational Processes and the Facilitating Environment. New York: International Universities Press.
- Yalom, I. (2008). Staring at the sun: Overcoming the terror of death. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

10. poglavlje

Doživljaj stresa i percepcija rizika kod zdravstvenih djelatnika vezano uz SARS-Cov-2

Zorana Kušević, Darko Marčinko i Dunja Jurić Vukelić

Uvod

Globalna pandemija uzrokovana novim koronavirusom ugrozila je ne samo tjelesno zdravlje velikog broja ljudi diljem svijeta, već i mentalno zdravlje na individualnoj razini te razini funkcioniranja obitelji i širih društvenih skupina (Jakovljević i sur., 2020; Markotić i sur., 2020; Krleža i sur., 2021). Suočavanje s naglom promjenom svakodnevice na koju smo navikli, doživljaj kronične ugroženosti tjelesnog i mentalnog zdravlja, kao i socijalnog funkcioniranja i egzistencije, neodvojivi su od definicije stresa kao procjene zahtjeva određene situacije većima od mogućnosti suočavanja s njima, te prijetnje osobnoj dobrobiti (Lazarus, 1993). Premda smo stresnim događajima izloženi svakodnevno, a s većinom njih se suočavamo konstruktivno (Martinac i sur., 2015), o aktualnoj se situaciji može govoriti i u terminima traumatskog događaja, koji ostvaruju izrazito nepovoljno djelovanje na svakodnevno funkcioniranje, pojavljuju se neočekivano i izazivaju reakcije straha, panike i bespomoćnosti, a bolesti i prirodne katastrofe – s kojima smo se u Republici Hrvatskoj u proteklih godinu dana suočili – među najčešćim su izvorima traumatskih događaja (Badkhen, 2012). Psihološka reakcija na traumatski događaj utječe na percepciju svijeta i mijenja odraz

vanjskoga svijeta na unutarnji svijet objekata, ostavljajući dugotrajne, složene i brojne učinke na socijalnom, psihičkom, interpersonalnom i biološkom aspektu ličnosti (Wilson i sur., 2004). Jedna od specifičnih kategorija psiholoških reakcija koje značajno određuju ponašanje u okvirima izmijenjenih životnih uvjeta zbog pandemije percepcija je rizika, definirana kao subjektivni psihologijski konstrukt koji nastaje pod utjecajem kognitivnih, emocionalnih, socijalnih, kulturalnih i individualnih čimbenika, a za razliku od percepcije rizika od, primjerice, prirodnih katastrofa, percepcija rizika od obolijevanja od zaraznih bolesti daleko je manje istražena (Dryhurst i sur., 2020).

Premda učinci pandemije COVID-19 na mentalno zdravlje još uvijek nisu sustavno istraženi, opažene reakcije javnosti i zdravorazumska očekivanja nalažu potrebu priprema na značajno narušeno mentalno zdravlje (Xiang i sur., 2020), a prva istraživanja već pokazuju povišene razine depresije (Shigemura i sur., 2020), stresa, anksioznosti, paničnih i bihevioralnih poremećaja (Marčinko i sur., 2020). I dok su manifestni, fizički simptomi pandemije neupitno u fokusu svjetske pozornosti, psihosocijalne i ekonomske posljedice COVID-19 krize, određene skupom predpandemijskih, peripandemijskih i postpandemijskih čimbenika karakterističnih za određeno područje, zaslužuju posebnu pozornost. Niz razornih potresa koji su se dogodili u Hrvatskoj tijekom 2020. godine, istovremeno sa širenjem pandemije COVID-19, dodatan su rizični čimbenik za povećanje prevalencije psihičkih poremećaja (Kušević i sur., 2021). S obzirom na visoku prevalenciju kroničnog PTSP-a kao posljedicu Domovinskog rata i potresa, potrebno je na nacionalnoj razini detektirati osobe visokog rizika za razvoj psihičkih poremećaja kako bi im se omogućila pravovremena i učinkovita podrška te prevenirao novi rast broja slučajeva PTSP-a u populaciji građana Republike Hrvatske, uzrokovan pandemijom koronavirusa (Kušević i sur., 1999; Lončar i sur. 2004; Henigsberg 2008; Ćosić i sur., 2020). Pored visokoga rizika za razvoj psihičkih poremećaja, kronični stres i traumatski događaji značajni su prediktori psihosomatskih bolesti (Kušević i sur., 2012; Kušević i sur., 2013; Kušević i Marušić, 2014; Martinac i sur., 2015), a izbijanje epidemija praćeno je poteškoćama u psihološkom funkcioniranju (Main i sur., 2011; Wu i sur., 2009).

Osobito su ranjiva skupina zdravstveni djelatnici, neposredno suočeni s izazovima i rizicima naglog širenja zaraznih bolesti, kod kojih je u vrijeme izbijanja novih epidemija zabilježen porast anksioznosti i depresije (Blakey i sur., 2019; Gardner i Moallef, 2015; Mak i sur., 2009; Gu i sur., 2019), psihosomatskih simptoma poput glavobolje, bolova u leđima i prsima (Kane, 2009; Wang i sur., 2021) i prevalencije posttraumatskog stresnog poremećaja (Wu i sur., 2009). Stoga je cilj ovog rada procijeniti razinu stresa s kojom se susreću zdravstveni djelatnici u Republici Hrvatskoj i njihovu percepciju rizika od zaraze koronavirusom, kao i prediktore navedenih zavisnih varijabla.

Metode istraživanja

Sudionici

Sudionici čiji su odgovori analizirani u ovom istraživanju dio su većeg istraživanja u kojem je sudjelovalo ukupno 1254 sudionika stratificiranih u skupine s obzirom na dob, spol, stupanj obrazovanja i mjesto prebivališta po županijama. U ovom su istraživanju analizirani podaci ukupno 367 zdravstvenih djelatnika iz različitih dijelova Hrvatske, u usporedbi s podacima ostalih sudionika iz većeg uzorka. Navedena veličina uzorka omogućila je povoljan omjer sudionika u odnosu na varijable, što osigurava dovoljan broj stupnjeva slobode za predviđene multivarijatne postupke obrade podataka. Prosječna dob sudionika istraživanja (zdravstvenih djelatnika) iznosila je M = 42,02; SD = 14,02, a totalni raspon godina među sudionicima kreće se od 18 do 73 godine. Raspodjela prema stupnju obrazovanja pokazuje da je najviše sudionika s visokom stručnom spremom (69,2%), zatim sa srednjom stručnom spremom (16,4%), magistri znanosti čine 2,7% uzorka a doktori znanosti 9,3% uzorka.

Sudionici su temeljem poziva na sudjelovanje u istraživanju ispunili online upitnik percepcije rizika. Strukturu uzorka prema osnovnim demografskim obilježjima prikazuje Tablica 1. Kriteriji za uključivanje u istraživanje bilo je zanimanje u području zdravstvenog sustava,

uključujući i umirovljene zdravstvene djelatnike. U nastavku je tabličnim prikazom prikazan opis uzorka.

Mjerni instrumenti

Upitnik korišten u ovom istraživanju preuzet je iz istraživanja percepcije rizika od zaraze koronavirusom provedenog u deset zemalja svijeta (Dryhurst, 2020). Upitnik mjeri afektivnu i kognitivnu dimenziju percepcije rizika od zaraze koronavirusom, a obuhvaća aspekte percipirane ozbiljnosti pandemije COVID-19, osobnu procjenu vjerojatnosti zaraze tijekom sljedećih 6 mjeseci, kao i procjenu vjerojatnosti zaraze članova obitelji, te trenutnu razinu zabrinutosti u vezi s pandemijom COVID-19. Psihološki prediktori percepcije rizika u upitniku su kognitivnih procjena, osobnog iskustva i socijalno-kulturalnih norma. Specifično, to su varijable osobnog znanja (*Koliko osjećate da razumijete strategiju borbe protiv koronavirusa koju provodi Vlada Republike Hrvatske?*), društvenog znanja (*Prema Vašem mišljenju, koliko dobro znanstvenici razumiju koronavirus u ovom trenutku?*), izravnog iskustva (*Jeste li bili zaraženi, ili ste mislili da biste mogli biti zaraženi koronavirusom?*), društvenog informiranja (*Jeste li dobili informacije o koronavirusu od prijatelja i obitelji?*), zatim prosocijalnosti (*U kojoj mjeri smatrate da je važno raditi stvari za dobrobit drugih i društva u cjelini, čak i ako vas osobno koštaju?),* individualističkih stavova (šest čestica samoprocjene na skali Likertova tipa od 1 (*izrazito se ne slažem*) do 6 (*izrazito se slažem*), primjer: *Politika se previše upliće u naše svakodnevne živote*); povjerenja u politiku (Koliko vjerujete političarima svoje zemlje kad je riječ o učinkovitoj borbi s pandemijom?), povjerenja u rad znanstvenika i zdravstvenih djelatnika, samoprocjena osobne (*U kojoj mjeri smatrate da osobne radnje koje provodite kako biste ograničili širenje koronavirusa imaju smisla?*) i kolektivne učinkovitosti (dvije čestice samoprocjene na skali Likertova tipa od 1 (*nimalo učinkovita*) do 7 (*izrazito učinkovita*), primjer čestice: *Koliko mislite da je dosad učinkovita službena reakcija države u kojoj živite u suočavanju s pandemijom?*). Demografski prediktori bili su samoprocjena političke opredijeljenosti (*Kako biste procijenili vlastite političke stavove na*

dimenziji od lijeve (liberalne) do desne (konzervativne) orijentacije?), spol, dob i stupanj obrazovanja. Opisanom je upitniku, u odnosu na originalnu verziju iz istraživanja Dryhurst (2020), dodana varijabla samoprocjene razine osobnog doživljaja stresa vezanog uz pandemiju koronavirusa. Originalna verzija instrumenta dostupna je za slobodno korištenje.

Postupak

Istraživanje je provedeno na daljinu, korištenjem online platforme *Google obrasci*. Tehnikom snježne grude na sudjelovanje u istraživanju pozvani su zdravstveni djelatnici iz različitih dijelova Republike Hrvatske, različitog stupnja obrazovanja i različitih zanimanja i specijalizacija. Sudionici su pristupili istraživanju tijekom travnja i svibnja 2021. godine. Sudjelovanje u istraživanju bilo je anonimno, a u uvodnom dijelu upitnika navedeni su podaci o voditeljima istraživanja, mogućnosti prekida sudjelovanja u bilo kojem trenutku i o prikazu rezultata isključivo na skupnoj razini. Ispunjavanje upitnika trajalo je petnaest do dvadeset minuta, a za sudjelovanje u istraživanju sudionici nisu primili nikakvu materijalnu naknadu.

Rezultati

Tablica 1. prikazuje deskriptivne podatke o sudionicima istraživanja, uključujući i cjelokupan uzorak i nezdravstvene djelatnike sa svrhom usporedbe rezultata: srednju vrijednost dobi sudionika, postotak muškaraca u uzorku i frekvencije prema stupnju obrazovanja, srednje vrijednosti po varijablama percepcije rizika, političkog opredijeljenja, osobnog i društvenog znanja, postotak sudionika koji su imali izravno iskustvo sa zarazom koronavirusom i postotak prema informiranosti o pandemiji od obitelji i prijatelja, zatim srednje vrijednosti po varijablama prosocijalnosti, individualističkih stavova, povjerenja u politiku, znanost i zdravstvo, osobne i kolektivne učinkovitosti te doživljaja stresa.

Statistički značajno veći broj zdravstvenih djelatnika, u odnosu na nezdravstvene, imao je izravno iskustvo sa zarazom koronavirusom: njih čak 46,8% označilo je točnim jednu od kategorija odgovora: *Mislim da sam trenutno zaražen/a virusom COVID-19, ali nisam se testirao/la*; *Mislim da sam bio/la zaražen/a virusom COVID-19, ali nisam se testirao/la i u međuvremenu sam ozdravio/la*; *Bio/la sam u rizičnoj skupini, ali test je bio negativan*; *Bio/la sam u rizičnoj skupini, ali nisam se još testirao/la*; *Zaražen/a sam virusom COVID-19*; *Zaražen/a sam virusom COVID-19, ali ozdravio/la sam uz potvrdu negativnim testom*; *Zaražen/a sam virusom COVID-19, ozdravio/la sam, ali nisam ponovio/la testiranje*, u odnosu na 28,5% sudionika opće populacije. Doživljaj stresa zdravstveni su djelatnici procijenili relativno visokim - na Likertovoj skali od 1 (*izrazito niska razina stresa*) do 5 (*izrazito visoka razina stresa*) srednja je vrijednost M = 3,53, uz SD = 1,14.

Tablica 1. Deskriptivni podaci

Varijable	Ukupno (opća populacija)	Zdravstveni djelatnici	Nezdravstveni djelatnici
N	1254	367	887
Spol (% muškaraca)	26,3	24	27,0
Dob	39,08 (13,56)	42,02 (14,02)	37,89 (13,19)
Stupanj obrazovanja (%)			
SSS	25,9	16,4	27,8
VSS	48,6	69,2	45,6
Magistar/magistra znanosti	5,2	2,7	8,7
Doktor/ica znanosti	7,0	9,3	3,4
Percepcija rizika	3,87 (1,26)	4.42 (0.83)	3,64 (1,33)
Političko opredijeljenje (liberalno-konzervativno)	3,68 (1,51)	3.69 (1.34)	3,67 (1,58)
Osobno znanje	2,69 (1,45)	2.82 (1.22)	2,64 (1,53)
Društveno znanje	2,71 (1,20)	2,89 (0.97)	2,63 (1,28)
Izravno iskustvo (%)	28,5	46,8	21,0
Društveno informiranje (%)	59,3	71,6	53,9
Prosocijalnost	5,07 (1,97)	5,71 (1,28)	4,8 (2,14)
Individualistički stavovi	3,79 (1,29)	3,24 (0,89)	4,02 (1,36)
Povjerenje u politiku	2,03 (1,09)	2,35 (1,04)	2,26 (1,60)
Povjerenje u znanost	3,49 (1,10)	3,87 (0,80)	3,34 (1,17)
Povjerenje u zdravstvo	3,50 (1,19)	3,95 (0,84)	3,31 (1,26)
Osobna učinkovitost	4,03 (2,01)	4,76 (1,62)	3,73 (2,08)
Kolektivna učinkovitost	2,85 (1,65)	3,56 (1,48)	2,60 (1,71)

Odnosi među varijablama, prikazani u *Tablici 2*, ukazuju na srednje visoku pozitivnu korelaciju, statistički značajnu na razini $p<0,05$, između percepcije rizika od zaraze koronavirusom i doživljaja stresa. Spol sudionika korelira s percepcijom rizika i doživljajem stresa u smjeru više razine obiju varijabla kod žena, u odnosu na muškarce. Razina obrazovanja pozitivno korelira s procjenom osobne i kolektivne učinkovitosti u borbi protiv pandemije koronavirusa, a osobno i društveno znanje umjereno pozitivno koreliraju s prosocijalnošću.

Tablica 2. Korelacije između varijabla na uzorku zdravstvenih djelatnika

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Percepcija rizika		-,116*	,097	,091	-,006	,095	,064	-0,16**	-,003	,221**	-,189**	,085	,048	,008	,105*	,122*	,482**
2	Spol	-,116*		-,112*	,009	,040	,009	,074	-0,03	,066	0,05	-,042	-,032	,109*	,117*	,062	-,027	-,133*
3	Dob	,097	-,112*		,294**	-,006	,134*	,011	-0,09**	,050	,171**	-,090	,224**	-,135*	-,052	,018	,216**	,066
4	Obrazovanje	,091	,009	,294**		-,111*	,077	-,002	-0,03	,032	0,094	-,096	,096	,056	,065	,144**	,235**	,153**
5	Politička opredijeljenost	-,006	,040	-,006	-,111*		,212**	,028	-0,06*	-,051	-0,1	,040	,233**	-,092	-,086	-,028	,103	,040
6	Osobno znanje	,095	,009	,134*	,077	,212**		,443**	-0,07*	-,019	,197**	-,218**	,559**	,193**	,188**	,213**	,523**	,131*
7	Socijalno znanje	,064	,074	,011	-,002	,028	,443**		-0,05	-,070	,207**	-,329**	,369**	,387**	,310**	,291**	,364**	,139**
8	Izravno iskustvo	-0,16**	-0,03	-0,09**	-0,03	-0,06*	-0,07*	-0,05			-0,07**	-0,07*	-0,59**	-0,55**	-0,1*	-0,05	-0,65**	-0,09
9	Socijalno pojednostavljenje	-,003	,066	,050	,032	-,051	-,019	-,070			0,042	-,117*	-,078	,038	,077	,031	-,044	-,082
10	Prosocijalnost	,221**	,050	,171**	,094	-,100	,197**	,207**	-0,07**	,042		-,277**	,173**	,252**	,290**	,317**	,219**	,144**
11	Individualistički pogled na svijet	-,189**	-,042	-,090	-,096	,040	-,218**	-,329**	-0,07*	-,117*	-,277**		-,306**	-,351**	-,279**	-,485**	-,410**	-,178**
12	Povjerenje u politiku	,085	-,032	,224**	,096	,233**	,559**	,369**	-0,59**	-,078	,173**	-,306**		,247**	,173**	,270**	,581**	,141**
13	Povjerenje u znanost	,048	,109*	-,135*	,056	-,092	,193**	,387**	-0,55**	,038	,252**	-,351**	,247**		,637**	,467**	,345**	,080
14	Povjerenje u zdravstvo	,008	,117*	-,052	,065	-,086	,188**	,310**	-0,1**	,077	,290**	-,279**	,173**	,637**		,328**	,239**	-,030
15	Osobna učinkovitost	,105*	,062	,018	,144**	-,028	,213**	,291**	-0,05	,031	,317**	-,485**	,270**	,467**	,328**		,624**	,144**
16	Kolektivna učinkovitost	,122*	-,027	,216**	,235**	,103	,523**	,364**	-0,65**	-,044	,219**	-,410**	,581**	,345**	,239**	,624**		,211**
17	Doživljaj stresa	,482**	-,133*	,066	,153**	,040	,131*	,139**	-0,09	-,082	,144**	-,178**	,144**	,080	-,030	,144**	,211**	

Testiranje analize varijance između zdravstvenih djelatnika i opće populacije pokazalo je da se zdravstveni djelatnici razlikuju u odnosu na opću populaciju na svim varijablama osim političke orijentacije, na način da zdravstveni djelatnici rizik od zaraze koronavirusom procjenjuju višim, da su procjene osobnog znanja, društvenog znanja i informiranja, prosocijalnosti, povjerenja u politiku, znanost i zdravstvo, procjene osobne i kolektivne učinkovitosti te izloženost zarazi više kod zdravstvenih djelatnika u odnosu na opću populaciju, a razina individualizma, u ovom istraživanju definirana kroz negativan stav prema zajedničkim mjerama prevencije koje utječu na osobne živote građana, viša je na uzorku iz opće populacije u odnosu na zdravstvene djelatnike. Izravno iskustvo sa zarazom značajno negativno korelira s povjerenjem u politiku, znanost i zdravstvo (Tablica 3).

Tablica 3. Prikaz rezultata i efekata dobivenih dvosmjernom analizom varijance

		Zbroj kvadrata	Stupnjevi slobode	Srednji kvadrat	F	Značajnost
Osobno znanje	Između skupina	8,268	1	8,268	3,946	,047
	Unutar skupina	2604,436	1243	2,095		
	Ukupno	2612,704	1244			
Društveno znanje	Između skupina	16,369	1	16,369	11,471	,001
	Unutar skupina	1772,290	1243	1,427		
	Ukupno	1788,659	1244			
Izravno iskustvo	Između skupina	49,916	1	49,916	8,758	,003
	Unutar skupina	7090,281	1243	5,700		
	Ukupno	7140,197	1244			
Društveno informiranje	Između skupina	8,927	1	8,927	38,048	,000
	Unutar skupina	290,925	1243	,235		
	Ukupno	299,852	1244			
Prosocijalnost	Između skupina	212,169	1	212,169	57,145	,000

	Unutar skupina	4600,145	1243	3,713		
	Ukupno	4812,314	1244			
Povjerenje u zdravstvo	Između skupina	103,248	1	103,248	77,596	,000
	Unutar skupina	1621,997	1243	1,331		
	Ukupno	1725,245	1244			
Osobna učinkovitost	Između skupina	267,019	1	267,019	69,847	,000
	Unutar skupina	4732,754	1243	3,823		
	Ukupno	4999,773	1244			
Politička orijentacija	Između skupina	,109	1	,109	,048	,827
	Unutar skupina	2780,040	1243	2,281		
	Ukupno	2780,149	1244			
Percepcija rizika	Između skupina	151,210	1	151,210	103,810	,000
	Unutar skupina	1793,071	1243	1,457		
	Ukupno	1944,281	1244			
Individualistički stavovi	Između skupina	151,586	1	151,586	98,813	,000
	Unutar skupina	1833,209	1243	1,534		
	Ukupno	1984,795	1244			
Povjerenje u politiku	Između skupina	50,661	1	50,661	44,324	,000
	Unutar skupina	1397,854	1243	1,143		
	Ukupno	1448,515	1244			
Povjerenje u znanost	Između skupina	71,664	1	71,664	61,825	,000
	Unutar skupina	1406,040	1243	1,159		
	Ukupno	1477,704	1244			
Kolektivna učinkovitost	Između skupina	245,708	1	245,708	97,743	,000
	Unutar skupina	3091,993	1243	2,514		
	Ukupno	3337,701	1244			

Rasprava

U ovom smo istraživanju ispitali razinu percepcije rizika od zaraze koronavirusom kod zdravstvenih djelatnika u Republici Hrvatskoj, demografske i psihološke aspekte percepcije rizika i razliku u

razinama ovih varijabla kod zdravstvenih djelatnika u odnosu na opću populaciju. Zdravstveni djelatnici percipiraju rizik od zaraze koronavirusom podjednako visokim kao sudionici originalnog istraživanja provedenog u deset zemalja svijeta (Dryhurst, 2020), a značajno višim u odnosu na podatke opće populacije u Hrvatskoj.

Korelacije dobivene ovim istraživanjem pokazuju da viša razina obrazovanja podrazumijeva višu razinu procjene osobne i kolektivne učinkovitosti, odnosno uvjerenje da osobne radnje koje se provode s ciljem ograničavanja širenja koronavirusa imaju smisla, kao i kolektivne mjere u obliku prevencijskih mjera i službene reakcije države u suočavanju s pandemijom. Zanimljivo je da procjena dobrog razumijevanja strategije borbe protiv koronavirusa na državnoj razini, kao i stupnja u kojem znanstvenici posjeduju vrijedne i korisne informacije o koronavirusu, korelira s prosocijalnošću, odnosno uvjerenjem da je važno raditi stvari za dobrobit drugih i društva u cjelini, čak i ako to osobno predstavlja određen rizik ili trošak. Podatak da izravno iskustvo za zarazom koronavirusom značajno negativno korelira s povjerenjem u politiku, znanost i zdravstvo ukazuje na potrebu uključivanja osobnih iskustava zdravstvenih djelatnika i opće populacije u strategiju borbe protiv pandemije.

Rezultati testiranja analize varijance između zdravstvenih djelatnika i opće populacije ukazali su na značajne razlike prisutne u demografskim i psihološkim aspektima. Rezultat koji je u potpunosti u skladu s očekivanjima pokazuje da je statistički značajno veći broj zdravstvenih djelatnika bio zaražen koronavirusom, sumnjao na zarazu ili je bio u rizičnoj skupini, u odnosu na sudionike iz opće populacije. Slično su pokazala i druga istraživanja prema kojima su zdravstveni djelatnici značajno izloženiji zarazi koronavirusom zbog brojnih rizičnih čimbenika, kontakta sa zaraženim pacijentima, prekovremenog rada i otežane kontrole širenja zaraze (Mhango i sur., 2020), koji ukazuju na potrebu brzog razvoja održivih mjera zaštite zdravstvenih djelatnika.

U razvojnom procesu osobnosti stres je neizostavan čimbenik, pri čemu je za razvoj pojedinca bitan omjer gratifikacije i frustracije, ali kada stres postane kroničan, može utjecati na pojavu ne samo

stresnih reakcija nego čak i trajnih promjena ličnosti kod pojedinaca i populacija izloženih visokim i trajnim razinama stresa (Shields, 2016; Xin i sur., 2017). Poznato je da višestruki stresni događaji imaju kumulativan učinak, što je bitno uzeti u obzir u proučavanju učinaka pandemije. Populacija u kojoj je velik broj pojedinaca u prošlosti suočen s traumatskim iskustvom vezanim uz Domovinski rat, potencijalno razvio psihopatološke simptome kao reakciju na visoke razine doživljenog stresa i vulnerabilnost na stres općenito., a također treba imati u vidu i traumu razornih potresa na ovom području tijekom 2020. i 2021. Sve ove okolnosti i individualna iskustva treba imati na umu prilikom individualnog psihoterapijskog te prevencijskog djelovanja na razini populacije. Ohrabrujuća su saznanja o protektivnom djelovanju zaštitnih čimbenika protiv nepovoljnih reakcije na stresne događaje – (zdrava ličnost, odsutnost komorbiditeta, dobru socijalnu podršku, negativni hereditet i transgeneracijski prijenos, negativna anamneza na psihotraumu,rezilijencija). Valja imati na umu i rizične čimbenike, od dobi i karakteristika radnoga mjesta, transgeneracijskog prijenosa, disfunkcionalne obitelji, nezdravog psihoseksualnog razvoja, do neučinkovitih mehanizama obrane i suočavanju s različitim manifestacijama narušenog psihofizičkog zdravlja negativni su i rizični čimbenici i snaga traumatskog iskustva, njegovo ponavljanje i trajanje kao i vrsta traume pri čemu su one izazvane ljudskom rukom osobito visoko rizične za razvoj psihopatologije. (Tam i sur., 2017; He i sur., 2018). U okviru psihodinamskog pristupa, aktivno slušanje pojedinca izloženog stresnoj situaciji od strane psihoterapeuta ili drugog značajnog objekta ima i kontejnirajuće djelovanje s važnom ulogom u psihoterapijskom radu, Sadržavanje i zadržavanje negativnih emocija ima i razvojnu značajnost u akutnim stresnim situacijama u kojima je prva reakcija zadržavanje negativnih emocija (Bion, 1994). Aktivno slušanje vulnerabilnih i izloženih pojedinaca korisno je u ublažavanju stresa, a čitanje stručne literature, istraživanja koja će unaprijediti prevenciju i dijagnostiku stanja koja izazivaju strah, predstavljaju na neki način i pojačavanje takozvane alfa funkcije i eliminaciju beta elemenata koji su značajni u pojavi psihopatologije, kako tijekom razvoja, tako i tijekom oslobađanja od stresa i njegovih posljedica. Pritom treba uzeti u obzir i specifičnost organizacije zdravstvene

zaštite, u kojoj je pandemija uzrokovala nužno posuđivanje kadrova ne samo iz drugih ustanova, nego i drugih specijalizacija, zbog nedostatnog broja infektologa i pulmologa npr. u nekim sredinama, pa je vjerojatno da su zdravstveni djelatnici vezani uz rad u drugom području bili izloženi dodatnim potrebama prilagodbe i pod većim rizikom za razvoj reakcija na stres ili poremećaja prilagodbe. Uz to je i klasični *lockdown* bio neprimjenjiv na zdravstvene djelatnike koji većinom nisu imali prilike raditi od kuće i zbog toga su vjerojatno povećano bili izloženost mogućoj zarazi. S obzirom na to da se radi o novom zdravstvenom, društvenom i ekonomskom problemu, a rezultati ovog istraživanja ukazuju na povezanost izloženosti zarazi i negativnih stavova prema politici, zdravstvu i znanosti, potrebno je analizirati i grupne i individualne učinke prevencijskih mjera i pritom u obzir uzeti i osobna individualna iskustva u vremenu infodemije.

Rezultati istraživanja ukazuju na moguće nove potrebe u organizaciji zdravstvenog sustava glede prevencije stresa te zaštite mentalnog zdravalja zdravstvenih radnika u uvjetima pandemije.

Zaključak

Istraživanje je pokazalo da zdravstveni djelatnici percipiraju rizik od zaraze koronavirusom visokim. Usporedba podataka zdravstvenih djelatnika i opće populacije ukazuje na statistički značajne razlike u razini percepcije rizika na način da zdravstveni djelatnici rizik od zaraze koronavirusom procjenjuju višim u odnosu na nezdravstvene djelatnike. Osobno znanje, društveno znanje, stupanj informiranosti, prosocijalnost, povjerenje u politiku, znanost i zdravstvo, procjene osobne i kolektivne učinkovitosti također su statistički značajno više kod zdravstvenih djelatnika, dok je kod nezdravstvenih djelatnika u prosjeku značajno viša razina individualističkih stavova. Viša razina obrazovanja povezana je s višom procjenom osobne i kolektivne učinkovitosti u borbi protiv pandemije koronavirusa. Izravno iskustvo sa zarazom značajno negativno korelira sa povjerenjem u zdravstvo, znanost i politiku u ispitivanom uzorku. Rezultati ovog istraživanja mogu poslužiti za implementaciju novih saznanja u aktivnu i buduću

organizaciju zdravstvene zaštite na dobrobit zdravstvenih djelatnika, pacijenata i društva u cjelini, tim više što su rezultati sukladni sličnim istraživanjima u svijetu.

Psihodinamski pristup u globalu govori i o svojevrsnoj " infektivnosti" nezrelih obrana, npr. poput projektivne identifikacije, što nedvojbeno ima utjecaj na percepciju općenito i testiranje realiteta, no budući da je sličan mehanizam u podlozi i empatijskog reagiranja, jedna od poruka psihodinamike u ovom kompliciranom vremenu mogla bi biti da nije samo korona virus zarazan, to može biti i empatija, ljubav, dobrota, optimizam, nada, kolegijalnost, solidarnost i mir koji su nam sada osobito potrebni.

Literatura

- Badkhen A. PTSDland. Foreign Policy Vol. 195, 34-6. FP Group, 2012
- Bion WR. Learning from experience. Jason Aronson, 1994.
- Blakey SM, Kirby AC, McClure KE, Elbogen EB, Beckham JC, Watkins LL& Clapp JD: Posttraumatic safety behaviors: Characteristics and associations with symptom severity in two samples. Traumatology, 2019
- Britvić, D i sur. Psihodinamski aspekti adaptacije i liječenja psihotraume: rezultati istraživanja. Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja, 2007, 16.3: 497-513.
- Dryhurst, S. i sur. "Risk perceptions of COVID-19 around the world." Journal of Risk Research 23.7-8 (2020): 994-1006.
- Emery, PE, Emery OB. (1985.), The defense process in posttraumatic stress disorders, American Journal of Psychotherapy, 34 (4): 541-552.
- Gardner PJ i Moallef P: Psychological impact on SARS survivors: Critical review of the English language literature. Canadian Psychology/Psychologie canadienne 2015; 56:123
- Gu B, Qiling T, Shangping Z. "The association between occupational stress and psychosomatic wellbeing among Chinese nurses: A cross-sectional survey." Medicine 98.22 (2019).
- He FX i sur. Assessing stress, protective factors and psychological well-being among undergraduate nursing students. Nurse education today 68 (2018): 4-12.
- Henigsberg N, Kovačić Z, Kalember P. Pharmacotherapy of suicidal PTSD patients. Lowering Suicide Risk in Returning Troops: Wounds of War 42 (2008): 131.
- Horowitz, MJ. Stress-response syndromes. International handbook of traumatic stress syndromes, 1993, 49-60.

- Jakovljević M, Bjedov S, Jakšić N & Jakovljević I: COVID-19 pandemic from the perspective of public and global mental health. Psychiatr Danub 2020; 32:6-14
- Kane PP. "Stress causing psychosomatic illness among nurses." Indian Journal of occupational and environmental medicine 13.1 (2009): 28.
- Kleber RJ., Brom D, Defares PB. Coping with trauma: Theory, prevention and treatment. Swets & Zeitlinger Publishers, 1992.
- Krleža JL i sur. Seroprevalence of SARS-CoV-2 infection among children in Children's Hospital Zagreb during the initial and second wave of COVID-19 pandemic in Croatia. Biochemia Medica 31.2 (2021).
- Kušević Z i sur. "Prevalence of chronic posttraumatic stress disorder in Croatian war veterans." Psychiatria Danubina 11.1-2 (1999): 19-24.
- Kušević Z i sur. Odnos intenziteta posttraumatskog stresnog poremećaja izazvanoga ratnom traumom i socijalne podrške. Socijalna psihijatrija 40 (2012): 70-75.
- Kušević Z i sur. "The connection between alexithymia and somatic morbidity in a population of combat veterans with chronic PTSD." Acta Informatica Medica 21.1 (2013): 7.
- Kušević Z, Marušić K. The relationship between alexithymia and morbidity. Liječnički vjesnik 136.1-2 (2014): 0-0.
- Kušević Z i sur. Some psychological, gastrointestinal and cardiovascular consequences of earthquakes. Psychiatria Danubina, u tisku
- Lončar Č, Definis-Gojanović M, Dodig G, Jakovljević M, Franić T, Marčinko D, Mihanović M. War, mental disorder and suicide. Collegium antropologicum, 28(1), 2004, 377-384.
- Mak IWC, Chu CM, Pan PC, Yiu MGC & Chan VL: Longterm psychiatric morbidities among SARS survivors. General hospital psychiatry 2009; 31:318-326
- Main A, Zhou Q, Ma Y, Luecken, LJ, Liu X. (2011). Relations of SARS-related stressors and coping to Chinese college students' psychological adjustment during the 2003 Beijing SARS epidemic. Journal of Counseling Psychology, 58(3), 410–423. https://doi.org/10.1037/a0023632
- Markotić A, Capak K. Earthquake in the time of COVID-19: The story from Croatia (CroVID-20). Journal of global health 10.1 (2020).
- Mhango M, Dzobo M, Chitungo I, Dzinamarira T (2020). COVID-19 risk factors among health workers: a rapid review. Safety and health at work.
- Wu P i sur. "The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk." The Canadian Journal of Psychiatry 54.5 (2009): 302-311.
- Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M& Benedek DM: Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. Psychiatry Clin Neurosci 2020
- Wang YY i sur. "Acute Stress Disorder Among Frontline Health Professionals During the COVID-19 Outbreak: A Structural Equation Modeling Investigation." Psychosomatic Medicine 83.4 (2021): 373-379.

- Wilson JP, Friedman MJ, Lindy JD (ed.). Treating psychological trauma and PTSD. Guilford Press, 2004.
- Xin Y i sur. "The relationship between personality and the response to acute psychological stress." Scientific reports 7.1 (2017): 1-8.
- Shields GS, Toussaint LL, Slavich GM. "Stress-related changes in personality: A longitudinal study of perceived stress and trait pessimism." Journal of research in personality 64 (2016): 61-68.
- Tam SY, Houlihan S, Melendez-Torres GJ. "A systematic review of longitudinal risk and protective factors and correlates for posttraumatic stress and its natural history in forcibly displaced children." Trauma, Violence, & Abuse 18.4 (2017): 377-395.

11. poglavlje

Stres i poremećaji mentalizacije

Milena Skočić Hanžek

Univerzalna je ljudska potreba biti shvaćen i voljen, te razumjeti i voljeti sebe i svijet oko sebe. Mentaliziranjem pokušavamo dati značenje ponašanju drugih ljudi. To činimo najvećim dijelom nesvjesno, automatski. Kroz prepoznavanje tuđih osjećaja, motivacija, želja, neverbalnih gesta, donosimo zaključke o smislu nečijih riječi i postupaka. Mentalizirati možemo i svjesno, ulažući ciljani mentalni napor u situacijama i socijalnim interakcijama koje su nam važne. Mentaliziranje nije „sve ili ništa“ fenomen. Naša sposobnost davanja značenja svijetu oscilira ovisno o stupnju napetosti i tjeskobe koju osjećamo (Allen, Fonagy, Bateman, 2008). Današnje vrijeme obilježava svakodnevnu klinički praksu liječnika i medicinskog osoblja znatna količina neizvjesnosti, nepoznatoga, promjena uhodanih načina rada i odnosa s bolesnicima. Pandemija COVID-19 virusa opteretila je zdravstveni sustav i njegove djelatnike na više razina. Od rapidno povećavajućeg broja kritično oboljelih koje treba hitno zbrinuti, neprestanih novih spoznaja o načinima liječenja i mogućim dugoročnim posljedicama, visoke stope smrtnosti, izolacije i osamljenosti zbog visoke zaraznosti do svakodnevnog tereta donošenja odluka u potpuno novim situacijama mimo uhodanih i provjerenih terapijskih algoritama. Sada već postoji veliki broj znanstvenih radova koji potvrđuju iskustvenu spoznaju o velikom psihološkom stresu liječnika i medicinskih sestara i tehničara, te o značajnom broju zdravstvenog osoblja koje ima simptome nekog od psihičkih poremećaja (depresije, anksioznih poremećaja, čak i posttraumatskog stresnog poremećaja) (Sederer, 2021). Svaki pojedinac reagira sukladno svojoj osobnosti, mehanizmima obrane,

odnosno strategijama za suočavanje za stres. Nerijetko je realitetni teret anksioznosti velik i preplavljuje naše zrele obrane, te posljedično može ometati naše funkcioniranje. Ovdje ću opisati načine na koji se može manifestirati iskrivljeno doživljavanje i razumijevanje sebe i drugih, odnosno kako se ispoljavaju poremećaji u mentaliziranju. Važno ih je prepoznati na vrijeme i pokušati ispraviti, jer na taj način smanjujemo osjećaj anksioznosti, te pomažemo sebi i drugima da mirno, sigurno i razumno obavljamo svoje svakodnevne zadatke, surađujemo i rastemo kao profesionalci i kao ljudi.

O mentalizaciji

Termin mentalizacija uveden je i razrađen kao koncept u psihoterapiji od grupe psihoanalitički orijentiranih terapeuta i istraživača Batemana, Fonagyija, Target i Allena (Bateman & Fonagy 2004, 2008; Fonagy i sur. 2002, Allen 2006, 2008). Definira se kao proces pomoću kojega osoba implicitno (nesvjesno) ili eksplicitno (svjesno) interpretira svoja i tuđe ponašanja i postupke kao smislena na temelju mentalnih stanja kao što su želje, potrebe, osjećaji, vjerovanja, razlozi (Bateman & Fonagy, 2004). U fokus se stavlja um i njegova mentalna stanja, kako vlastita, tako i drugih ljudi. Mentaliziranje je proces u kojem su neki ljudi spretniji i bolji od drugih, odnosno imaju bolji kapacitet za mentalizaciju. Kroz rad na sebi taj se kapacitet može poboljšati.

Mentaliziranje se najviše odvija nesvjesno ili predsvjesno, ono je samo jednim dijelom kognitivna aktivnost. Najvećim dijelom se radi o intuitivnoj i brzoj emocionalnoj reakciji, tako da i ne primjećujemo kako mentaliziramo. Ako bi se često odvijalo svjesno, naš kapacitet za obrađivanje informacija bio bi preplavljen i preopterećen. U svakoj interakciji (razgovoru, promatranju, slušanju) možemo mentalizirati, u umu davati značenje ponašanju drugih ljudi i sebe. Mentalizacija podrazumijeva subjektivnost, zamišljanje mentalnih stanja drugih, te stoga može dovesti do potpuno pogrešnih objašnjenja i zaključaka. Svatko od nas ima vlastitu povijest, odgoj, iskustva koja oblikuju naš način razmišljanja i kapacitet za razumijevanje sebe i drugih. Razlike u shvaćanjima najviše dolaze do izražaja u emocionalno nabijenim i stresnim situacijama. Dobar kapacitet za mentaliziranje podrazumijeva fleksibilnost u razmišljanju, prihvaćanje promjenjivosti,

uzimanje u obzir različitih perspektiva, motiva, doživljaj kontinuiteta vlastitog života (autobiografski kontinuitet). Dobro mentaliziranje povezano je sa razvijenom simbolizacijom, kapacitetom za igru sa stvarnošću; smislom za humor, pomaže nam da se bolje nosimo s teškim emocionalnim stanjima sebe i drugih. Loše mentaliziranje je karakterizirano nefleksibilnošću, rigidnošću, nemogućnošću sagledavanja različitih perspektiva, konkretnim mišljenjem, sklonošću impulzivnim reakcijama, slabom regulacijom vlastitih afekata. Loše mentaliziranje povezano je s razvojem i održavanjem simptoma psihičkih poremećaja.

Kapacitet za mentalizaciju nastaje u ranom djetinjstvu kroz odnos sa značajnom odraslom osobom (obično se radi o majci). Djeca prirodno počinju razmišljati što se događa u umovima drugih, što u njima samima, vezano uz interakciju s važnim drugim članovima obitelji. Maleno dijete ne zna imenovati i razlikovati svoje osjećaje. Kada je gladno, umorno ili uznemireno, osjeća neugodu i plače. Majka zrcali (engl. mirroring) djetetove emocionalne potrebe i vraća ih u ublaženom obliku. Kroz ponavljane majčine pokušaje smirivanja, njezin umirujući izraz lica, ton glasa i dodir, dijete iskustveno uči razlikovati senzacije koje dolaze iz tijela i potrebu za bliskošću. Ukoliko majka može približno točno odgovoriti na djetetove potrebe, ne uznemiriti se previše i preplaviti dijete svojom pretjeranom brigom, ili pak suprotno zanemariti djetetove pozive, postupno se razvija dobar kapacitet za prepoznavanje i podnošenje stresa, te smirivanje samog sebe. Ovi koncepti su temeljeni na učenjima Winnicotta (1956) i Biona (1962). Ukoliko je zrcaljenje i interakcija između djeteta i značajne odrasle figure narušeno, u smislu zanemarivanja ili traumatizirajućeg doživljaja, narušen je djetetov budući kapacitet za regulaciju osjećajnih stanja.

Teorija privrženosti (Bowlby, 1988) govori da djeca koja imaju dobro iskustvo u najranijem odnosu s majčinskom figurom razvijaju osjećaj sigurnosti u svim ostalim interpersonalnim odnosima (siguran stil privrženosti, engl. attachmenta). Psihološka trauma u ranom odnosu dovodi do formiranja nesigurnih načina odnošenja, anksioznih i dezorganiziranih stilova privrženosti. Trauma u ranim odnosima minira kapacitet za razmišljanje o mentalnim stanjima u odraslih osoba s poremećajima ličnosti (Bateman & Fonagy, 2006). Samo razmišljanje može biti opasno jer bi moglo dovesti do zaključka o

stvarnim lošim namjerama druge osobe o kojoj ovisimo i koja nam je važna. Nadalje, rani preplavljujući stres djeluje tako da funkcioniranje orbito-frontalnog korteksa postaje vrlo osjetljivo na bilo kakav rizik uzbuđenja, približavanja, gubitka (separacije od važne osobe).

Između kapaciteta za mentalizaciju i sustava privrženosti primarni medijator, između ostalih neuropeptida, je oksitocin (Heinrichs i Domes, 2008).

Stres i poremećaji mentalizacije

Akutni, a pogotovo kronični stres je za naš mozak toksičan. Aktivacijom osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežne žlijezde luče se hormoni stresa, od kojih izdvajamo kortizol koji je povišen u kroničnom stresu. „Korozivni kortizol“ kako ga nazivaju neki znanstvenici (Allen, Fonagy, Bateman, 2008) utječe na hipokampus koji je važan za pamćenje i učenje. Pojednostavljeno, dugotrajni stres nas čini „glupljima”, kortizol putem glutamata uzrokuje gubitak neurona u hipokampusu. Važno je i djelovanje na amigdalu, te prefrontalni korteks. Mentaliziranje se odvija najvećim dijelom upravo u prefrontalnim dijelovima mozga (medijalni prefrontalni korteks). Amigdala i inzula su bitni za prepoznavanje i razumijevanje afekata (Gallagher, Frith, 2003). U momentima akutnog stresa sposobnost za mentaliziranje se automatski isključuje, kako se aktiviraju dijelovi mozga važni za reakciju borbe ili bijega. Gledano s perspektive evolucije, ovo je adaptivno i poželjno. No ukoliko je akutni stres vezan uz interpersonalni konflikt, činjenica da naše više moždane strukture nisu aktivne i ne možemo mentalizirati, nije nikako dobra u smislu rješavanja stresa. Osobe koje su tijekom života bile više izložene stresu i traumatskim događajima imaju niži prag osjetljivosti, u smislu da na i na stres manjeg intenziteta reagiraju tako da se gubi sposobnost mentaliziranja, razumnog razmišljanja i samoumirivanja, a aktivira se sustav za reakciju borba ili bijeg.

U iskrivljene, odnosno poremećene načine mentaliziranja ubrajamo psihičku ekvivalenciju, pretvaranje i teleološki način mentaliziranja.

Psihička ekvivalencija

U ovom načinu mentaliziranja, koji normalno nalazimo u razvoju u vrlo male djece, unutrašnji svijet je potpuno izjednačen s vanjskim iskustvima (tj. intrapsihičko je ekvivalentno vanjskoj stvarnosti). Trogodišnjak koji vjeruje da su u ormaru skrivena čudovišta, bježi od tih ormara i boji ih se. U njegovom strahu gotovo ga je nemoguće razuvjeriti i umiriti. Vrlo malena djeca ne mogu razumjeti mentalne fenomene kao što su maštanje, sanjanje, razmišljanje. Njima je osjećaj stvaran i zastrašujući. Isto se može dogoditi i odraslim ljudima u izrazito stresnim situacijama.

Tipičan primjer je način mentaliziranja depresivnih pojedinaca. Unutrašnja misao o težini i vlastitim problemima, osjećaj bezizlaznosti i besmisla poprima jednu jaču kvalitetu. Osobi se čini da je svijet zaista crn, da nema rješenja i pomoći, izlaza iz teškog emotivnog stanja. Prevladava osjećaj zatočenosti u trenutku, bez ikakve mogućnosti, ni u mislima, a ni u stvarnosti, za promjenu i poboljšanje. Liječnik koji zbog prirode svog posla razvija neki oblik posttraumatskog stresnog poremećaja može imati tzv. flash-back fenomene. Svaki miris dezinficijensa, izraz lica nekog pacijenta može ga vratiti u traumatsku situaciju. Tada se više ne može doživjeti stvarnost na pravi način, ona se doživljava kao da se ponovno odigrava trauma iz prošlosti, trauma koja se odigrava u umu. U komunikaciji s kolegama, taj liječnik neće biti u mogućnosti jasno iznijeti slučaj konkretnog pacijenta, njegovo izlaganje biti će obojeno unutrašnjim doživljajem. Ovaj se model mentaliziranja prezentira kao konkretno, rigidno mišljenje, može se vidjeti i kada pojedinci uporno ustraju u tome da su u pravu i da znaju što drugi misle. Primjerice, liječnik na visokoj poziciji zbog svojih titula i završenih edukacija, uvjeren je da sve zna jako dobro, ako ne i najbolje liječiti. U situaciji kada s drugim kolegama razgovara o bolesniku koji je dijagnostički i terapijski nejasan, on inzistira da je jedino njegovo mišljenje ispravno jer je on najviše educiran, na poziciji i najbolji. Ne želi, niti može čuti drugo mišljenje. Već unaprijed misli da zna što bi drugi mogli reći, te smatra da je to pogrešno. Ono što je njemu u umu je vanjska stvarnost (unutrašnje = vanjsko).

Pretvaranje

U ovom načinu mentaliziranja odvojen je unutrašnji doživljaj od vanjske stvarnosti. Nema pravog razumijevanja i povezanosti stvarnog svijeta s osjećajima. Na primjer, mladi liječnik na sastanku kolegama prenosi događaje iz dežurstva koji su ga potresli. Iscrpljen je i traži savjet i potporu starijih. Atmosfera u prostoriji je teška, kolege kimaju glavama i neverbalnim gestama pokazuju da suosjećaju i razumiju mlađeg kolegu. Jedan od kolega na to sve kaže kako je svako iskustvo dobro. On misli da i ovo iskustvo potiče rast i sazrijevanje mladog kolege, to je jedna izvrsna prilika za učenje. Glasno se smije i tapše po ramenima mlađega u znak podrške. Dodaje kako on već godinama uspješno rješava dežurstva i u njima podučava druge kolege. Reakcija mlađeg kolege i ostalih je čuđenje, mlađi kolega osjeća da nije dobio pravu podršku i da ga se ne razumije. Nakon sastanka komentiraju kako je ponašanje starijeg kolege izgledalo kao pretjerano glumatanje. Afekt i gestikulacije nisu bili u skladu s vanjskim realitetom, a najvjerojatnije nisu bili ni u skladu s unutrašnjim osjećajem starijeg liječnika. Na nesvjesnoj razini, on je osjećao težinu i anksioznost zbog situacije. No kako nema kapaciteta za zreliji način reakcije, nesvjesno da bi se obranio od neugode, postavlja se superiorno, glasno se smije, na van izgleda da se „pretvara“ u nešto što ni on nije.

Ljudi koji puno koriste pretvaranje skloni su psihosomatskim poremećajima i bolestima. Naime, anksioznost se gomila unutar psihe, dok na van osoba djeluje kao da sve može, uspješno obavlja, funkcionira na svim područjima života. Anksioznost tada putem hormona stresa (os hipotalamus-hipofiza-nadbubrežne žlijezde) djeluje na organe i organske sustave.

Teleološko mentaliziranje

U teleološkom načinu mentaliziranja potrebe i osjećaji se izražavaju kroz konkretnu akciju, odnosno ponašanje. Riječi nisu važne, važna je konkretna fizička potvrda da je nekome stalo do nas. Kroz reakcije drugih, osobe dobivaju potvrdu da su voljene. Primjerice, student medicine koji misli da je dobar samo ako ima sve bodove na testovima i sve petice u indeksu i to je jedina potvrda njegove vrijednosti i važnosti, te temelj njegovog samopouzdanja, funkcionira u

teleološkom modelu. Ukoliko pogriješi i nema zadovoljavajuće riješen test, čak i ako ga profesor pohvali da je bio jako dobar na turnusu, osjećat će se loše i bezvrijedno gledajući četvorku u indeksu. Liječnik može tako misliti da vrijedi samo ako pregleda određeni broj pacijenata dnevno. Ukoliko brojka taj dan ne bude ona koju si je zacrtao, ako dođe neki teži bolesnik kojemu treba posvetiti više vremena, čak ni zahvala tog bolesnika i njegove obitelji neće značiti i pomoći, osjećat će se loše jer nije ispunio svoju normu koja bi potvrdila da vrijedi.

Terapija bazirana na mentaliziranju – Što mijenja um?

Psihoterapija utječe na um pružajući novo iskustvo - nove neverbalne i verbalne odgovore o mislima i osjećajima, nove procjene i prorade prošlih iskustava. Pacijent i terapeut uspostavljaju terapijski odnos, koji aktivira sustav privrženosti. U dobrom terapijskom odnosu pacijent se osjeća dovoljno sigurno da je mentalizacija, odnosno razmišljanje o vlastitim osjećajima i osjećajima i namjerama drugih ljudi lakše i sigurnije. U terapijskom odnosu treba regulirati razinu anksioznosti, da ne bi došlo kolapsa ili poremećaja mentalizacije (Holmes, 2010). Intervencije trebaju biti jednostavne i razumljive. Često se koristi humor. Naglasak u terapiji je na pokušaju razumijevanja uma i na osjećajnim stanjima, odnosno na afektu pacijenta. Cilj je potaknuti i uspostaviti mentaliziranje, te ga stabilizirati prvo unutar terapijskog odnosa, potom unutar drugih interpersonalnih odnosa. Dugoročni ciljevi su razvoj integriteta ličnosti, identifikacija i adekvatno izražavanje osjećaja u socijalnim interakcijama, te bolje interpersonalno funkcioniranje (Allen, Fonagy, 2006).

Odnos može biti lječidben – što možemo učiniti sami

Medicina je poziv, a velikom broju nas naša struka je važan dio identiteta. Odnosi među kolegama su važni ne samo na profesionalnoj razini, već i na emocionalnoj. Značajan dio vremena provodimo na radnom mjestu, a nerijetko i izvan radne sredine imamo aktivnosti vezane uz struku. Misli su nam često usmjerene na pacijente i njihove obitelji. Drugim riječima, radi se o odnosima koji u psihološkom smislu znatno aktiviraju naš sustav privrženosti. U tom kontekstu, već i sama

prisutnost kolega u koje imamo povjerenje i s kojima možemo podijeliti svoja razmišljanja i osjećaje bez straha od osuđivanja, izuzetno pomaže da svakodnevni rad bude psihološki lakše podnošljiv, da smanjimo anksioznost. Tako smo i produktivniji, konstruktivniji u razmišljanju i donošenju teških odluka. Da bi podnijeli stres koji nosi medicinska struka, a pogotovo teret neizvjesnosti aktualne situacije u svjetlu pandemije, pokušajmo biti tu jedni za druge čak i kad smo iscrpljeni, frustrirani, ljuti. Pokušajmo biti fleksibilniji u komunikaciji, ne reagirati impulzivno i pod utjecajem jakih emocija, koristiti humor. Humor je dio zrelijeg stava prema životu i kao komponenta adaptivnog mehanizma s kojim se članovi profesionalnog tima mogu identificirati (smijati se s nekim, a ne nekome). Sada je pogotovo važno kreirati atmosferu tolerancije, međusobnog poštovanja i pomaganja, te razumijevanja. Na kraju, sjetimo se i naše liječničke zakletve u kojoj kažemo: „Iskazat ću dužnu zahvalnost i poštovanje prema svojim učiteljima, kolegama i učenicima, podijelit ću svoja medicinska znanja na dobrobit bolesnika i unaprjeđenja zdravstvene zaštite, posvetit ću se vlastitom zdravlju, dobrobiti i sposobnostima radi pružanja skrbi na najvišoj razini" (WHO, 2017.).

Literatura

- Allen J, Fonagy P, Bateman A (2008): Mentalizing in Clinical Practice. New York: American Psychiatric Publishing Co.
- Allen J, Fonagy P (2006): Handbook of mentalisation-based treatment. Chichester, Uk, Wiley
- Bateman A, Fonagy P (2006): Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide. Oxford, UK: Oxford University Press
- Bateman A, Fonagy P (2004): Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalisation Based Treatment. Oxford, UK: Oxford University Press
- Bion W (1962): Learning from experience. London: Heinemann
- Bowlby, J (1988): A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. London: Routledge
- Fonagy P, Edgcumbe R, Moran GS i sur.: The roles of mental representations and mental processes in therapeutic action. Psychoanal Study Child 1993, 48:9-48
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M (2002): Affect regulation, mentalisation and the development of the self. New York: Other Press

- Gallagher HL, Frith CD: Functional imaging of „theroy of mind“. Trends in Cognitive Sciences 2003, 7(2):77-83
- Heinrichs M, Domes G: Neuropeptides and social behavior: effects of oxytocin and vasopressin in humans. Prog Brain Res 2008, 170:337-350
- Holmes J (2010): Exploring in security: Towards an attachment-informed psychoanalytic psychotherapy. London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group
- Sederer LI. The many faces of COVID-19: managing uncertainty. Lancet Psychiatry. 2021;8(3):187-188. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00031-6. Epub 2021 Jan 28. PMID: 33516280; PMCID: PMC7906734.
- Winnicott DW: Mirror role of mother and family, u „Playing and reality“, London, Tavistock 1956:111-118
- WHO (2017.) priopćenje za javnost *Wma.net. 08.05.2017.*
- Winnicott DW (1971). Playing and reality. London: Tavistock

12. poglavlje

Promišljanja o traumatskom sramu: kako biti nevidljiv

Berislav Tentor

"*Nisu svi koji lutaju, izgubljeni."*

Od samog djetinjstva otkrivamo dojmove o sebi u susretim s drugima. Kada vidimo neprihvatljive poglede na sebi, možemo doživjeti traumatizaciju koju nazivamo sramom i pretrpjeti stresni odgovor. Tijekom analize traumatiziranih osoba nerijetko se može uočiti kako *oni nisu tamo*. Slobodne asocijacije tih pacijenata, kao i analizira njihovih snova otkriva kako se pokušavaju sakriti i prikritipostavljanjem fasade nevidljivosti (Kingston, 1983). Kingston objašnjava potrebu za skrivanjem kao izrazom nesvjesnog osjećaja srama. Ti aspekti skrivanja od drugoga vrlo su važni otpori u analitičkom procesu. U *prijenosu* (transferu) očituju se na mnogo načina. Neki koriste skrivanje u razgovoru, drugi se kriju u tišini, treći se pokušavaju sakriti utajama malih, ali bolnih činjenica. Koncept nevidljivog bio je predmetom razmišljanja umjetnika, filozofa, arhitekata, psihoanalitičara i nekihznanstvenika. Od samog početka psihoanaliza se bavila konceptom nevidljivog, ali sam pojam nije opisan u psihoanalitičkim rječnicima. Od malog broja publikacija o toj temi, izdvojena je Pontalisova definicija nevidljivog: *nevidljivo nije poricanje vidljivog, ono je u njemu, obitava u njemu, ono je njegov horizont i polazna točka* (Pontalis, 1988., str. 325).
Da bismo mogli bolje razumijeti traumatski sram, početni dio pripada povijesnom i teorijskom konceptu stresa i kriza.

Što je stres?

Stres utječe na sve nas, njegova psihološka, biološka i socijalna podloga predstavlja univerzalni interes. Postoji veliki broj preglednih publikacija o stresu, od popularnih izdanja do znanstvenih. Postoje mnoga neodgovorena pitanja, među njima i pitanje definicije. Povijesni razvoj stresa možemo pratiti od Heraklita, koji je svoj interes usmjerio na stalne promjene koje se događaju u prirodi, preko Empedokla, koji je opisivao unutarnju harmoniju, sve do oca medicine Hipokrata, koji je opisivao zdravlje kao harmoničku ravnotežu (Burckhardt, 2001).
Stres kao teorijski koncept *dijete* je 20. stoljeća, od kada se počinje upotrebljavati u medicini. Označava duševno ili tjelesno stanje preopterećenosti, iscrpljenosti organizma. *Pionir* stresa Hans Selye (1907.-1982.), kanadski endokrinolog opisao je Opći adaptacijski sindom (OAS), koji predstavlja niz nespecifičnih fizičkih i fizioloških reakcija, kao odgovor na štetni ujecaj iz okoline. Selye (1936) opisuje tri faze OAS-a: fazu alarma (simpatikus), fazu otpora (parasimpatikus) te fazu iscrpljenja.
Pojam stresa posuđen je iz područja inžinjerijske tehnologije, a odnosi se na utjecaj vanjske sile na određeni predmet / materijal. Četrdesetih godina 20. stoljeća uvodi se termin psihološki stres. Kao pojam integriran je u Psihologiju šestdesetih godina 20. stoljeća. Od tada se stres opisuje kao sastavni dio života čiji ishod ovisi od suočavanja. Opisuju se tri osnovna modela stresa: fiziološki, psihološki i sociološki. Usprkos svim dostignućima do danas nije iznjedrio jedinstveni pristup, definicija i škola. Kosović postavlja pitanje: *je li je definicija stresa konačna izadovoljavajuća*? Iako stres *pripada* medicinskoj nauci, njegova isključiva medicinska interpretacija ne može zadovoljiti suštinu stvari. Po autoru, uvijek postoji opasnost *specijalističke redukcije*, odnosno mogućnost sužavanja na ono iskustvo koje je stručnjaku s obzirom na njegov profil najbliže (Kosović, 2008., str. 11).
Etimološki promatrano latinska riječ *distractia*, kroz srednjevjekovnu francusku *destrece*i englesku *distress*, skraćivanjem je postala *stress*. Pojam stres posljednjih desetljeća koristi se u opisivanju cijelog niza različitih fenomena. Njegova upotreba postala je toliko učestala, da neki autori/ teoretičari predlažu napuštanje tog termina budući da je postao preopširan, a samim time izgubio značenje.

Zagovornici stresa pridaju mu toliku važnost da čak i vrijeme u kojemu živimo nazivaju *erom stresa*, a da pri tome ne vode računa kako su i prije ljudi strahovali i bili izloženi opasnostima i patnjama.
Korisno bi bilo postaviti pitanje - što nije stres?
Stres nije fenomen suvremene civilizacije s obzirom da je on pratitelj čovjeka od kada postoji kao društveno biće. Stres ne predstavlja odsupanje od homeostaze. Odstupanje od homeostaze opisuje i definira krizu.
Kriza se spominje od početka čovječanstva, od kada je jedna osoba odlučila pomoći drugoj. Početak modernih kriznih intervencija obilježila su dvojca američkih psihijatara, koji su djelovali od četrdesetih godina prošlog stoljeća. Erich Lindemann (1944) je zaslužan za prvi važnji opis kriznih intervencija, te za humanistički pristup. Njegov rad nastavio je Gerald Caplan (1964), koga mnogi smatraju ocem modernih kriznih intervencija. Krizu jepromatrao kao kao poremećaj psihosocijalne razvoteže uzrokovan stresorima (Marčinko, 2011). Krizne su se intervencije mijenjale, dopunjavale i usavršavale posljednjih pedesetak godina u skladu s napredovanjem teorijskih spoznaja i sve većim praktičnim iskustvom u ovom polju. Od devedesetih godina pa sve do dadašnjeg dana prevladava bihevioralno-kognitivni pristup. Mnogi autori, među njima Kaplan i Sadock (2017) ne razlikuju stres i krizu. MKB klasifikacija (1999) poistovjećuje sram i krizu s obzirom da se pod šifrom **F 43.0** opisuje akutna stresna i akutna krizna reakcija. Razlika između stresa i krize postoji, vidljiva je kako u stresorima, tako i posljedičnoj emocionalnoj reakciji pri čemu bi Poremećaj prilagodbe (**F 43.2**) vjerovatno deskriptivno odgovarao opisu krizne situacije.
No moglo bi se postaviti pitanje je li su te razlike značajne ili fenomenološke?
Stres nije *obična* psihička napetost iako se tako i opisuje. Stres je *normalna* reakcija na situaciju u kojoj je neka osoba pod pritiskom, osjeća neugodno, za razliku od anksioznosti koja se pogoršava tijekom funkcioniranja. Stres ne dijeli jednakost sa stanjem uzbune / alarma koji je opisao *pionir* stresa H. Selye. Naime, tu Selyevu definiciju može zadovojiti samo dio stresakoji se odnosi na stresni sindrom. Stres sam po sebi ne označava dijagnozu, iako su opisani poremećaji koji su povezani uz stres i / ili krizu. Stres je impiciran u

taloženju, ovjekovječavanju ili pogoršanju gotovo svih psihijatrijskih stanja (Kosović, 2008). Stres posjeduje značajnu subjektivnu perspektivu pojedinca. Sve što netko kaže o stresu uključuje ono što odabere, koje će biti obojano vlastitim iskustvom.
Neki autori pokušali su objektivizirati stres putem neurobiologije. Mozak je organ koji odlučuje što je stresno i određuje ponašanje i psihološke reakcije, bilo da one promoviraju zdravlju ili štete zdravlju. Kao odgovor na percepciju stresa tijelo oslobađa: kortizol i adrenalin. Neurobiologija stresnog odgovara uključuje hipotalamičko-pituitarnu-adrenalnu os /HPA/ (Puglisi i Oliveiro, 2012).
Kao zaključak može se postaviti pitanje: je li je svjetski stres *toliko pretjerao* da je izgubio svoju korisnost?
Stres kao termin ne opisuje se u psihoanalitičkim rječnicima i publikacijama.

Trauma

Trauma je izraz koji se oduvijek upotrebljava u medicini / kirurgiji.
Specifičnost posttraumatske kulture posljednjih desetljeća premješta težište s traume na njezinu reprezentaciju (Farell, 1988).
Farell objašnjava kako svaka trauma otkriva nesposobnost društvenog svijeta da zaštiti žrtvu nasilja. Farell profesor University of Massachusetts, značajan za povezivanje antropološke, psihološke i povijesne perspektive traume. Po autoru svaka trauma impicira i kritiku života. Farell opisuje podvojenost između bolnog događaja i njegova tumačenja, rascjep između traumatskog i posttraumatskog. Posttraumatsko se odnosi napretvaranje traume u figuru, koja potražuje tumačenje (Mijatović, 2009., str. 144-145).
Sama riječ trauma svoje podrijetlo *duguje* grčkoj riječi koja označava ranu ozlijedu.
Pojam traume bio je predmetom brojnih teoretičara, od književnih i kulturalnih do psihoanalitičkih. Jedan pravac proučavanja traume isticao je njezinu neprikazivost, koja izmiče svakoj interpretaciji. U prvoj etapi prikazan je pregled definicije i tumačenja. Potom se prikazuje Freudova umjetnost tumačenja traume. Završni dio predstavlja suvremeni psihoanalitički pogled na traumu.

Definicije traume

Trauma se u općoj medicini definira kao strukturno oštećenja tijela, koje je uzrokovano utjecajem nekog predmeta i tvari.

U psihijatriji to je potpuno neočekivano iskustvo, koje subjekt nije u stanju asimilirati. Trauma je definirana od strane *American Psychiatric Association* (APA, 2013) kao emocionalni odgovor na izuzetno neugodne događaje. Neposredni odgovor je stanje šoka. Kasniji učinci su spontani oporavak ili razvoj traumatske neuroze.

Traumatski događaji su prema MKB klasifikaciji (1999), kratkotrajni ili dugotrajni događaji od iznimne ili katastofične prijetnje, koja pobuđuje očaj u gotovo svakoj osobi.

Definicija DSM klasifikacije (2013): traumatski događaji posljedice su stvarne ili prijeteće smrti, ozbiljne ozlijede, ili prijetnja gubitka psihičkog integriteta. Posljedično se javlja osjećaj bespomoćnosti.

Psihoanalitička viđenja traume

U okvirima psihoanalitičke teorije postoji opsežna literatura o traumi. Jović (2015) objašnjava kako psihoanaliza nije jedina metoda koja se temelji na psihoterapiji-ali niti jedna od svih terapijskih teorija nije toliko duboko utjecala na praksu, nauku i kulturu, niti je dosegnula deskriptivnu i eksplorativnu moć.

Psihoanaliza kao umjetnost tumačenja preuzela je izraz *trauma*, prenoseći na psihološku razinu tri njezina značenja: snažan šok, proboj i posljedice po cjelinu organizma. U psihoanalizi trauma je svako iskustvo koje savladava obrambeni sistem. Psihoanaliza nikada nije traumatska iskustva smatrala, samo, posljedicom vanjskog događaja-već ih je predočila kao međusobno djelovanje unutarnje i vanjske realnosti. Subjektivno iskustvo traumatske situacije, po Laplancheu i Pontalisu (1973) dovodi do sloma osnovnih *Ego* funkcija: opažanja, mišljenja, kontrole i upravljanje nagonima. Freudov kratak boravak u Parizu u zimu 1885. imao je duboki utjecaj na njegovo razmišljanje. Freud je od Charcota naučio, da svoju pažnju mora usmjeriti na psihologiju, a ne na neurologiju, ukoliko želi razumjeti histeriju (Storr, 2003).

Psihoanalitička istraživanja traume započela su radovima S. Freuda i J. Breurera, austrijskog specijalista interne medicine, koji je bio poželjna identifikacijska figura za mladog i ambicioznog S. Freuda. U

Studijamao histeriji (1883/1885.) autori u poznatoj rečenici iznose: *histerija pati većinom zbog uspomena*. Freudova i Beurerova *teorija trauma* zasnovana je na Charcotovim idejama o traumatskoj prirodi, kod histeričnih osoba. Prijateljstvo i suradnja Breurera i Freuda potrajala je od 1882.-1895., rezulturajući velikom otkrićima koja su postavila temelj nove naučne discipline, psihoanalize. U teoriji o mehanizmu nastanka histerije dominirala su dva fenomena; *trauma* i *uklješteni afekt* (Erić, 2016., str. 96). Histerična osoba pati od bolnih i neugodnih uspomena traumatske prirode. Traumatske uspomene su patogene budući da dovode do bolesti. To je predstavljalo revolucionarni *antihermetički s*tav, koji je ukazao da jedan psihološki čimbenik direktno utječe na tjelesne simptome. Traumatska sjećanja ne blijede, već ostaju aktivna sila koja motivira buduće ponašanje. U narednim godinama Freud *napušta* prvotnu teoriju te pomiče fokus sa traumatskog događaja na fantazamatsko u psihopatologiji. Freud (1920) u spisu *S onu strane načela ugode* odbacije čvrstu uzročno-posljedičnu vezu između traume i događaja, koji ju pobuđuje. Ukidanjem uzročnosti dovodi do ugrađivanja fantazmatske dimenzije u njezinu kliničku podlogu. Klinički aspekt traume, tj. njegovo simptomatsko očitovanje ukazuje se samo u njegovom fantazmatskom / figurativnom obliku. Znakovito je da se Freudova autentična trauma *krećepomoću prisile ponavljanja* (repetitivna kompulzija) koja ju krivotrvori, dok se fantazmatska trauma uprizoruje u recepciji dijaloga koja se oslobađa u krovitvorećim učinkom ponašanja (Mijatović, 2009., str. 150-151.) Naklonost ka ponovnom proživljavanju neugodnih ili traumatskih situacija Freud je nazvao repetitivnom kompuzijom. Ona stvara retrospektivnu anksioznostu psihi. Drugim riječima bolno sjećanje stalno se proživljava sve dok se ne izgradi dovoljno dobra obrana od traumatskog događaja.

Sljedeći korak u razumijevanju traume Freud je učinio opisivanjem *stimulansne barijere* i nagona smrti. Stimulansna barijera metaforično označava zaštitni omotač, obranu od mogućnosti da psihički aparat bude ranjen trauumatskim događajem. Ovaj omotač rezultat je razvoja visokoselektivne osjetljivosti na unutranje stimulanse. Kod određenih osoba tramatski događaj probija ili zaobilazi opisani omatač. Pukotina se širi i psihički aparat je preplavljen visokim stupnjem stimulansa, koje ne može prevladati (Erić, 2009).

Freud se u *Onu strane načela ugode* vraća između ostalog slučaju koji je uveo u *Tumačenju snova* (1900) kada je opisao slučaj dječaka, koji je prvotno pasivno bio izložen bolnom doživljaju rastanka od majke. Dječak tim doživljajima ovladava tako što ih ponavlja u igri (Mijatović, 2009).

Poslije dugogodišnjeg truda Freud (1926) u djelu I*nhibicije, Simptomi, Anksioznost* opisuje traumatsku situaciju unutar *strukturnog modela*. Koncept o signalnom strahu, koji upozorava na opasnost i pokreće mehanizme obrane. Freudova tadašnja razmišljanja iznjedrila su današnji pojam narcistične traume, koja se odnosi na nemogućnost *Ja* (Ega) da veže uzbuđenje - koje je posljedica gubitka *objekta* ili gubitka narcistične vrste. Autor pozicionira bespomoćnost *Ja* (Ega) s obzirom na traumatski događaj. Signalna funkcija tjeskobe još uvijek nije razvijena, pa je *Ja* (Ego) preplavljen. *Ja* (Ego) ostaje bez obrana od ovog prodora. Automatska anksioznost posjeduje određenu kvalitetu, ali joj nedostaje objekt. *Ja* (Ego) pokušava pretvotiti / konvertirati tu automatsku u signalnu anksioznost, što pomaže da se apsolutna bespomoćnost preobrazi u očekivanje. Najzad u ovom radu Freud daje završne opaske o traumi rođenja, strahu od odbacivanja te strahu od smrti (Mijolla, 2005).

Freudove postavke o traumi poslužile su teoretičarima drugih škola kao osnova za prikaz teorije trauma.

Engleska psihoanalitičarka Caroline Garland u djelu *Understanding trauma* nastavalja s instraživanjem Freudove *stimulansne barijere*. Autorica ističe kako traumatski događaj *probija* ili zaobilazi *filtrirajući proces*. Tako nadilazi mogućnost funkcioniranja pukotine, u označenoj barijer. Primitivni impulsi, strahovi ponovno oživljavaju. Velika psihička bol preplavljuje *Ego*, projektivna identifikacija kao obrana ne uspjeva obavljati funkciju kontejnera. Posljedično se javlja strah od fragmentacije i smrti (Erić, 2009., str. 269).

Stolorow i trauma

R. Stolorow američki psihoanalitičar i filozof (1942.-) traumu opisuje kao pukotinu u tkivu vremena i prostora, pukotinu unutar vremensko-prostornog kontinuuma (Stolorow, 2007). Stolorow (2007, 2011.) govori kako trauma, sama po sebi, nije izvor psihičkih problema, već nemogućnost da ju s nekim podijelimo, budući da naša okolina,

roditelji i prijatelji nisu uvijek dorasli tom zadatku. Kad Stolorow govori o traumi, on spominje njena dva aspekta:
1) *neizdrživost*-intenzivan afekt koji pokreče traumu stvara utisak kako ih naša okolina neće prepoznati, prihvatiti ili na nju odreagirati na ispravan način. Tako smo, po njemu, u svojoj patnji sami, odvojeni od svijeta.
2) *neizbježnost*, definitivna konačnost našeg života i konačnost života naših bližnjih bili sui uvijek će ostati traumatski. Po autoru jedino kroz povezanost s drugima u našoj *zajedničkoj tami* možemo prihvatiti traumu.
Po uzoru na filozofe Husserla te Heideggera, Stolorow gradi svoju psihologiju na egzistencijalizmu i fenomenologiji. Sve je svojstveno, unutar odnosa. Stolorow tvrdi da naše emocije, afekti i raspoloženja trebaju pronaći svoje prebivalište u svijetu. Oni po njemu ne mogu postojati sami po sebi. Prebivalište za afekte, Stolorow naziva *relacijski dom*, za razliku od Freuda koji je razmišljao kako naši nagoni i instinkti mogu postojati sami za sebe (Stolorow, 2007, 2011, 2015).
Zaključno moglo bi se reći kako trauma nije točno definiran pojam u psihoanalizi.

Sram

Sram se univerzalno smatra jednim od najmoćnijih, najštetnijih i najotmjenijih ljudskih osjećaja, nerijetko neprepoznatljivih. Prvo što su Adam i Eva naučili iz *drva znanja* bila je sramota, a ne mudrost (Biblija, 1987). Homer u šestom pjevanju *Odiseje* nudi čitatelju sliku Odisejeva srama zbog golotinje i ostataka soli na tijelu nakon brodoloma (Homer, 2003). Graves (2003) opisuje Adios grčku božica srama, skromnosti, poštovanja i poniznosti. Mitološki se više smatra kao personifikacija nego božanstvo. Adios je bila biska suputnica božice osvete Nemezis. Teme posramljivanja, poniženja i srama u književnosti, s obzirom na specifičnost narativne strategije, češće su nego što se o njima piše. Sramota je dobila mnogo pozornosti u filozofskoj nauci. Različiti mislioci smatrali su da sram ima središnju ulogu u obilikovanju predmeta, stvaranju intersubjektivnih odnosa. Filozofi fenomenološke tradicije pozicionirali su sram kao središnji dio ontologije ljudskog

postojanja, tvrdeći da bez srama ne bismo imali sposobnost refleksije, niti bi postojali relativni ili politički subjekti.

Aristotel (384 pr.Kr.-322 pr. Kr.) navodi poslovicu koja kaže: *Sramu je mjesto u očima. Sram se pojavljuje tamo gdje netko vidi što činimo i govorimo, nešto što je sramotno.* Aristotel je sram *postavio* između dviju krajnosti. S jedne strane stoji besramnost, a s druge bojažljivost. *Sram je u zlatnoj sredini (*Woodfin i Fraves, 2003).

Sartre u *Bitku i ništavilu* (1943) otkriva sramotu kao bitnu strukturu ljudskog postojanja. Sartre je publicirao djelo tijekom nacističke okupacije Francuske. Jedan od najpoznatijih ulomaka je prizor u kojemu konobar koji je toliko nesiguran u sebe, glumi da je konobar (Read i Thody, 2003).

Emmanuel Levinas, francuski filozof i pisac (1906.-1995.) navodi: *Sram se pojavljuje svaki put kada ne uspjevamo zaboraviti na svoju golotinju* (Levinas, 1969). Usprkos istaknutom položaju u ljudskoj povijesti sram je *ispitivan* (predstavlja reprezentativan materijal) u području psihologije, filozofije, sociologije i psihoanalize unatrag pedesetak godina ili još kraće u kulturološkim i literalnim studijama.

Sram kao afekt gotovo da je bio neprepoznat, u naučnim diskusijama, do druge polovine 20. stoljeća.

Lansky (1994) govori o *eksploziji interesa za sram* od sedamdesetih godina 20. stoljeća, nakog duljeg vremena potcjenjivanja i teorijskog zanemarivanja.

Morisson (1994) slikovito opisuje sram: *Sram se nastani poput guste magle zastirajući sve ostalo, namečući samo bezlični dojam.*

Sram se pojavljuje već oko 18. mjeseca života, kada se dijete uči socijalizirati. Sram kao i drugi osjećaji idu uz odrastanje i pokazuju se na poseban način unutar odnosa sa roditeljem / njegovateljem.Tijekom odrastanja, posebno tijekom adolescencije, dijete sram osjeća snažno, ali taj osjećaj nije praćen i odgovarajućom zrelošću.

Lewis (1992) opisuje iskustvo srama koje može proizaći iz mnogih izvora: poput kršenja nekog pravila i standarda, neispunjavanja očekivanja ili zbog nedostataka *Selfa* koji se ne mogu popraviti. Iako se sram može pojaviti u obliku slike i gledanja ili kao unutarnji razgovor u kojemu se osuđuje *Self,* sram ostaje relacijsko iskustvo barem na reprezentacijskoj razini.

Nadahnuto je razmišljanje **A. Meluzzia** (2015), talijanskog psihijatra, da *kada se jednom naučimo sramiti to nas prati cijeli život*.

Definicije srama:

Psihijatrijski priručnik koji su napisali Kaplan i Sadock (2017.), osjećaj srama sažimaju i definiraju kao neuspjeh u ostvarivanju očekivanja, koja pojedinac ima od sebe samog. Pozornost je više usmjerena na subjekt koji vidi da je ogoljen njegov *Ja*. Sram je u psihoanalitičkoj literaturi zanemarivan u odnosu na druge emocije, primjerice krivnju.

Rycroft britanski psihoanalitičar (1914.-1998.) sram opisuje kao *Pepeljugu među neugodnim emocijama*s obzirom da zauzima manje pažnje od anksioznosti, krivnje ili depresije (Rycroft, 1968).

Izdvojeno je psihoanalitičko viđenje **Salmana Akhtara (**2009). Autor objašnjava kako se sram odnosi na bolno iskustvo koje se može*rastaviti* na pet komponenata:

1) kolaps samopoštovanja;
2) osjećaj poniženja;
3) rupturu samokontinuiteta pri čemu se ono što je netko prije bio u mislima, iskustveno izgubilo;
4) osjećaj izoliranosti i odvojenosti od drugih;
5) osjećaj da su kritički promatrani od strane okoline.

Obrana od srama uključuje narcističku grandioznost ili pretvaranje pasivnog u aktivno sramoćenje drugih, iskrivljivanje stvarnosti, laganjem i prikrivanjem značenja.

Prije psihoanalitičke konceptualizacije srama glas dajem unuku S. Freuda, Lucianu Freudu (1922-2011.), koji je bio jedinstveni umjetnik, uz Francisa Bacona najznačajniji engleski slikar, portretist 20. stoljeća. Odrastao u aristokratskoj obitelji, emigrirao sa obitelji u Englesku (London) nakon *priključenja* Austrije.Iskustvo izbjeglištva ostavilo je značajan trag na njega, kao i na odnos između umjetnika i Austrije. Lucian Freud nikada nije imao izložbu u Beču, a do pred samu smrt nikada nije posjetio Austriju i Beč. Odbijao je biti gost, kao i dio austrijske kulture što su mu mnogi zamjeravali. Novinski članci u Austriji cinično su o tome govorili, nazivali su to *frojdovskim kompeksom*. Tijekom njegovog života nije obajvljena biografija. Lucian Freud je živio skrivajući se od svijeta, nerijetko je mijenjao adrese, rijetko je kome davao broj svojega telefona. S druge strane, nitko nikada nije toliko surovo objektivizirao ljudsko biće, gdje empatija

spram modela izostaje. Karakter je dominatno naglašen. U autoportretima Freud gotovo veselo *hvata* znakove starenja i vremena. Njegovi autoportreti kao zrcalna slika umjetnika naglašavaju njegov odnos spram besramnosti (Barnes, 2017, srt. 185-199).

Freudova konceptualizacija srama

Freud je u svojim djelima, *relativno* zanemarivao fenomem srama. Jedan od razloga je fenomen krivnje - koji mu je bio zanimljiviji s obzirom na teoriju o Edipovom kompleksu. Drugo objašnjenje moglo bi biti, potreba za prikrivanjem srama (Erwin, 2016). Prije samog Freudovog prikaza, moramo razlikovati sram od anksioznosti i krivnje, s obzirom da se ta tri pojma uobičajeno koriste kao sinonimi.

Po Hazardu (1969), Freud je držao da je krivnja vrsta anksioznosti, a sram rezultat anksioznosti. Anksioznost je primarno afektivna reakcija na bolnu situaciju iz koje se ne može pobjeći. U sljedećim fazama psihičkog razvoja anksioznost dobiva signalnu funkciju, ona upozorava na mogućnost ponovne pojave. *Ja* (Ego) tada koristi mehanizme obrane. Možemo se pitati kakav je odnos između anksioznosti i krivnje? U ovom pitanju Freud je prilično eksplicitan. Po njemu osjećaj krivnje predstavlja *dno* topografske varijante anksioznosti. U svojim sljedećim razmišljanjima / fazama krivnja se u potpunosti podudara sa strahom od *Nad-ja* (Super-ega). Ukratko krivnja je odraz anksioznosti *Nad-ja* (Superega). Freud na različitim mjestima sram naziva istovremeno kao afekt i kao reaktivnu formaciju. Freud definira afekt / afektivno stanje kao kombinaciju određenih osjećaja u kontekstu zadovoljstva / nezadovoljstva. Afekt je fenomen *Ja* (Ega), jer da bi mogao postojati, trebamo biti njega svjesni. Sram je dakle afekt, svjesni osjećaj smješten u *Ja* (Egu). Sram je opisan i kao reaktivna formacija, proizvod neurotske anksioznosti koja vodi do potiskivanja i ostalih obrambenih mehanizama *Ja* (Ega) (Hazard, 1969, 234-267).

Freudova proučavanja o sramu mogla bi se podijeliti na nekoliko etapa, koje su prikazane kronološkim redom.

Prvo / primarno Freudovo razmišljanje može se vidjeti u pismima Willhelmu Fliessu (1882.-1889) gdje opisuje snove u kojima osoba luta među strancima, razodjevena, posramljena i zabrinuta. U *Tumačenjima snova* (1900) djelu koje je veoma volio i koje je zauzimalo posebno mjesto u njegovom umu i srcu, Freud opisuje

dramu gole osobe, koju karakterizira uznemiravajući osjećaj prirode samog srama, te činjenice da netko želi sakriti svoju golotinju, što zaparavo nije u stanju učiniti (Erić, 2016., str. 187). U *Tri eseja teorije seksulanosti* (1905) Freud je objasnio odnos između srama i eksibicionizma, povezavši izloženost i sram. Freud je identificirao sram kao izvor otpora željida se pokaže. Freud (1911) u *Slučaju Schreber* predstavlja psihoanalitičke napomene o ludilu suca Schrebera, autobiografski opisanom slučaju paranoje, Freud opisuje bolno iskustvo srama u kontekstu straha od izlaganja i ogoljenosti kao mogućeg izvora otpora. Freudov interes za sram oživljen je u njegovom djelu *O narcizmu* (1914) u kojemu postavlja temelje za daljnje razmišljanje o ulozi srama. Freud predstavlja koncept *Ja-ideala* (Ego-ideala) kao dio *Nad-ja* (Super-ega), koji je povezan sa održavanjem samopoštovanja. *Ja-ideal* (Ego-ideal) je promatrao kao ulaganje u narcizam, koji je proizašao iz izvornog iskustava savršenstva. Freud (1933) u *Uvodnim predavanjima o psihoanalizi* opisuje *Ja-ideal* (Ego-ideal) kao sposrednu i *manju* funkciju *Nad-ja* (Super-ega). Iako je *Ja-ideal* (Ego-ideal) gotovo napušten sramota nije u potpunosti nestala iz Freudovog razmišljanja. Freud je sram povezivao s impulsima za koje je tvrdio da zahtjevaju ograničenje. Sram je viđen kao reaktivna formacija spram seksualanih eksibicionističkih impulsa. Freud za sram koristi riječ *scham*.

Freud se nakon 1934 *udaljuje* od ideje o narcizmu i *Ja-idealu* (Ego-idealu). Ovaj pomak uključivao je novi teorijski okvir, koji se usredotočio na reaktivnu formaciju. Unutar Freudovog *strukturnog modela* krivnja je pozicionirana kao dominantan afekt, tijekom svojeg dugogodišnjeg rada s Edipovim kompleksom. Ovaj naglasak na Edipovom komplesu *oduzeo* je sramu centralnu ulogu u Freudovoj teoriji (Mijatović, 2009.). Zaključno Freud je bio čovjek intuitivne genijalnosti, ali ponekad nije bio uspješan u objašnjavanju svojeg vlastitog uvida. Njegove teorije o sramu nisu potpune i dosljedne. Freudova teorija neuroze nikada nije jasno razdvojila sram od krivnje. U njegovim teorijskim spisima krivnja je trajno došla do izražaja, dok je sram bio zanemarivan.

Od Freudovog opisa strogog / kažnjavajućeg *Nad-ja* (Super-ega) do Kohutove usmjerenosti na narcističnu povredu-interes za dinamiku srama širio se kako su se psihoanalitička učenja razvijala. Ego-

psiholozi ukazivali su da su Freudove studije o sramu organičene zbog njegove sklonosti usmjeravanja na Edipalnu krivnju. Ego-psihologija obnovila je interes za sram. Glavni doprinosi u okvirima ego-psihologije uključuju analizu Freudove *strukturne teorije*, koja podrazumijeva detaljnije razumijevanje *Ja-ideala* (Ego-ideala) i repozicioniranje narcizma kao libidinalne katekse *Selfa* (Sebstva), a ne *Ja* (Ega). Kao rezultat krivnja je bila decentralizirana i jasno razgraničena od srama.

Dok je ego-psihologija *osigurala* vezu između *Selfa* (Sebstva) i srama, self-psihologija ponovno je dala psihoanalitičko razumijevanje *Selfa*. Kao rezultat konceptu srama postavljena je centralna uloga u kliničkom radu. Kohutovo ime je sinonim za self psihologiju. Za **Kohuta** (1971.) sram je reakcija koju pojedinac doživljava kada se ne udovolji njegovoj narcističnoj potrebi. Kohut definira sram kao iskustvo u kojemu *Ja* (Ego) biva preplavljen sa arhaičnim *grandioznim selfom*. Za Kohuta prisutnost srama uvijek otežava tranformaciju arhaične grandioznosti u zrelo samoštovanje.

Suvremena psihoanalitička konceptualizacija srama

Određeni broj teoretičara nastavlja predočavati i raditi sa sramom u skladu sa tradicionalnom psihoanalitičkom perspektivom, drugi (Wurmser) pažljivo pokušavaju rekonstruirati psihoanalitički model, kako bi bolje odgovarao njihovom razumijevanju dinamike srama.

Heinz **Weiss** njemački psihoanalitičar (1945.-) direktor Instituta S. Freud u Franfurktu, opisuje ulogu srama u psihoalitičkoj teoriji i praksi. Weiss (2015) opisuje i povezuje različite aspekte srama uključujući i njegov odnos prema krivnji, objektnim odnosima i realitetu, kao i ulogu psihičkog povlačenja. Za razliku od ogorčenosti, sram je po autoru više depresivan i neugodan afekt. Sram može potaknuti ogorčenost i želju za osvetom. Sram je više svojstven iskustvu *biti viđen*. Weiss naglašava važnost radova tri analitičara:

1) **Leon Wurmser** (1931.-2020.) švicarski psihoanalitičar koji je radio u West Virginia, može se smatrati pionirom psihoanalitičkog istraživanja srama. Njegovo razmišljanje odvija se u plodnom dijalogu s filozofskom tradicijom, što pruža pozadinu daljnjeg razmišljanja o podrijetlu srama. Najvažnije mu je djelo *Shame is Mask* (1981.), gdje je sakupio svoja znanja o sramu. Sram je za autora prikriveni pratilac narcizma. Maska je vizualna metafora koja predstavlja zaštitu od

vanjskog svijeta, sram je obrana. Wurmser shvaća sram veoma ozbiljno, po njemu sram je afekt koji se odnosina samopoštovanje i integritet. Sram je samoosoban, narcistički orijentiran, nije povezan sa objektom, osjećajima (Wurmser, 1981). S obzirom na konkretan sadržaj srama, Wurmser radi bez jasnih definicija kako bi dobio najvažniju kliničku važnost srama. Wurmser na vrlo općenitoj razini opisuje tri fenomenloška tipa srama. On razlikuje: anksioznost srama, sram kao depresivni afekt, te sram kao reaktivna formacija.

2) **Janin Claude** francuski psihoanalitičar (1945.-) u knjizi *La Honte, ses Figures et ses Destins* (2007) razvija ideje o temi koja je već zacrtana u radu, koji je održao na Kongresu francuskih psihoanalitičara u Lyonu 2003. Njegove nove psihoanalitičke studuje o sramu ističu ne samo njegovu kliničku važnost već i metafizičko značenje. Na vidljiv i poticajan način on postavlja različite pokazatelje *primarnog srama*. Po Janinu sram je prvi organizator ljudskog uma budući da je snaga tog afekta presudna u stvaranju ljudskih bića, od nas. Po autoru sram prethodi krivnji. Drugačiji od tog primarnog srama je *sekundaran sram* koji se pojavljuje tijekom razdoblja latencije. Janin opisuje i *white shame* / franc. *honte blanche* / za ono stanje uma, koja se čine da su *ispražnjena* (Janin, 2007).

3) **John Steiner** britanski psihoanalitičar (1934.-) prvi je ponudio sveobuhvatnu *klainovsku persektivu srama*. Steiner (2011) ocrtava spektar osjećaja srama od blažjih oblika sramežljivosti, preko samosvijesti o sramu do ponižavajućih iskustva omalovažavanja. Winnicott i Lacan poticali su i isticali zrcalni aspekt srama. Steiner ima sukladna mišljenja. Steiner predlaže *konstrukt psihičkog povlačenja* kako bi opisao mehanizam koji se koristi da bi se izbjegla svijest o prevladavajućim stanjima uma. U kliničkom primjeru Steiner (2015) naglašava sposobnost analitičara da bude u kontaktu s pacijentovim osjećajima gubitaka i potrebe, kao i sposobnost podnošenja cjelovitog objektnog odnosa u kojemu se toleriraju i dobri i loši aspekti *objekta* i *Selfa* (Sebstva). Sljedeći dio članka opisuje povezanost razvojne traume i srama, s obzirom da je biti traumatiziran po definiciji sramotno. Kao i kod većine afekata korijen patološkog i nepatološkog srama može se pratiti unatrag do traumatskog iskustva iz djetinjstva. Sram je ugrađen u sustav *attachmenta*i javlja se u prvim fazama života, kao odgovor na odbijanje ili odvajanje od njegovatelja, sram

upozorava dijete na prijetnju izlaganja.Sramotno iskustvo proizlazi iz internalizacije razvojne traume. Razvojna trauma negativno utječe na sposobnost mentalizacije, sposobnost razumijevanja vlastitog mentalnog stanja i stanja drugih. Poteškoće mentalizacije, kao i poteškoće regulacije i modifikacije afekata negativno utječu kao reakcija na stresogene događaje, kasnije u životu. Potom se moraju poduzeti mjere zaštite (Steiner, 2015).

Erikson (1950.) navodi kako sram izvire iz traume u bilo kojem trenutku života od 18. mjeseca do 3. godine.

Fossum i Mason (1986) usporedili su osjećaj srama sa zmajem, *čudovištem* sposobnim za metamofozu i nevidljivost. Suočavanje s *čudovištem* podvig je kao što je to prikazano u ikonografiji bitke između Sv. Juraja i zmaja. U kliničkom smislu pojedinac mora razviti osjećaj sigurnosti kako bi tolerirao bolna iskustva suočavanja sa svojim *čudovištem*. Osjećaj sigurnosti mora biti jači od straha od podlijeganju *čudovištu*.

Nathanson (1992) opisuje *kompas srama* koji ilustrira različite obrane od pokazivanja srama. To predstavlja negativne i nefunkcionalne reakcije na sram, ali i radnje koje su potrebne za očuvanje Selfa.

Wurmser (1999.**)** u radu *Trauma, Shame, Conflicts and Affects Regresion: Discussion of Wounded but still walking* teorijski se bavi konceptima traume, narcizma i uzročnih sukoba, potom ponavljajućim posljedicama i kompromisnim formacijama - koje tvore karakteristične, *začarane* narcističke, mazohistične i ovisničke krugove. Rad završava tehničkim zaključcima uz filozofsko i psihološko preispitivanje koncepta prisile ponavnjanja. Prisila ponavnja promatra se kao pokušaj regulacije irješavanja sukoba.To uzrokuje rascjep u svijesti i identitetu.

Australski psihijatar / psihoanalitičar iz Sydneya **Russel Meares** (2000) opisuje poteškoće integracije bolnih/ traumatskih osjećaja. Meares je pretpostavio da postoji traumatsko pamćenje / sistem, koji je odvojen od ostalih memorijskih sitema budući da sadrži sjećanja iz djetinjstva, s tim povezanim afektivim stanjima. U članku *The Intimate Third: Towarda Theory of Coherence* (2020), Maers opsuje protok i povezanost osobnog postojanja *Selfa* koji se propinje s traumom. Zbog proživljenih trauma preživjelom nedostaje dio *Selfa*, koji uključuje suspektnu dezintegraciju svijesti.

Hahn (2000.) smatra kako rana trauma stvara obrazac za patološku sramotu. Ljudi koji su bili izloženi razvojnim traumama mogu izraziti sram na razne načine i razviti različitu simptomatiku. Neurobiološki nalazi (Van der Kolk, 2003. i Schore, 2003., 2009.) dodatno podupiru ideju kako traumatizacija u djetinjstvu ima ometajuće učinke na razvoj ličnosti i Selfa.Značajnije promjene uočene su u razvoju desne hemisfere mozga, prefrontalnog korteksa, hipokampusa te HPA osovine.

U radu *Primary shame, mortal wound and tragic circulary,* **Wurmser** (2016) posebno opisuje bliski odnos teške traumatizacije i kroničnog oblika srama, te kako se to odražava kroz destruktivnu repetitivnu kompulziju. Rad započinje Aristotolovom analizom srama, da bi se potom fokusirao na psihoanalitički tretman pacijenata s ozbiljnim neurotskim smetnjama.

Koncept nevidljivog

Sama riječ sram izvedena je iz Indo-Europskog korijena riječi *skam* ili *skem*, što znači sakriti se.

Jedno od najvažnijih djela antičke filozofije je Platonova " Država**".** Platon (427. pr.Kr.-347. pr.Kr.) je u mitu o Gigovom prstenu smjestio razliku između ljudskog ponašanja u vidljivom i nevidljivom. Onaj tko je nevidljiv, može činiti što hoće, ne podliježe više sudu drugih. Tako se ponašaju bogovi, oni nisu vidljivi. Ljudi su neprestano izloženi pogledu drugoga pa se zato ponašaju u skladu s njihovim očekivanjima. Kada bi bili nevidljivi, više ih moral ne bi obavezao (Platon, 2017).

Novalis njemački filozof i književnik (1772.-1801.) opisuje nevidljivo: *Sve što je vidljivo počiva na nevidljivom* (Novalis, 1975).

Hannah Arendt njemačka filozofkinja (1906.-1975.) govoreći o nevidljivom navodi: g*lavna karakteritika svih mentalnih aktivnosti*je *njezina nevidljivost* (Arendt, 1971, str. 71-72).

Od samog početka psihoanaliza se bavila konceptom nevidljivog. Psihonalitički fokus na nevidljivom primarno je ostvaren kroz Freudovo briljantno viđenje psihoanalitičkog settinga, opisanom u djelu *Inhibicija, Simptomi, Anksioznost*. Freudova svevremenska misao je: *ukoliko stvari ne možemo vidjeti bistre, barem čemo jasno vidjeti što me zamagljuje* (Schinaia, 2018., str. 2).

Utjecajni britanski psihoanalitičar **Wilfred R. Bion** (1897.-1979) postavlja pitanja:
-kako da vidimo i promatramo one stvari koje se ne vide?
-kako da vidimo nevidljivo a potom kako da izričemo ono što vidimo, na takav način da pacijent može vidjeti ono što želimo da vidi?
Po Bionu postoje dva zaključka. Prvi kako to možemo sami vidjeti, a drugi kako pronaći način komunikacije na koji način ćemo to reći pacijentu (Bion, 1983., str. 38).
Najslikovitije viđenje nevidljivog ponudio je francuski filozof, pisac i psihoanalitičar **J. B. Pontalis (**1924.-2013.). Pontalis objašnjava: *nevidljivo nije poricanje vidljivog, ono je u njemu, obitava u njemu, ono je njegov horizont i polazna točka.* Po Pontalisu objekt postoji, ali je izvan pogleda. Trebamo ga vidjeti prepoznatljivim, kao nešto njemu ili njoj unutarnjem (Pontalis, 1988., str. 325).
Usprkos svim tim viđenjima sam pojam nevidljivog nije opisan u psihoanalitičkim rječnicima. Autori koji povezuju sram i nevidljivo jesu: B. Kliburne i L. Wurmser. Parafrazirajući **Kilburna (**2002), traumatizirani pacijenti doista nestaju kao osobe (eng. *disappearing persons*). Ti pacijenti mogu biti vrlo inteligentni, sposobni - ali se radije drže daleko od bliskih veza s obzirom na veliki strah od intimnosti, te očekivanja kako će ih drugi odbaciti. Kilburne u knizi *Disappearing persons* (2002) daje drugačiji smisao Edipovom mitu, kao traumi srama. Edip je prvo pretrpio traumu zbog napuštanja okrutnih roditelja, potom je traumatiziran spoznajom da nije u stanju izbjeći vlastitu sudbinu. Kliburne predstavlja nove ideje, razmišljanja i rasprave o konceptu i dinamici Edipovog srama, teme koja je zanemarivana u psihoanalitičnoj literaturi. Kroz životopisne prizore iz literature, filma, mitologije, povijesti, filozofije, popularne kulture i kliničkih primjera, autor opisuje potrebu pacijenta da nestane, da bude nevidljiv kako bi zaštitio sebe od pogleda i osjećaja poniženja. Kilburne *slikovito opisuje rupu u papirnatnom nebu, koja je izvor i otvor ljudske nemoći*. Kilburne primjećuje da se traumatizirane osobe oslanjaju na fantaziju nevidljivosti. Iako se tako izoliraju od drugih osoba, oni pojačavaju svoju bespomoćnost. Jedna od Kilburnovih teza je da pokušavamo kontrolirati način na koji se osjećamo, tako da kontroliramo način kako se pojavljujemo Kilburne (2011).

Wurmser (1981) primjećuje da se njegovi klijenti preventivno povlače, *samoodbijaju* i skrivaju, prije nego što ih se vidi, prije nego što se izlažu. Wurmserova maska, kao metafora, čini se površnom, ali ona također nešto poručuje terapeutu: *ti me nećeš vidjeti*. Drugim riječima terapeutu daju do znanja koliko on kao promatrač može podnijeti.
Talijanski psihoanaličar i pjesnik V. **Lingardi** (2017) istražuje ulogu *krajolika* u našem psihičkom svijetu. Lingardi smještava prijelazni prostor *tamo gdje je naša slika u krajoliku, a krajolik u našoj psihi*. Autor predlaže da se na taj prijelazni proctor / *krajolik* možemo gledati kao na dio stvarnog svijeta, ali i na zrcalnu sliku svojih osjećaja, prostor senzorne uronjenosti.
Važnost kliničkih impikacija traumatiziranih pacijenta
U fokusu analitičara primarno je procijeniti što je takvom pacijentu stvarno a što fantazije.
Mogu se postaviti pitanja:
-koja je motivacija sramežljive osobe da se povuče u mentalna stanja, koja su odvojena od normalne svijesti?
-zašto je njegova nepodnošljivost razorna?
-što otežava podnošenje srama?
Odnos analitičar / pacijent koncept nevidljivog učinio je pacijentu dostupnim. Sram se može doživjeti kao tajna, kao bolno stanje uma u kojemu dominiraju teme inferiornosti i osjećaja nedostojnosti, popraćeni poticajima da se sakriju ili nestanu ili da pokušaji odbijanja stramotnih iskustava u obliku napuhanih / narcističnih prekomjernih izjava. Sama analiza nerijetko može biti traumatizacija poput ponavljanja izvorne veze između traume i srama u transferu ili stvarnom odnosu s terapeutom. U analizi kliničari bi trebali osvjestiti da osobe s povješću traume, kojepate zbog patoloških razina srama, nisu u mogućnosti same održavati zrele međuljudske odnose. Kliničari ne bi trebali šutjeti s tim osobama budući da se šutnja može protumačiti kao potvrda njihove oštećenosti. Takvi pacijenti u analizi nesvjesno projiciraju sram na terapeuta, s potrebom da mu se vrate sramotni osjećaji u podnošljivom obliku (koncept projektivne identifikacije Bion, 1962. i Ogden, 1979.). Mnoge sramežljive osobe traže tkz "junake protiv srama" koji su emocionalno neodoljivi, koji su vladari situacije, neizostavni. Prihvaćanje takvih osoba, i stapanjem s njima otklonio bi sramežljivoj osobi sram zbog prejakih osjećaja i želje.

Međutim, to bi potom stvorio savez gotovo nepopravljiv, mazohistično ropstvo-koji obnavlja i produbljuje sramotu (Wurmser, 2016).
Važno je primjetiti kako nema pozitivnog osjećaja srama. Pozitivni i negativni afekti srama mogu se miješati u različitoj mjeri, ali na kraju uvijek su ometajući i mučno iskustvo.

Zaključak

Sram je kompleksan i sveprisutan afekt, koji je drugačije tumačen u prošlosti s obzirom na sadašnja viđenja.
Kilburne i Wurmser ponudili su nove vidike srama u kontekstu traume i nevidljivosti, i time otvorili nove perspektive u liječenju. Nevidljivo je mjesto na kojemu se vajnski svijet i mentalni svijet *sudaraju*i zajedno definiraju nove granice. Aspekti skrivanja od drugoga vrlo su važni otpori u analitičkom procesu. Sram nas prisiljava da na sebe gledamo očima drugih ljudi, da se suočavamo s udaljenošću od Ego-ideala. Kada se sram integrira u *Self*, sposobnost mentalizacije može se ojačati.

Literatura

- Akhtar, S. (2009) Comprenhensive Dictionary of Psychoanlysis.London: Karnac.
- American Psychiatryc Assotiation (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 th ed.) Arligton, VA: Autor.
- Arendt, H. (1971). The life of the Mind: The GroundbreakingInvestigation on How We think.New York: Harcourt.
- Barnes, J. (2017). Širom otvorenih očiju: Eseji o umjetnosti. Beograd: Službeni glasnik.
- Breurer, J., Freud S., (1983/ 5 (2009) Studije o histeriji.Beograd: Čigoja štampa.
- Biblija: Stari i Novi Zavijet (1987). Zagreb: Krčanska Sadašnjost.
- Bion, W.R. (1983/ 2005). The Italian Seminars.London: Karnac.
- Burckhardt, J. (2001) Povijest Grčke Kulture.Zagreb: Prosvjeta.
- Caplan, G. (1964) Principles of Preventive Psychiatry.New York:Basic Books.
- DSM V (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5th edition. Washington, DC: APA.
- Erić Lj. (2009). Psihodinamična Psihijatrija: Teorije straha i stanja straha. Beograd: Službeni glasnik.

- Erić, Lj. (2016). Sigmund Frojd Život sa strahom od smrti1. (1885-2002) 1 .Beograd : Arhipelag.
- Erić, Lj. (2018). Sigmund Freud Život sa strahom od smrti 2. (1902-1920) 2. Beograd:Arhipelag.
- Erikson, E.H. (1950). Childfood and Sociaty.New York: Norton.
- Erwin, E. (2016). The Freud Encyclopedia: Theory, Therapy andCulture.London: Routledge.
- Farell, K. (1998) Post-traumatic Culture, Injury and Interpretationin the Ninties.Baltimore and London:The John Hopkins University Press.
- Fossum, M.A., Mason, M.J. (1986). Facing Shame: Families inRecovery, W.W.Nortonand Company.
- Freud, S. (1900). Five letters on psychonalysis. American Journal of Psychology, Vol 21, April.
- Freud, S. (1900/2018). Tumačenje snova. Podgorica: Nova Knjiga.
- Freud, S. (1905/1969). O seksulanoj teoriji: Tri eseja o seksulanoj teoriji. Novi Sad: Matica srpska.
- Freud, S. (1911/1987). Psihoanalitičke napomene o jednom autobiografskom opisanom slučaju paranoje: Dementia paranoides - Schreber. Pronađena psihoanaliza.Zagreb: Naprijed.
- Freud, S. (1914/ 1986). Prilog uvodu u narcizam. U: Budućnost jedne iluzije. Zagreb: Naprijed.
- Freud, S. (1920/1986). S onu stranu načela ugode. U budućnosti jedne iluzije.Zagreb: Naprijed.
- Freud, S. (1926/2013). Inhibition, Symptoms and Anxiety.TheComplete Psychoanalytic Works of Sigmunfd Freud,London: Read Books Ltd.
- Graves, R. (2003). Grčki Mitovi. Zagreb: Biblioteka Mitologica.
- Hahn,W.K, (2000). Shame: Coutertransference identification inindividual Psychotherapy, 37: 10-21.
- Hazard, P.A. (1969). Freuds Teaching on Shame.Laval theologiquieet philosophique, 25 (2) :234-267.
- Homer (2003). Ilijada i Odiseja. Zagreb: Školska knjiga.
- Janin, C. (2007). La Honte, ses Figures et ses Destins.Paris: Presses Universitaries de France.
- Jović, V. (2015). Opšta psihopatologija sa konceptualnom istorijom. Filozofski fakultet Univerziteta u Prištini.Kosovska Mitrovica.
- Kaplan and Sadocks (2017). Comprehensive Textbook of Psychiatry, LWW, 10 th edition.
- Kilburne, B. (2002). Disappearing persons: Shame and apperance. New York, Albany: Suny.
- Kilburne, L. (2011) Trauma and the whise baby. The American Journal of Psychoanalysis, 71 (3): 185-206.
- Kingston, W. (1983). A Theoretical context for Shame. Int. J. Psycho-Anal. 64:13-226.
- van der Kolk, B.A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. Child and Adolescent Psychiatryc Clinics of Nort America, 12: 293-317.
- Kohut, H. (1971). The Analysis of the self. New York: Int.Univ.Press.

- Kosović ,D. (2008). Stres.Beograd: Čigoja štampa.
- Lansky, M.R. (1994). Shame: Contemporary psychoanaliticperspectives. J.Amer,Acad.Psycoanal. 22: 433-41.
- Laplanche, J. And Pontalis, J.B. (1973). The language ofPsychoanalysis.London: Hogarth Press.
- Levinas, E. (1969). Totaly and Infinity; An Essay onExteriority.Pitsburg: Duqeshe Univeristy Press.
- Lewis, M (1992). Shame: The Exposed Self.New York: The Free Press.
- Lindemann ,E. (1944). Symptomatology and managment of acute grief. Americal Journal of Psyhiatry.New York, jun, 151: 155-160.
- Lingardi V. (2017). Mindscapes: Psiche el Paesaggio (Mindscapes : Psyche in the landscapes).Milan: Raffaelo Cortina Editore.
- Marčinko, D. (2011). Suicidologija.Zagreb: Medicinska Naklada.
- Mears, R. (2000). Intimacy and alienation: Memory, trauma andpersonal being. London: Routlege.
- Mears, R. (2020). The Intimate Trird:Toaward a Theory ofCoherence.The Internatioanal Journal of Relation Perspectives, vol 30, issues 1: 1-18.
- Meluzzi, A. (2015). La vergagna un emoziene antica, 36.
- Mijolla, A. (2005) International Dictionary ofPsychoanalysis. Macmilian Liberaly reference.
- Mijatović, A. (2009) Trauma i pitanje reprezentacije: suvremenateorija traume, Sigmund Feud i Walter Benjamin. Fluminensa, god.21, br.2: 143-162.
- MKB.Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (1999). Klinički opis i dijagnostičke smjernice. Zagreb: Medicinka naklada.
- Morisson, AP. (1994). The breadth and boundaries of shame. Psychoanal.Dialog 4: 19-35.
- Nathanson, D. (1992). Shame and pride: Affect, sex and the birth of the self. New York: Norton.
- Novalis (1975). Pallen and Fragments: Selected Poetry and Prose ofNovalis.Newburypart: Phones Press.
- Ogden, T.H. (1979). On Projective Idebtification.The Int.J. of Pschoa.. 60: 357-373.
- Platon (2017). Država.Beograd: Dereta.
- Pontalis, J.B.,(1988/ 1993). Pendre di Vista. Rome:Borla.
- Puglisi-Allegra, S. I Oliverio A., (2012). Psychobiology of stress. New York: Springer Netherlands.
- Read, H, Thody, P. H. (2003). H.Sartre za početnike.Zagreb: Naknada Jesenski i Turk.
- Rycroft, C.A (1968). Critical dictionary of psychoanalysis. London: Penguin.
- Schinaia, C. (2018). The invisible darkness in the psychoanalyticr elationship. New Delhi Conference.
- Schore, A.N. (2003). Affect dysregulation and disorder of the self. New York: Norton.

- Schore, A.N. (2009). Relational trauma and the developing rightbrain: An interface of psychoanačytic self psychology and neuroscience. Annals of the New York Academy of Science, 1159: 189-203.
- Selye, H. (1950). The psychology and Pathology of Exposure toStress. Montreal: ACTA.INC.Medical Publishers.)
- Steiner, J. (1993). Psychic retreats: Patological organisations inpsychotic, neurotic and borderline patients. London: Routledge.
- Steiner, J. (2011). Seeing and being seen: Emerging from a psychic retreat. London: Routledge.
- Steiner, J. (2015). Seing and being seen: Shame in the clinical situation. The I.J. of Psycchoanalysis, vol 96, issues 6: 1589-1601.
- Stolorow, RD. (2007). Trauma and Human Existence: Autobiographical, psychoananalytic, and philosophical reflections. New York: Routledge.
- Stolorow, RD. (2011). World, Affectivity, Trauma: Heidegger andPost-Cartesian Psychoanalysis. New York:Routledge.
- Stolorow, RD. (2015). A Phenomenological, Contextual, Existential, and Etichal perspective on Emotional trauma. Psychoanalytic Review, 102 (1), February.
- Storr, A. (2003). Freud: A very short Introduction.Oxford University Press.
- Weiss, H.I (2015). Introduction: The role of shame in psychoanalytic theory and practice. The Journal of Psychonalysis, Vol.96 .
- Woodfin, R., Graves, J. (2003). Aristotel za početnike.Zagreb: Jesenski i Turk.
- Wurmser, L. (1981). The mask of shame.Baltimore: The Johns Hopkins Up.
- Wurmser, L. (1999). Trauma, shame conflicts, and affect regression: Discussion of E.Carrs " Wounded but still walking ",Psychoanalytic Inquiry, 19, 3: 309-319.
- Wurmser, L. (2016). Primary shame, mortal wound and tragiccirculary: Some new reflections on shame and shame conflicts.The international Journal of Psychoanalysis,Vol. 96:1745-8315.

13. poglavlje

Razumijevanje značenja lijeka i bolesti

Marija Šarić i Anđelina Bokić Sabolić

Poznato je da pacijenti često odbijaju preporučene lijekove, ne uzimaju ih na način kako su im propisani ili ih nakon nekog vremena u potpunosti prestaju uzimati. Tom problemu pristupamo iz psihodinamske perspektive tražeći moguće motive za „nesuradljivo“ ponašanje pacijenata kod farmakoterapije, a ti motivi su uvijek dobrim dijelom nesvjesni i iracionalni. Bolest, liječnik i lijek su važni dijelovi pacijentovog psihičkog svijeta, a psiha, ne zaboravimo, funkcionira po drukčijim zakonima nego što to čini materijalni svijet. Na temelju osobnih osjećaja, vjerovanja i prošlih iskustava čovjek stvara vlastite svjesne i nesvjesne fantazije o bolesti i lijeku. One sada za pacijenta poprimaju specifična subjektivna značenja koja ne moraju biti u skladu s terapijskim nastojanjima. Otpor prema lijeku ako nije jasan u vidu odbijanja terapije, može se ispoljiti kroz zaboravljanje uzimanja lijeka ili se tijelo nesvjesno opire kroz opetovane nuspojave. Dok se liječnik racionalno suočava s neadherencijom pacijenta, istodobno je izložen pacijentovim nesvjesnim doživljajima i strahovima, kao i vlastitim, koji duboko djeluju na to kako se osjeća i kako radi. Dodamo li tome druge kompleksne odnose liječnika s medicinskim timom i osobljem drugih specijalnosti, koji sudjeluju u liječenju pacijenta, kao i napetost između ideala medicinske struke i onih politike kapitala, možemo se složiti da se liječnik danas nalazi pred teškim izazovom kako pronaći vlastiti put. Problem neadherencije pacijenata u farmakoterapiji izazov je za linearni somatski model jer podsjeća na subjektivitet čovjeka. Tu nam pomažu psihoanalitičke spoznaje, što je posebno važno u psihijatriji. Koncepti kao što su psiha i soma, mozak i um, biologijsko i psihodinamsko prečesto se promatraju izolirano, kao da nemaju veze

jedno s drugim. Iako svi u medicini znaju da je čovjek biopsihosocijalno jedinstvo, u medicinskoj praksi često se završava u biologijskom redukcionizmu. Međutim i u prošlosti nalazimo cikluse somatske isključivosti i otriježnjenja, kao što je to bilo primjerice s Helycobacter pylori i peptičkim ulkusom. Tada se pokreće novi ciklus razmatranja stare problematike. Možemo li se nadati da taj novi ciklus nije opet onaj isti stari?

Logičan čovjek, koji je čvrsto usidren u stvarnost i objektivnost, prilazi činjenicama isključivo intelektom, bez doticaja sa svojim subjektivnim unutarnjim svijetom (Josić, 2014). Za njega je lijek samo farmakološki aktivna supstanca koja ima svoj kemijski sastav, molekularno djelovanje, farmakodinamiku. To je formalno točno, osporiti materijalnost lijeka i njegovo farmakološko djelovanje bilo bi iracionalno, međutim to je samo jedna pozicija istine i zbog toga predstavlja redukcionizam. Takav način mišljenja su Pariški psihosomatičari opisali kao operativno mišljenje (prema franc. *pensée opératoire*), činjenično i nemetaforičko mišljenje, lišeno fantazije i simbolizacije (Aisenstein, 2008). Povezuju takvo mišljenje sa slabijim psihološim kapacitetima za integraciju i proradu traumatskih stanja što predstavlja rizik psihosomatske dezorganizacije. U nastavku slijedimo drugu poziciju, simboličkog značenja lijeka i bolesti, odnosno njihove psihičke reprezentacije koje kod pacijenta mogu pojačati terapijsko djelovanje lijeka (placebo efekt) ili pak stvarati nesvjesni otpor.

No, prije svega, da bi lijek uopće mogao ostvariti svoj farmakološki učinak, pacijent ga mora uzimati. Svima je poznato da veliki postotak ljudi uopće ne uzima lijek koji je propisan, ne uzima ga u preporučenim dozama ili ga prestaje uzimati nakon određenog vremena. Drugi su skloni inzistiranju na lijeku, povećanom ili impulzivnom uzimanju, „višenju na lijeku“. Kod raznih kroničnih bolesti nađena je prosječna adherencija između 43% i 70% (Osterberg i Blaschke, 2005). Za opisivanje suradljivosti kod uzimanja lijeka radije se koristi termin *adherencija* koji je psihodinamski ipak neutralniji pojam od *compliance* (Ellison, 2000). Adherencija podrazumijeva pacijenta koji je aktivniji i autonomniji u odlučivanju, a odnosi moći, odnosno autoritet liječnika i submisija pacijenta, u farmakoterapiji nisu

više centralni kao što to implicira termin *compliance*. Steiner i Earnest (2000) smatraju oba pojma, *compliance* i *adherence,* nepotpunima, predlažući pronalazak *jezika* koji bi sadržajnije opisivao kompleksno ponašanje vezano uz uzimanje lijekova. (*op.a.*njihov tekst je tiskan u *Annals of Internal Medicine* i odnosi se naravno na engleski jezik, u hrvatskom jeziku, koliko je nama poznato, ne postoje analogni pojmovi). Bolja suradljivost može se postići ukoliko se razumije razlog neuzimanja lijeka, a autori ističu da je *jezik* jednako snažan alat kao i lijekovi koji se propisuju. Marcus (2007) se pita zašto jednostavno ne govorimo o pacijentovom prihvaćanju ili neprihvaćanju lijeka. To bi izražavalo zapravo istinitu činjenicu da pacijent ima pravo i odgovornost sam odlučiti o uzimanju terapije, a u našoj moći je tek da ga educiramo i pružimo uvid. To nam može pojačati kontratransfernu anksioznost koja je prisutna u liječenju svih teško bolesnih ljudi. Pita se na kraju, što onda nama liječnicima preostaje u nošenju s našim strahovima, tjeskobnim bijesom, krivnjom i beznadnosti kojima smo izloženi u svakodnevnom radu.

Pitanja koja se nameću su zašto je neadherencija tako raširena u svim bolestima (ne samo psihijatrijskim); zašto supstancija bez farmakloškog djelovanja može izazvati klinički značajne i objektivno mjerljive promjene (dakle placebo); zašto kod nekih ljudi izostaju očekivani učinci propisanih lijekova ili pak razvijaju teške nuspojave na sve propisane lijekove nakon čega ih onda prekidaju (nocebo)? Dio njih postane rezistentan na tretman. U psihijatriji se takvim promišljanjima bavi psihodinamska psihofarmakoterapija, koja predstavlja integraciju biologijske psihijatrije i psihodinamskih spoznaja i tehnika (Mintz, 2011). Govori nam o tome da je pored farmakološkog djelovanja za ishod liječenja važno značenje koje lijek ima za pacijenta. To ima posebnu važnost kod neadherencije i rezistencije na lijek. Interpersonalni kontekst u kojem liječnik daje lijek pacijentu u kliničkoj ili psihoterapijskoj situaciji obuhvaća složene interakcije liječnik-pacijent-bolest-lijek (Mintz, 2011). Lijek ulazi u emocionalni sustav pacijenta, nikako nije psihodinamski statičan i inertan, prožet je namjerom i utjecajem (posebno lijekovi u psihijatriji), manifestnim i latentnim značenjem. Te procese shvaćamo pomoću psihoanalitičkih koncepata kao što su nesvjesna motivacija, transfer,

kontratransfer, konflikt, obrane i otpor (Marcus, 2007; Mintz, 2011; Vlastelica, 2013).

U zamahu razvoja neurobiologije i psihofarmakologije u SAD-u, uz ekonomski i politički trend vezan za *managed care* sustav, psihijatri su se sve više ograničavali na propisivanje lijekova i to sa zadanim kratkim vremenskim okvirom. Prevladao je podijeljeni (prema engl. *split*) tretman u kojem psihijatar propisuje lijekova, a psihoterapiju provodi drugi stručnjak (psiholog, socijalni radnik..). Psihodinamska edukacija u okviru specijalizacije iz psihijatrije posve je marginalizirana. S vremenom se pokazalo kako specijalizanti psihijatrije nisu više pripremljeni za razumijevanje i nošenje s moćnim nesvjesnim i iracionalnim procesima uključenim u farmakoterapiju psihičkih bolesnika (Mintz, 2006; Plakun, 2006). U konačnici se ovakav sustav rada pokazao skupljim i neučinkovitijim. Razumijevanje psihodinamskih procesa tijekom farmakoterapije, između ostaloga, pruža i *holding* samom psihijatru, odnosno omogućuje mu bolje razumijevanje vlastitih emocionalnih stanja (Mintz, 2006). U današnjem vremenu dominacije farmakoterapije, neuroznanosti i tehnologije, psihoanalitički koncepti mogu se činiti anakronima. Psihodinamska misao je jedinstvena jer ulazi u subjektivni svijet pojedinca, pažljivo osluškujući i tragajući, na način koji je za sada jedino moguć, a to je susretom dva subjektiviteta. Zbog čega psihijatrija treba psihoanalizu obrazlaže u svom tekstu psihoanalitičar Matačić (2014), ističući kompatibilost psihodinamike i neuroznanosti. Nobelovac, psihijatar i neuroznanstvenik Kandel (1999) smatra da psihoanaliza još uvijek predstavlja najkoherentniji i intelektualno zadovoljavajući pogled na um. Dovodi u vezu proceduralno pamćenje s Freudovim konceptom nesvjesnoga. Znamo da je nesvjesno temeljna psihoanalitička postavka, a rečeno neuroznanstvenim jezikom, psihoanaliza teži dovođenju implicitno/proceduralnog u eksplicitno/deklarativno. Ogden (2003) objašnjava kako misao (istina) treba „naći“ mislioca kako bi se uvela u simbolički svijet ljudi. Psihoanaliza je prije Freuda bila „misao bez mislioca“ ili skup ideja koje su istinite i koje „čekaju“ mislioca koji ih može misliti i dati im formu/oblik za korištenje ostalim ljudima. Psihoanalitičke koncepte o tome što je istinito ljudskom emocionalnom iskustvu nije izumio Freud

ništa više nego što je heliocentrični sustav izumio Kopernik (Ogden, 2003).

Soma i psiha; *mozak i um*

U filozofiji i medicini vječita je napetost između kartezijanskog dualizma i monoističkog shvaćanja jedinstva some i psihe (Aisenstein, 2008; Bronstein, 2011). Poticajno je viđenje psihoanalitičara Greena (2010) prema kojem monoistički pristup ne podrazumijeva odmah homogeno jedinstvo dodajući da postoji razlika u strukturi somatske i psihološke organizacije. Razlučuje *somu* kao biološku organizaciju (koja se između ostaloga razbolijeva) i *libidno tijelo* (erotsko, narcistično i agresivno). Trebamo prihvatiti različitosti zakona funkcioniranja *psihe* i *some*, znajući pri tome kako su neraskidivo povezani (McDougall, 1974).

Kendler (2005) odbacuje dualizam *mozga* i *uma* u psihijatriji, tvrdeći da su psihološko i biološko različiti vidovi promatranja, odnosno dvije razine analize jedinstvenog sistema. Ipak svaka domena ima svoj jezik. Referiranje na *mozak* ili na *um* postalo je neka vrsta koda za različita razmišljanja o pacijentu i njegovom liječenju (Gabbard, 2005). Doživljaji, osjećaji, ideje i odnosi oblikuju i mijenjaju strukturu i funkciju mozga, kao što i stanje mozga utječe na mentalne funkcije (Kendler, 2005; Mintz, 2011). I psihoterapija i farmakoterapija djeluju na mozak, samo na različite načine (Gabbard, 2000). U kliničkom radu s pacijentima mozak i um su intimno povezani i ne mogu nikada biti razdvojeni (Gabbard, 2005).

Stvaranje značenja

Kako se psiha izdvaja iz some uvijek će ostati pomalo misteriozno (McDougall, 1974). Fundamentalni proces uma je stvaranje simbola, što je jedinstvena filogenetska mogućnost čovjeka i razvojno dostignuće, a odnosi se na simbol kao metaforu, za razliku od konkretnog mišljenja. Pojam simbolizacija se odnosi više na funkciju nego na sadržaj, uključuje i primarni i sekundarni proces mišljenja, a podrazumijeva uspostavljanje *veza* i stvaranje *značenja* (Taylor, 2010). Reprezentirano znači da se nešto učini ponovo prisutnim

(prema eng. *present*), nešto što je trenutno odsutno percepciji. To uključuje i stvaranje veza s drugim reprezentacijama, cijela dimenzija prošlosti se povezuje sa sadašnjosti jer asocijacija uključuje od ranije prisutne reprezentacije (Green, 2010).

Sposobnost stvaranja simbola započinje u najranijem djetinjstvu u okviru odnosa majke i dojenčeta. Bion (1962) opisuje kako dojenče ne može samo procesuirati sirove elemente iskustva, osjetne impresije, rudimentarne osjećaje i anksioznosti (beta elemente), bez pomoći majčinog kapaciteta *sadržavanja*. Dojenče opisane beta-elemente projicira u majku, koja kroz *reverie* transformira te rudimentarne kaotične elemente, putem neke vrste mentalne digestije i daje im značenje (alfa elementi). Tako ih čini dostupnim dojenčetu koje ih sada može koristiti u slikama, snovima, mislima i sjećanjima. Dojenče na taj način unosi sposobnost da samo može procesuirati misli, odnosno razvija aparat za mišljenje. Bion (1962) smatra da ako beta elementi ne mogu biti procesuirani bit će evakuirani, a jedan od puteva je psihosomatska bolest. Winnicott (1953) opisuje prijelazni prostor koji se, u tijeku dobrog razvoja, stvara u potencijalnom fizičkom i mentalnom prostoru između majke i dojenčeta, kao prostor doživljavanja između ovisnosti i autonomije, između dojenčeta i „ne dojenčeta“, između fantazije i stvarnosti. Prijelazni objekt uključuje paradoks da ga dojenče omnipotentno stvara, a istodobno je vanjski i izvan magijske kontrole. Sposobnost stvaranja potencijalnog prostora (koji je prisutan tijekom cijelog života) omogućuje igru i kreaciju, stvaranje simbola, kulturno iskustvo, snove. Ogden (1985) potencijalni prostor shvaća kao stanje uma bazirano na seriji dijalektičkih odnosa, dinamičkoj interakciji dva suprotna koncepta, svaki dijalektički pol kreira, obaviještava i negira onog drugog, stvarajući osobno značenje u simbolima. Značenje nastaje iz razlike, odvojenosti, ne može nastati u homogenom polju. Drugim riječima simboličko funkcioniranje je izravna posljedica kapaciteta održavanja psihološke dijalektike. Dinamički prostor između simbola (misao) simboliziranog (ono o čemu se misli) i mislioca (odnosno onog koji misli i interpretira simbole), je triangularni prostor u kojem pridodajemo značenje iskustvu (Ogden, 1985). Uspostavljanje kapacitet za razlikovanje simbola i simboliziranog je uspostavljanje subjektiviteta. U suprotnome, vanjske činjenice se samo uočavaju i prema njima se refleksno postupa. Tako

je i Segal (1957) opisala dva različita vida formacije simbola, onaj u kojem je simbol kao metafora, što je prava simbolizacija, i onaj koji je zapravo konkretnija forma psihičke reprezentacije, *simboličko izjednačavnje, simbol se tretira kao da je objekt*.

Bucci (1997) opisuje emocionalne sheme koje se formiraju u najranijem djetinjstvu u neverbalnoj formi (subsimbolički procesi) kao obrasci senzornih, visceralnih i kinestetskih senzacija i motorne aktivnosti doživljene tijekom emocionalnog pobuđenja. Razvojem govora, verbalni simboli se inkorporiraju u emocionalnu shemu. Normalan razvoj ovisi o integraciji senzornih i motornih elemenata u emocionalnu shemu zajedno s riječima i slikama. Disocijacija između i unutar komponenti subsimboličke somatske i simboličke verbalne reprezentacije dovodi do smetnji emocionalnog procesuiranja. Neuspostavljanje dobre povezanosti u djetinjstvu posljedica je ranih trauma što uključuje i deficite u ispunjavanju razvojnih potreba. Intenzivna psihička trauma kasnije u životu, kao što je to u PTSP-u, može dovesti do disocijacije neverbalnih elemenata emocionalnih shema, što se manifestira prolongiranom neurovegetativnom pobuđenosti. Disregulacija emocionalnih shema dovodi do disregulacije drugih bioloških sistema u tijelu (Taylor, 2010). Velika retrospektivna studija u SAD-u pokazala je povezanost traume u djetinjstvu s povećanim rizikom nastanka brojnih somatskih bolesti uključujući kardiovaskularne, probavne, respiratorne i autoimune (Goodwin i Stein, 2004). Nesimbolizirana psihička trauma djeluje na tjelesno zdravlje na kompleksan način uključujući izravan utjecaj emocija na biologijske sisteme (neurološki, endokrinološki i imunološki sustav) kao i kroz nezdrava ponašanja pr. konzumacija alkohola i drugih sredstava ovisnosti, prejedanja i sl. koji se koriste za ublažavanje distresa. Zbog disocijacije, ljudi obično ne pamte traumu ili je pamte samo parcijalno, međutim amigdala (implicitni sustav memorije) ne zaboravlja (Taylor, 2010). U odrasloj dobi, ta se stara trauma obično budi kod emocionalnog stresa sa sadržajem separacije, gubitka ili osobne ugroženosti.

Psihodinamsko značenje bolesti

Sama definicija Svjetske zdravstvene organizacije naglašava da je zdravlje tjelesno, psihičko i socijalno blagostanje, a ne samo odsutnost simptoma. Postaje li prema tome zdravlje utopija današnjeg društva? Kako onda shvaćamo bolest? Budući da postoji vrlo uska povezanost svih faktora, teško je decidirano odrediti koja je bolest organska, a koja psihosocijalna. Takvo pojednostavljivanje razmišljanja nije ni moguće s obzirom da u svakoj bolesti određenu ulogu imaju svi faktori, naravno ne u istom opsegu.

Širokim shvaćanjem da su sve bolesti povezane s psihološkim gubi se u medicini specifičnost i kompleksnost koja je bila prisutna u ranijim premisama psihosomatike, a odnosi se na one bolesti za koje se smatralo da u njihovoj genezi i tijeku emocionalni faktori imaju istaknutu ulogu (Bronstein, 2011). To se odnosi na konverzivne reakcije, klasične psihosomatske bolesti, hipohondriju. Psihoanalitičke teorije psihosomatike kroz svoju povijest do današnjih dana ne prestaju sagledavati vezu između stvaranja simbola i nastanka bolesti, što se oslikava u dvojbi „ima li psihosomatska bolest simboličko značenje ili je znak deficita stvaranja simbola?“.

Svaki somatski događaj veže uz sebe fantazije koje se tiču ranog odnosa majke i djeteta, kao i ideje različitih aspekata kastracijskog kompleksa. Drugim rječima psihoneurotski konflikt se superponira na (psiho)somatski (McDougall, 1974). Lokacija i vrsta pojedinih bolesti ima specifični odjek u bolesnikovom doživljaju, psihičke bolesti također nose svoje fantazije i značenja (Tutter, 2009). Bolest može utjecati na najvažnije sfere ljudskog života. Sve opisano je kondenzirano u značenju koju bolest ima za pacijenta. S obzirom da bolesnik dolazi u stanju patnje, tjelesne i psihološke, uloga liječnika je da iskorači u subjektivni svijet bolesnika. Kakve istine u tim subjektivnim svijetovima liječnik može pronaći? Često se kod liječnika javljaju dileme je li stres prethodio bolesti ili je bolest izazvala distres, jesu li crte ličnosti predisponirale bolest ili je bolest dovela do promjene ličnosti i sl., a takvo dinamičko promišljanje proširuje razumijevanje bolesnika. Liječnik empatizira s pacijentovim doživljajima i vjerovanjima o bolesti, no ne treba se identificirati s njima. Liječnik s

bolesnikom razgovara o bolesti, najintimnijim dijelovima tijela, pitanjima života i smrti, i ne može se dovoljno naglasiti koliko je sve što liječnik kaže važno i koliko snažno djeluje na bolesnika.

Usprkos patnji, bolest može donositi kompromisno rješenje nekih konflikata, služiti kao način komunikacije, mehanizam obrane, oslobađanje od nekih obaveza, zadržavanje regresivne pozicije, zadobivanje pažnje i sl. U tim slučajevima bolest predstavlja nesvjesni otpor liječenju i malo je vjerojatno da će liječenje ili lijek izazvati terapijski efekt (Mintz, 2011). Treba istaknuti da u bolesti ne sudjeluju samo bolesnik i liječnik. Bolest može utjecati na sve bolesnikove odnose. Obiteljska i radna sredina bolesnika, pa i samo društvo, kao veliki dinamički organizam sa svojim sociokulturalnim implikacijma, angažirani su u emocionalnoj relaciji bolesnik-liječnik.

U nastavku, kroz prikaze triju pacijentica iz psihoterapijske prakse, želimo naglasiti složenost subjektiviteta pacijenata u razmatranju somatskih i psihičkih bolesti

Vinjeta 1

Pacijentica L. koja je u dugogodišnjim psihoterapijskim tretmanima, kod različitih psihoterapeuta, vrlo stručnih u svojem pozivu, započinje novi ciklus. Javlja se zbog nepogodnih životnih okolnosti koje joj izazivaju psihičke smetnje, anskiozno-depresivne simptome, uz želju za redukcijom istih. U početku se radi o redovitim ambulantnim kontrolama. Psihofarmake jasno odbija. Tada pacijentica počinje javljati somatske simptome koji postaju preokupacija unutarnjeg svijeta uz strahove od neizliječive i smrtonosne bolesti. Navedeni simptomi počinju se razvijati u trenutku kraćeg prekida.

Što nam pacijentica govori svojim simptomima?

„Radi se o vrlo stvarnoj primitivnoj anksioznosti, koja nastaje mnogo prije od bilo kakve anksioznosti koja u svom opisu uključuje riječ smrt.“ (Winnicott, 1958).

U ranom odnosu s majkom/skrbnikom djetetov doživljaj sigurnosti ovisi od prilagodbi na djetetove potrebe koje osiguravaju „kontinuitet postojanja“. To fino usklađivanje s djetetovim potrebama osigurava osjećaj stvarnosti i sigurnosti. Prevelika frustracija u tom vrlo osjetljivom periodu dovodi do prijetnji dezintegracije i nestajanja.

Psihoteraput postaje važna osoba u subjektivnom svijetu pacijentice. Psihoterapija se nastavlja u jasno dogovorenom frekventnom *settingu*. Susret kao lijek postaje vrlo jasna odrednica ovakvog odnosa jer teraput postaje poput majke koja traga za istinskim djetetovim doživljajem i ublažava djetetovo uznemirenje kroz svoje djelovanje, a ne objašnjenjem, bez straha od vlastite anskioznosti u poziciji nemoći (Bion, 1962). Nemogućnost simbolizacije ostavlja prostor konkretnosti, psihoteraput koji nije prisutan, ne postoji. Strahovi od dezintegracije i nestajanja dovode do vegetativne pobuđenosti, takva situacija je prepoznata kao vrlo opasna i ugrožavajuća što dovodi do regresije. Psihološki, a do neke mjere i fizički opstanak, ovise o sposobnosti da se uspostavi blizak odnos privrženosti i tako utemelji vanjska sigurna osnova u stvarnosti i unutarnja sigurna osnova unutar sebe (Holmes, 2001). Da bi se postigao minimum sigurnosti jedina nada je prijanjanje uz objekt.

Vrlo je važno podsjetiti i naglasiti da je pacijentica prethodno liječena u vrlo stručnim psihoterapijama. Zašto je to važno? Uzimajući u obzir i komponentu psihoteraputovog unutarnjeg svijeta, vrlo je lako u ovakvom odnosu skliznuti u omnipotetnu poziciju smatrajući da će promjena nastupiti upravo s njim/njom.

Susret smanjuje patnju, susret postaje lijek, a bolest potraga za susretom. Pa nek' uđe onaj pravi...(asocijacija na film „Let the right one in“, režija Tomas Alfredson).

Vinjeta 2

Pacijentica G., mlada žena, razvila je čitav niz funkcionalnih somatskih tegoba ali i (psiho)somatskih bolesti. Odrasla je u simbiotskoj obitelji u kojoj su valorizirani pozicija žrtve i somatske bolesti/simptomi. Svaki

njen korak prema autonomiji, nailazi na složnu agresiju svih ostalih članova obitelji. Pacijentica se na psihoterapiji dugo vremena prikazivala (konkretno) svojim somatskim tegobama. Došla bi sa zavijenom glavom, rukom, nogom, šepajući, otečenog lica, s herpesom, ekcemom.. Opisuje se kao žrtva svoje obitelji, kolega, prijatelja. Donoseći brojne somatske tegobe osjećala se povremeno trijumfalno u smislu „jadnija sam od svih". Provodi dosta vremena odlazeći kod brojnih liječnika različitih specijalnosti donoseći bolesnu somu, umjesto da uživa u svome libidnom tijelu. Kao da ne mari za to.

Nije li njezino tijelo kao teatar? (asocijacija na knjigu „Theaters Of The Body" od Joyce McDougall).

U pacijentice G. psihološko i somatsko je duboko isprepleteno, a dinamika njene obitelji podržava bolesno stanje. Psihijatru je došla kada njena psihološka ravnoteža više nije bila održiva, njene obrane više nisu funkcionirale i bila je preplavljena tjeskobom. U psihoterapiji ponavlja obrasce kakve je internalizirala tijekom djetinjstva i života. Možemo se upitati što govori pacijentica kroz somatsko, nose li njeni simptomi i bolesti simboličko značenje ili su znak slabe simbolizacije ili oboje. Što za nju znači somatska bolest? Možda je sklonište i kompromis, brani je od agresije i od zavisti drugih članova obitelji, osiguravajući joj istodobno brigu i pažnju, a možda je brani i od nezrele i konfliktne seksualnosti. Somatski simptomi su možda također izraz bijesa izvorno usmjerenog prema nekom iz obitelji, a sada okrenutog prema unutra, tj. radi li se o pražnjenju emocionalnog i nagonskog uzbuđenja izravno u tijelo, bez psihološke elaboracije. Somatski simptomi ometaju osamostaljivanje i vraćaju je natrag u ranu ovisnost o majci. Rješava li se ona tako svoje odgovornosti zbog neodrastanja u smislu „*nisam ja kriva, bespomoćna sam, bolesna sam"*? Izbjegava kroz bolest i krivnju koja bi se javila kod individuacije, jer bi razvojnim napredovanjem napustila svoju „jadnu" majku (a obitelj stoji na strani te patološke krivnje). Iako njene bolesti nisu takve da bi sada završile fatalno, ona izbjegava život, ne živi ga, nije li to izravan izražaj nagona smrti? A istodobno, somatske bolesti su i vapaj za pomoći, dovode je do „moćnog oca" liječnika koji bi je mogao spasiti i izvući iz simbioze s majkom. Otkrivanje slojevitog nesvjesnog značenja bolesti odvija se u

zajedničkom intersubjektivnom prostoru pacijentice i psihoterapeuta. Vjerujemo da je upečatljiv psihološki značaj u bolestima pacijentice G.

Vinjeta 3

Što govore simptomi sedamnaestogodišnje djevojke koja još u vrijeme latencije ima nesvjestice u određenim socijalnim situacijama i okolnostima s povremenim epizodnim gotovo paničnim anskioznostima. Vrijeme njezine adolescencije obilježavaju depresivne epizode uz fantazije o samoozljeđivanju. Unutarnji svijet vrlo je primjetan u načinu odjevanja i ponašanja. Pomoć koja joj je ponuđena od obitelji, stručne službe, škole ne dovodi do potrebne motivacije za psihofizičkim poboljšanjem.

Zašto djevojka treba svoju bolest?

Razvojna uloga adolescencije nosi sa sobom brojne zadatke. Da bi proces bio uspješan pred adolescentom stoje zahtjevi stvaranja seksualnog identiteta, separacije od roditelja, smanjenje ovisnosti od skupine vršnjaka, učvrščivanje struktura ličnosti identifikacijom te konsolidacija selfa.

Srž psihodinamike adolescencije nalazimo u reakciji žalosti na separaciju od roditelja. Separacija se na psihičkom planu ostvaruje slabljenjem objektnih veza prema roditeljima, te povlačenjem libida na vlastiti ego. Sama reakcija žalosti ima evolutivno značenje jer pokazuje libidno dezinvestiranje primarnih objekata i uspostavljanje mogućnosti novih identifikacija i objektnih investicija, te stvaranje identiteta.

Taj vrlo zahtjevan proces postaje izvorom velike patnje adolescenta. Kako bi se unutarnji svijet svakog adolescenta umirio prisutni su različiti obrazci koji smanjuju taj pulzijski potencijal. Najčešći mehanizam koji je opisala Anna Freud je vidljiv u pomaku libida na drugi objekt koji mogu prestavljati roditeljske supstitute, vršnjake ili idole. Rezultat je da seksualne pulzije prestaju biti opasne za ego i svara im se mogućnost realizacije izvan primarnih objekata/roditelja (Vidović, 1990). Služi li bolest kao sigurni objekt projekcije, unutarnji

dio skriven i uvijek dostupan. Bolest postaje unutarnja snaga, pomoćni ego koji joj omogućuje nošenje sa onim dijelom gdje je vrlo ranjiva, a to je odnos s vršnjacima. Bolest postaje izvor njezine snage, misterioznosti i zavodljivosti. Zadržavanje sadržaja, „koje nikome nije ispričano“, nosi veo tajnovitosti i pruža osjećaj snage i moći, svojevrsni „narcistični trijumf“ nad tereputom kao i okolinom te mlade djevojke. Prepoznavanje takve pozicije umanjuje osjećaj straha i brige jer uz dovoljno dobru podršku tijekom razvojnog procesa fantazijska snaga bolesti slabi uz zreliju konsolidaciju selfa.

Psihodinamsko značenje lijeka

Reakcija na lijek uvijek je emocionalno obojana. Nesvjesni čimbenici (obrane, ključni konflikti, tip privrženosti), koji inače određuju interpersonalne odnose, se ponavljaju u farmakoterapijskoj situaciji kroz transfer prema liječniku i lijeku (Marcus, 2007; Mintz 2011).

Lijek je jedna od rijetkih materijalnih stvari koju pacijent dobiva od liječnika i nakon toga je konkretno unosi u tijelo. Lijek se širi po cijelom tijelu, psihotropni lijekovi stvarno djeluju na misli i osjećaje, te su kao takvi posebno pogodni za primanje transfernih projekcija (Marcus, 2007). Istražujući odnos pacijenta prema lijeku možemo saznati mnogo o osobnosti pacijenta i odnosima u djetinjstvu. Također možemo predvidjeti probleme koji se mogu pojaviti u farmakoterapiji. Jasno da doživljavaj lijeka često odražava transfer prema liječniku i ne može se promatrati izvan te interpersonalne relacije. Moguće je i da pak (putem *splittinga*) prikazuje prikrivene aspekte transfera i pruža uvid u terapijski savez (Marcus, 2007).

Početne reakcije na propisivanje lijeka obično nose općepoznata i manifestna tumačenja. Ta početna značenja na tragu su prema dubljim i osobnijim značenjima i kao takva pružaju nam pogled u ličnost pacijenta. Lijek se može doživjeti kao dar, znak brige i njege od dobronamjernog liječnika. Međutim, prihvaćanje lijeka može značiti submisiju, pasivno pokoravanje volji liječnika, kod osobe kod koje je self nesepariran od objekta (Marčinko, 2016). Pacijenti mogu

idealizirati liječnika, a zatim i lijek kojeg doživaju posebnim, te se uzimajući lijek osjećaju jakim i sigurnim (Li, 2010).

Međutim, postoji i drugi kraj spektra, paranoidni, u kojem se lijek doživljava kao otrov, nešto opasno, putem čega će pacijent biti kontroliran i uništavan iznutra (Book, 1987; Tutter, 2006). U fazi psihološkog razvoja, koju je Klein (1946) nazvala paranoidno-shizoidna pozicija, dobri i loši doživljaji su razdvojeni, glavna tjeskoba je opstanak selfa i kako bi se to postiglo sva destruktivnost je usmjerena prema vani. Lijek se može doživjeti i kao intruzija i penetracija. Može biti doživljen kao narcistična povreda i degradacija od strane liječnika kod pacijenata s niskim samopoštovanjem. Jasno je da kada prevladaju doživljaji „lošeg objekta“, mogu se očekivati problemi u farmakološkom liječenju. Mnogi takvi pacijenti, svjesno ili nesvjesno, očekuju da će biti povrijeđeni.

Lijek uvijek ima multipla, slojevita, značenja prateći slojeve reprezentacija akumulirane tijekom povijesti osobe (Tutter, 2006). U potrazi za značenjem reakcija na lijek saznajemo nešto o oralnim, analnim i edipskim konfliktima, o self problematici, objektnim vezama i obranama (Powell, 2001). Obično je prisutna ambivalencija, konfliktne želje oko ovisnosti, kontrole, strahovi oko gubitka autonomije i identiteta (Marcus, 2007; Barber i Summers, 2010).

Postoji i kontraterapijska upotreba lijekova, lijek može služiti kao zamjena za *selfobjekt*, odnosno pokušaj zamjene ljudi s tabletama. (Li, 2010; Marčinko, 2016). Može služiti odmicanju vlastite odgovornosti za osjećaje i ponašanje kod pacijenata koji svaki negativan osjet ili osjećaj smatraju patološkim i žele ga odmah odstraniti. McDougall (1974) smatra da ljudi ovisni o lijekovima, vanjski objekt (lijek) koriste u svrhu obavljanja funkcije nedostatne simboličke dimenzije.

Personifikacija lijeka

Većina pacijenata nije tako konkretna da misli u realitetu ili fantaziji da je lijek živ. No lijek može predstavljati neku osobu, dijelove osobe ili selfa, nešto prema čemu se odnosi, osjeća, doživljava, misli, to se zove personifikacija lijeka (Tutter, 2006). Lijek u pacijentovom

nesvjesnom reprezentira osobu zajedno sa svim pridruženim svojstima, funkcijama i ulogama.

Primjer toga je lijek kao prijelazni objekt, lijek je simbolička zamjena ili produžetak liječnika za vrijeme odsustva (Tutter, 2006). Već i samo nošenje kutije lijeka ili recepta za pacijenta može imati umirujuću funkciju, poput dekice koju dijete nosi sa sobom. Na primitivnijem nivou, pacijent uzimanjem lijeka internalizira liječnika, kao što u najranijoj oralnoj fazi razvoja, dojenče unosi dobre supstance od majke. Na ove mehanizme treba pomišljati kada pacijent odbija prekinuti medikaciju premda ona više nije potrebna.

Lijek također može predstavljati bolesnu blisku osobu i pacijentovu identifikaciju s njom (Milrod i Busch, 1998; Tutter, 2006). Može reprezentirati bolesni oštećeni dio selfa (Tutter, 2006). Pacijent magijski izjednačava uzimanje lijeka sa svojim bolesnim dijelom, „ako ne uzima lijek znači da je zdrav“. Tu prepoznajemo obrambeni mehanizam negacije, koji je često prisutan kod kroničnih bolesnika u remisiji. Lijek ih konkretno podsjeća na bolest i zato ga izbjegavaju (Book, 1987).

Implikacije na terapijski pristup

Vrste transfernih projekcija i kako se pacijent nosi s njima mogu nas informirati o specifičnim disfunkcijama Ega. O tome će ovisiti naše intervencije. Osobe na zdravijem spektru (neurotski organizirane ličnost), emocionalnu reakciju na lijek razdvajaju od realiteta i ona obično ne interferira s racionalnosti uzimanja lijeka. Kod predpsihotično ili psihotično organiziranih osoba emocije značajno utječu na procjenu realnosti lijeka i potreban je intenzivniji rad na smanjenju kontaminacije doživljaja lijeka (Marcus, 2007). Deluzije o lijeku, odnosno svjesno i kognitivno uvjerenje pacijenata da su njihove projekcije apsolutno točne, da je lijek bilo otrovan bilo magičan, upućuju na psihotičnu organizaciju.

Dobar terapijski savez pacijenta i liječnika može značajno djelovati na farmakoterapijski ishod. To je odnos u kojem se odluke donose na kolaborativan i kooperativan način, izbjegava se autoritativno-submisivna interakcija, mehanički pristup i borba oko

kontrole. Kao što je terapijski savez ključan u odnosu liječnik-pacijent, trijadni savez između više osoba koje liječe pacijenta također je važan čimbenik u ishodu liječenja (Mintz, 2005). Razlike u filozofiji liječenja, kao i osobne i interdisciplinarne tenzije vezane uz kompeticiju i zavist su univerzalne. Pacijenti koji koriste rane obrane (*cijepanje dobrih i loših objekata)* mogu koristiti takvu situaciju da eksternaliziraju svoju unutarnju strukturu, što se obično manifestira polarizacijom i duboko podijeljenim stavovima medicinskog osoblja. Zbog toga je važna međusobna konzultacija i prepoznavanje kontraproduktivne trijadne dinamike.

Među principima koje Mintz (2011) preporuča za rezistentne pacijente su dobro poznavanje pacijenta (osim razvojne i socijalne anamneze, preispitati stav o lijekovima) što između ostaloga jača terapijski savez; rad na pacijentovoj ambivalenciji vezanoj uz gubitak simptoma; rad na negativnom transferu i otporu na lijekove; prepoznavanje vlastitog kontratransfera kod propisivanja lijeka.

Kontratransfer liječnika

Normalno je da liječnik iskusi raznovrsne emocionalne reakcije prema bolesniku. Tako pacijenti s karakternim patologijama obično izazivaju snažan emocionalni odgovor, depresivni pacijenti ili oni s psihotičnim povlačenjem mogu u liječniku izazvati bespomoćnost ili potrebu za prekomjernom zaštitom (Tasman, Riba i Silk, 2000). Neadherencija pacijenta može kod liječnika provocirati snažnu kontratransfernu reakciju zbog koje se počinje ponašati antiterapijski. Ponekad liječnik ne zna zašto se tako osjećao i zašto je reagirao na određeni način.

Ako liječnik odigrava nesvjesne konflikte kroz način medikacije, razlozi za propisivanje ili nepropisivanje (dodavanje ili promjenu) lijeka prestaju biti racionalni (Mintz 2005; Barber i Summers 2010). Liječnik može kontratransferno reagirati prebrzom promjenom lijeka ili povećanjem doze u želji za spašavanjem depresivnog pacijenta, (Barber i Summers, 2010). Medikacija može služiti uspostavljanju osjećaja kontrole, kao obrana od osjećaja bespomoćnosti, prekid javljajućeg simbiotskog odnosa, odraz agresivnih osjećaja prema

opsesivnim pacijentima (Mintz, 2005). Opisuje se persekutorna spirala, kao maligna terapijska situacija i kolaps potencijalnog prostora, kada liječnik od pacijenta očekuje submisiju u farmakoterapiji, a u slučaju izostanka učinka liječnik ne prepoznaje svoje osjećaje bespomoćnosti i ljutnje, već ih odigrava (*acting out*) tako da dodaje ili povećava medikaciju, u pokušaju ponovne uspostave autoriteta (Li, 2010; Marčinko, 2016). Kada kontratransfer liječnika ima glavnu ulogu u propisivanju lijeka ishod je rijetko dobar. Prepoznavanje vlastitih kontratransfernih osjećaja može proširiti razumijevanje pacijenta i na taj način produbiti farmakoterapijski savez (Tasman, Riba i Silk, 2000; Mintz, 2005).

Zaključak

Komplementarnost djelovanja psihičkih i somatskih procesa važno je u razumijevanju bolesti kao i farmakoterapijskog djelovanja. Neadherencija nas upozorava na subjektivitet pacijenta, otvara teme njegove ličnosti i osobne povijesti. Potiče nas i na promišljanje kako u medicini 21. stoljeća vidimo odnos psihe i some, mozga i uma. Shvaćanje bolesti kao izdvojene, linearne uzročno-posljedične sekvence, je jednostavnije i izaziva manje anksioznosti zato što pruža logično intelektualno objašnjenje osiguravajući osjećaj veće kontrole. Međutim, test vremena obično poljulja takva uvjerenja. Za razumijevanje funkcioniranja psihe važan je proces stvaranja simbola koji započinje u najranijem odnosu između majke i dojenčeta. Upravo je stvaranje simboličkog mišljenja preduvjet za cjelovitost iskustva čovjeka. S druge strane, neuspostavljanje dobre simbolizacije ili disocijacija uslijed traume, povezuje se s predispozicijom za pojavu brojnih bolesti i to ne samo psihičkih. Većina našeg psihičkog funkcioniranja je nesvjesno, što danas potvrđuju neuroznanstvena istraživanja, mnogo ranije to su prepoznali umjetnici, a zatim i psihoanalitičari. Nesvjesno nije samo *container* „prerušenih, nagonskih i potisnutih sadržaja“ već je dimenzija koja kreira značenje i generira nova iskustva. Formiranje odnosa između liječnika i pacijenta u kojem se uvažava subjektivitet pacijenta neizostavni je aspekt liječništva, pomaže u riješavanju problema i otpora koji se

javljaju tijekom liječenja, te u konačnici poboljšava terapijski ishod. Liječnik koji shvaća važnost subjektivnog, kroz samorefleksiju emocionalnih stanja i konzultacije vezano uz kompleksnije interpersonalne situacije, može stvarati bolji unutarnji *holding* i psihološku zaštitu. Tako postaje i spremniji za prepoznavanje složenih nesvjesnih interakcija s pacijentima.

„Cijeli svijet u nama je stvarnost, možda i stvarnija od vidljivog svijeta. Ako netko sve što se čini nelogičnim naziva bajkom, samo dokazuje da nije shvatio prirodu.“ Chagall M.

Literatura

- Aisenstein, M. (2008). Beyond the dualism of psyche and soma. Journal of American Academy of Psychoanalysis, 36, 103-123.
- Bion, W.R. (1962) Learning from experience. London: Tavistock.
- Book, H.E. (1987) Some psychodynamics of non-compliance. Canadian Journal of Psychiatry, 32, 115-117.
- Bronstein, C. (2011) On psychosomatics: the search for meaning. International Journal of Psycho-Analysis, 92, 173-195.
- Bucci, W. (1997) Symptoms and symbols: a multiple code theory of somatization. Psychoanalytic Inquiry, 17, 151-172.
- Ellison, J.M. (2000) Enhancing adherence in the pharmacotherapy treatment relationship. U: Tasman, A., Riba, M.B., Silk, K.R. (ur.), The doctor-patient relationship in pharmacotherapy: improving treatment effectiveness. New York: The Guilford Press, str. 71-94.
- Gabbard, G.O. (2000) A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. British Journal of Psychiatry 177, 117-122.
- Gabbard, G.O. (2005) Mind, brain, and personality disorders. American Journal of Psychiatry, 162, 648–655.
- Goodwin, R.D., Stein, M.B. (2004) Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. Psychological medicine, 34,509-520.
- Green, A. (2010) Thoughts on the Paris school of psychosomatics. U: Aisenstein, M., Rappoport de Aisemberg, E. (ur.), Psychosomatics today: a psychoanalytic perspective. London: Karnac Books Ltd, str. 1-45.
- Holmes, J. (2001) The Search for the secure base. London: Routledge.
- Josić, D. (2014) Logičan čovjek. U: Klain, E. i sur. (ur.), O psihoanalizi sasvim otvoreno. Zagreb: Školska knjiga, str. 43-51.
- Kandel, E.R. (1999) Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. American Journal of Psychiatry, 156, 505–524.

- Kendler, K.S. (2005) Toward a philosophical structure for psychiatry. American Journal of Psychiatry, 162, 433–440.
- Klein, M. (1946) Notes on some schizoid mechanisms. International Journal of Psychoanalysis, 27, 99-110.
- Li, T.C. (2010) Psychodynamic aspects of psychopharmacology. Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 38(4), 655-674.
- Marcus, E.R. (2007) Transference and countertransference to medication and its implications for Ego function. Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 35(2), 211-218.
- Marčinko, D. (2016) Povezanost psihodinamike i farmakoterapije kroz odnos unutrašnje i vanjske psihičke realnosti te stvaranje tzv. treće pozicije (intersubjektivnost) U: Marčinko, D., Rudan, V., i sur. (ur.), Psihoanalitički modeli komunikacije u vremenu brzih promjena. Zagreb: Medicinska naklada, str. 29-44.
- Matačić, S. (2014). Zbog čega psihijatrija treba psihoanalizu? 6. Hrvatski psihijatrijski kongres, Zagreb, knjiga sažetaka.
- McDougall, J. (1974). The psychosoma and the psychoanalytic process. International Review of Psycho-analysis, 1(4), 437–459
- Milrod B.L, Busch F.N. (1998) Combining psychodynamic psychotherapy with medication in the treatment of panic disorder: exploring the dynamic meaning of medication. Psychoanalytic Inquiry, 18(5), 702-715.
- Mintz D.L. (2005) Teaching the Prescriber's Role: The psychology of psychopharmacology. Academic Psychiatry, 29, 187-194.
- Mintz, D. (2006) Psychodynamic Trojan horses: using psychopharmacology to teach psychodynamics. Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 34(1), 151-161.
- Mintz, D. (2011) Psychodynamic psychopharmacology addressing the underlying couses of treatment resistance. Psychiatric Times, 28 (9), 22-24.
- Ogden, T. H. (1985) On potential space. International Journal of Psycho-Analysis, 66, 129-141.
- Ogden, T.H. (2003) What's true and whose idea was it? International Journal of Psycho-Analysis, 84, 593-601.
- Osterberg, L., Blaschke, T. (2005) Adherence to Medication. New England Journal of Medicine, 353, 487-497.
- Plakun, E.M. (2006) Finding psychodynamic psychiatry's lost generation. Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 34(1), 135-150.
- Powell, A.D. (2001) The medication life. Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10, 217–222.
- Segal, H. (1957) Notes on symbol formation. International Journal of Psycho-Analysis, 38, 391-397.
- Steiner, J.F., Earnest, M.A. (2000) The language of medication-taking. Annals of Internal Medicine, 132(11), 926-930.
- Summers, R.F., Barber, J.P. (2010). Psychodinamic psychotherapy; a guide to evidence-based practice. New York; London: The Guilford Press.

- Tasman, A., Riba M.B., Silk K.R. (2000) The Doctor-patient relationship in pharmacotherapy: improving treatment effectiveness. New York: The Guilford Press.
- Taylor, G.J. (2010) Symbolism, symbolization, and trauma in psychosomatic theory. U: Aisenstein, M., Rappoport de Aisemberg, E. (ur.), Psychosomatics today: a psychoanalytic perspective. London: Karnac Books Ltd, str. 181-199.
- Tutter, A. (2006) Medication as object. Journal of the American Psychoanalytic Association, 54(3), 781-804.
- Tutter, A. (2009) Romantic fantasies of madness and objections to psychotropic medication. Journal of the American Psychoanalytic Association, 57(3), 631-655.
- Vidović, V. (1990) Razvoj ličnosti. U: Nikolić, S., Klain, E., Vidović, V. (ur.), Osnove medicinske psihologije. Zagreb: Medicinski fakultet, str. 48-83.
- Vlastelica M. (2013) Psychodynamic approach as a creative factor in psychopharmacotherapy. Psychiatria Danubina, 25(3), 316-319.
- Winnicott D.W. (1953) Transitional objects and transitional phenomena—a study of the first not-me possession. International Journal of Psycho-Analysis, 34, 89-97.
- Winnicott, D.W. (1958) Primary maternal preoccupation. U: Collected Papers Through Paediatrics To Psychoanalysis. London: Tavistock: reprint (2001) Routledge, str. 300-305.

14. poglavlje

Psihodinamski pristup u individualnoj terapiji u kojoj je liječnik bolesnik

Sanja Štrbe, Vedran Bilić, Mario Stipčević i Darko Marčinko

Uvod

Bipolarni afektivni poremećaj (BAP) kao dijagnostička kategorija ubraja se u poremećaje raspoloženja, a obilježavaju ga epizode depresije, manije ili hipomanije, koje se obično izmjenjuju. Bipolarni poremećaj najčešće počinje depresijom, koja je obično češća i dugotrajnija od perioda povišenog raspoloženja.

Iako je u akutnim fazama bolesti nužno intervenirati psihofarmakoterapijski, već u subakutnim fazama, a svakako u kasnijem tijeku bolesti, zlatni standard je kombinirano liječenje lijekovima i psihoterapijom, gdje pristup liječenju ovisi o tome prevladava li manična, depresivna ili miješana faza bolesti (Anderson IM, Haddad PM i Scott J, 2012). Kombinacija psihoterapije i farmakološke intervencije neupitno daje bolje rezultate od samih farmakoloških intervencija, uzevši u obzir postizanje remisije i djelovanja na rizik od relapsa i recidiva. (Chen i sur, 2021).

Stabilizatori raspoloženja smatraju se glavnim lijekovima u liječenju bipolarnog poremećaja, no često se koriste i drugi psihofarmaci. Međutim, brojni bolesnici ne postižu potpunu remisiju unatoč redovitom uzimanju lijekova i kontroliranom psihijatrijskom praćenju. Pokazalo se kako kratkotrajne psihoterapijske metode, poput kognitivno-bihevioralne terapije, obiteljske psihoterapije i psihoedukacije nude najsnažniju učinkovitost u pogledu prevencije

recidiva (Mirabel-Sarron i Giancheti, 2012). U praksi najčešće se koriste kombinacije psihoterapijskih tehnika – dinamskih i nedinamskih.

S jedne strane psihoterapijska prorada utječe na bolju integraciju iskustva bolesti, prihvaćanje same bolesti, poboljšava povjerenje bolesnika i samoga u sebe i u terapijski savez sa terapeutom, te poboljšava kritičnost. Psihoedukacija sama i u kombinaciji s kognitivno-bihevioralnom terapijom (CBT) smanjuje farmakološku neadherenciju. Psihoedukacija i CBT značajno smanjuju manične simptome (Chatterton i sur., 2017). Za bolesnika i njegove bližnje od velike je važnosti često i grupna terapija, gdje i obitelj prolazi psihoedukaciju, dobiva podršku, te se ponovno postiže balans u obiteljskom sustavu (Milkowicz i Chung, 2016).

Krajnji cilj ovakvog multidisciplinarnog integrativnog liječenja je zdravo nošenje sa životnim izazovima i uspostava unutarnje i vanjske harmonije u svakodnevici.

Prikaz pacijenta

Pacijent D.D., starosti 34 godine, po zanimanju liječnik; zaposlen je i živi sa suprugom i dvoje male djece. Prva depresivna epizoda nastupila je u dobi od 32 godine, trajala je više mjeseci, i tada pacijent nije potražio stručnu pomoć. Cijelo vrijeme trajanja depresivnog stanja je radio, uz velik napor, a smetnje u vidu sniženog raspoloženja, pada energije, bezvoljnosti i hipobulije pripisivao je životnim promjenama, rođenju drugog djeteta, promjeni obiteljske dinamike i slično, koristeći mehanizme racionalizacije i negacije.

Ubrzo je uslijedila burna manična epizoda u trajanju od šest mjeseci. To je razdoblje bilo obilježeno psihotičnim pomakom, grandioznim i ekspanzivnim idejama, neadekvatnim ponašanjem i slabom kontrolom afekta i impulsa, uz nekritičnost. Upozorenja od strane obitelji i bliskih osoba, kao i poticanja da se javi liječniku, pacijent je odlučno odbacivao, uz disimulaciju, racionalizaciju i intelektualizaciju. Manične epizode u BAP-u služe kao obrambene, kako bolesnik ne bi došao u

dodir s prebolnim afektima povezanim s podložećom depresijom i javljaju se kao način žalosti povezan s gubitkom.

Manična epizoda završila je naglim padom raspoloženja i ponovnim pojavljivanjem duboke depresivne epizode, ovoga puta znatno jačeg intenziteta. Pacijent se tada prvi puta javio u psihijatrijsku ambulantu, ukupno oko 18 mjeseci od pojave prvih simptoma. Nesposoban za obavljanje svakodnevnih aktivnosti nije bio radno sposoban, što je doživio i kao narcističnu povredu. Naredne tjedne i dane je uglavnom provodio kod kuće; bio je regresivnog ponašanja, interesi i interpersonalni odnosi sveli su se na minimum, a brigu oko djece i kućanstva preuzela je gotovo u potpunosti supruga. Depresivne epizode predstavljaju ljutnju usmjerenu na introjekte. Proizlaze iz jaza između realiteta i internaliziranih visokih, pa i nedostižnih očekivanja. Već u prvom susretu sa psihijatrom ordinirana je psihofarmakoterapija, te je napravljen plan liječenja, a ubrzo je uspostavljen seting psihoterapijskog rada. Dogovorene su seanse frekvencijom jednom tjedno, u trajanju od 45 minuta. Pacijent se redovno pridržavao setinga, iako je u inicijalnoj fazi bilo mnogo šutnje, pasivnosti i slabe inicijative. Od intrapsihičkih proživljavanja pokazivao je, a kasnije polako i verbalizirao, duboki osjećaj srama.

Sram, kao temeljni doživljaj iz preedipalnog perioda, bio je veoma snažan i teško podnošljiv. Temeljna središnja tjeskoba povezana sa sramom je zapravo opasnost od odbacivanja i izolacije od drugih ljudi, šire gledano i iz društvene zajednice. Sram je samosvjesna emocija koju prati snažno usmjerena, a negativno intonirana pozornost koja obuhvaća cijelu osobu, te brzo i jako snižava samopoštovanje. (Morrison, 1984; Tagney, 1995; Tracy i sur; 2007). Paradoks srama je da, iako kao signalna emocija potiče osobu na uklanjanje neprihvatljivih ponašanja ili osobina ličnosti koje ometaju njenu skladnu integraciju u društvenu zajednicu istovremeno, ujedno izolira osobu od socijalne zajednice, odnosno udaljuje ju od društvene i radne uloge. Sram vrlo jakog intenziteta ne može imati funkciju signala već djeluje kao psihička trauma, te blokira cjelokupno mentalno funkcioniranje (Lewis, 1992; Bilić, 2015). Posljedično, sram je u početnoj fazi psihoterapije djelovao kao poticaj za skrivanjem, što se

u seansama očitovalo periodima duge šutnje, pogledima u pod, udaljavanjem, te općom emocionalnom odsutnošću pacijenta. Što su realitetne frustracije bile jače, pritisak na psihološke kapacitete bio je veći, i javljao se pomak prema nezrelijim obranama.

U psihoterapiji bilo je važno izdržati snažne emocije i tešku, gušeću terapijsku atmosferu, biti prisutan, strpljiv i konstantan, imajući na umu da osoba preplavljena sramom doživljava sebe kao defektnu, te gubi nadu u mogućnost popravka svog temeljnog nedostatka (Balint, 1968). Pacijent je upadno, nesvjesno, pokušavao izbjeći svijest o sramu. Nakon svake seanse i u terapeutu je zaostajao osjećaj zabrinutosti i negativne anticipacije, nastao poglavito mehanizmima projektivne identifikacije i projekcije. Glavni mehanizam obrane u depresiji je potiskivanje (represija). Terapeut je, također, cijelo vrijeme morao biti svjestan svog kontratransfera (Volkan, 1995).

Nakon više mjeseci, nakon što je terapeut uporno potvrđivao svoje prisustvo i bio dobar, emocionalno dostupan objekt, pacijent si je postepeno dopustio osjetiti povjerenje, sigurnost, te je dijelom osvijestio i verbalizirao svoje intenzivne preplavljujuće doživljaje. Pacijent je odrastao u disfunkcionalnoj primarnoj obitelji, uz specifičnu obiteljsku dinamiku. Otac je bio kontrolirajući, agresivni objekt, a majka submisivna, odsutna, nedostupna i depresivna. Mnoge odluke u životu, pa i izbor struke, velikim su dijelom dolazili iz želja i potreba roditelja, iz lažnog selfa. Gratifikacije potreba iz lažnog selfa nikada ne mogu biti autentično doživljene (Newman, 1996). Kod pacijenta, u djetinjstvu, uspostavljen je nesiguran model privrženosti u odnosu s roditeljima (više ambivalentan prema ocu i više izbjegavajući prema majci). Nastao u ranom obiteljskom okruženju, sustav privrđenosti ima cjeloživotni utjecaj (Bowlby, 1978). I individualna i grupna terapija mogu poslužiti za aktivaciju attachmenta kod bolesnika (Wagner-Skacel i sur., 2020).

Tijekom terapijskog rada, uz sve veći osjećaj sigurnosti kod pacijenta, pa posljedično i njegov veći angažman u seansama, postepeno je došlo do uspostavljanja sve više neurotičnih mehanizama obrana (potiskivanje, projekcija, racionalizacije, generalizacija, reaktivna formacija), pa i dijelom zrelih mehanizama obrana (sublimacija,

humor, supresija). U unutarnjem svijetu pacijenta sve je više dolazilo do integracije različitih aspekata selfa u kohezivniju cjelinu. Tek nakon uspostavljanja barem djelomične kohezije selfa (Kohut, 1977), moglo se posvetiti realitetnim preprekama i odnosima, uz korištenje terapeuta kao self-objekta za regulaciju unutarnjih stanja kod pacijenta (Kohut, 1977).

Sukladno napretku u psihoterapijskom radu, nakon početne djelomične stabilizacije lijekovima, polako je dolazilo do sve jasnijeg poboljšanja u svim sferama života pacijenta. Psihoterapija je nastavljena i neko vrijeme nakon postizanja potpune remisije, uz farmakoterapiju održavanja.

Cilj liječenja bio je podržati zrelije mehanizme obrana i djelovati na smanjenje kliničkih simptoma te omogućiti kvalitetniji nivo funkcioniranja i življenja. Optimizam u nastavku praćenja svakako ulijeva visok premorbidni nivo funkcioniranja pacijenta, dobra podrška obiteljskog sustava, kao i visok stupanj motivacije pacijenta.

Zaključak

U ovom radu željeli smo naglasiti važnost psihodinamski usmjerene psihoterapije u liječenju teških psihičkih bolesti, poput razbuktale slike BAP-a kod prikazanog bolesnika. Kombinacija farmakoterapije uz dinamsko razumijevanje psiholoških procesa i psihoterapijski rad ključna je za liječenje i oporavak.

Samo kroz integrativan personalizirani pristup u liječenju, kombinacijom psihofarmakoterapije, individualne dinamski orijentirane psihoterapije, te suportivnih i psihoedukativnih tehnika, uz uključivanje obitelji, moguće je postići funkcionalni oporavak i postizanje životne harmonije, i omogućiti trajniji pozitivni terapijski efekt i dugoročno dobru prognozu.

Literatura

- Anderson IM., Haddad Peter M., Scott J. (2012) Bipolar disorder. BMJ, 345,8508.
- Balint M. (1968) The basic fault: Therapeutic aspects of regression. London: Routledge.
- Bilić V. (2015) Sram i poremećaji ličnosti. U: Marčinko D., Jakovljević M., Rudan V i sur (ur), Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi. Zagreb: Medicinska naklada, str.88-99.
- Bowlby. (1978) Attachment theory and its therapeutic implications. Adolesc Psychiatry, 6,5-33.
- Chen Q., Zhou Y., Lv H., Ma C. (2021) Adjuvant psychotherapy in early-stage bipolar disorder: A protocol for systematic review and meta-analysis. Medicine(Baltimore), 9,100,25443.
- Chatterton ML., Stockings E., Berk M., Barendregt JJ., Carter R., Mihalopoulos C. (2017) Psychosocial therapies for the adjunctive tretament of bipolar disorders in adults: network meta-analysis. Br J Psychiatry, 210,5,333-341.
- Kohut H. (1977) the analysis of the self. New york: International Univeristy Press.
- Lewis M. (1997) The self in self-conscious emotions. Ann N Y Acad Sci, 18,818, 118-42.
- Milkowicz DJ., Chung B. (2016) Family- focused therapy for bipolar disorder: reflections on 30 years of research. Fam Process, 55,3,483-99.
- Mirabel-Sarron C., Gianchetti R. (2012) Non-pharmacological tretament for bipolar disorder. Encephale, 38,4,160-6.
- Morrison. (1984) Working with shame in psychoanalitic treatment. J Am Psychol Asso, 32,3,479-505.
- Newman KM. (1996) Winnicott goes to movies: the false self in ordinary people. Psychoanal Q,65,4787-807.
- Tagney JP., Fisher KV. (1995) Self consious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride. New york: Guilford Press.
- Tracy JL, Robbins RW. (2007) The self in self-consious emotions: A cognitive appresial approach. New York:Guilford Press.
- Volkan V. (1995) The infantile psychotic self and its fates: undestanding and treating schizophrenic and other difficult patients. London: Jason Aronson .
- Wagner-Skacel J., Bengesser S.,Dalkner N., Morkl S., Painold A., Hamm C., Pilz R., Rieger A., Kapfhammer HP., Hiebler-Ragger M., Jauk E., Butler MI., Reininghaus EZ (2020) Personality structure and attachment in bippolar disorder. Front Psychiatry,11,11,410.

15. poglavlje

Stres i stresori na radnom mjestu u kliničkoj medicini - rizični i zaštitni faktori /rezilijencija/

Suzan Kudlek Mikulić i Jasmina Grubišin

Što je stres?

Stres je psihički i tjelesni odgovor ili reakcija na stvarnu ili percipiranu prijetnju, događaj ili promjenu. Prijetnja, događaj ili promjena se uobičajeno nazivaju stresorima.

Među brojnim autorima koji definiraju stres, najčešće se navode Hans Selye i Richard Lazarus. Prema Selyeu; stres je individualna nespecifična (psiho-fiziološka) reakcija na unutarnji i/ili vanjski zahtjev (Selye, 1950). Lazarus (2000) navodi da stres nastaje kad zahtjevi prema osobi premašuju individualne prilagodbene sposobnosti.

Stres – stresor

- Stresor (stresna situacija) - događaj koji remeti psihofizičko funkcioniranje i zahtijeva prilagođavanje.
- Stresor može biti unutarnji (misli, vjerovanja, stavovi) ili vanjski (gubitak, tragedija, promjena)
- Stresor – prirodna ili društvena katastrofa, osobna tragedija, životna prekretnica, promijenjeni uvjeti života/rada....
- Stres - skup fizičkih, psihičkih i ponašajnih odgovora koji nastaju kada vanjski i unutrašnji čimbenici (stresori) poremete homeostazu

Ako između stresnih podražaja ne postoji potrebno razdoblje oporavka nego se nižu jedan za drugim pojavljuje se kronični stres koji može izazvati ozbiljne posljedice za organizam (Folkman i Lazarus, 1998).

Doživljaj stresa je subjektivna kategorija, što znači da pojedinci različito reagiraju na isti stresor.

Stres može biti i motivirajući, potaknuti osobu da radi pod pritiskom i postiže rezultate, a češće je negativan, izaziva zdravstvene probleme i smanjuje kvalitetu života.

Eustres ili pozitivni stres podrazumijeva zdravi odgovor na stresor koji producira pozitivni rezultat, entuzijazam, motivaciju. U tom slučaju razina stresa je dovoljno visoka za motivaciju, akciju i postizanje rezultata a ne ugrožava zdravlje.

Distres ili negativni stres manifestira se kao štetni odgovor na stresor; javlja se uz razinu stresa koja izaziva psihofizički negativnu reakciju.

Ipak, adaptacijska reakcija organizma izloženog stresoru nije intrinzično dobra ili loša, i njezin učinak na zdravlje i postizanje rezultata ovisi o mnoštvu drugih interakcija između organizma i okoline uključujući i prethodna izlaganja stresorima i prethodne reakcije na stresore (Bienertova – Vasku, Lenart i Scheringer, 2020).

Neposredni učinci izlaganja stresoru:

- Učinak na subjektivno i emocionalno stanje: negativne emocije, frustracija, anksioznost, bespomoćnost, ljutnja i dr.
- Učinak na kognitivne procese: poremećeno procesuiranje informacija, problemi koncentracije i pamćenja, ruminacije
- Učinak na ponašanje: agresija, socijalno povlačenje, izostanak s posla, zloraba psihoaktivnih supstanci, uključivo nikotin.
- Učinak na tjelesno: autonomni sustav, endokrini sustav, imunološki sustav (glavobolja, napetost mišića, znojenje, porast arterijskog tlaka, hipoglikemija...)

Pozitivni stres podiže razinu katekolamina bez promjene prolaktina i kortizola, dok negativni stres značajno povećava razinu serumskog

kortizola (Morgan, Wang, Rasmusson i sur. 2001; Jung, Kang, Jang i sur. 2010).

Svaki pojedinac razlikuje se po načinu na koji se suočava sa stresnim situacijama u radnom i obiteljskom okruženju. Reakcija na stresor može potjecati iz individualne percepcije o značaju pojedinog stresnog događaja.

Koncept suočavanja odnosi se na širok spektar ponašanja koje pojedinac koristi kao odgovor na stresne situacije, a kojima je svrha umanjiti neugodne učinke takvih događaja. Osobna percepcija situacije, iskustva iz prošlosti, osobine ličnosti i socijalna podrška determiniraju i iskustvo stresa i način suočavanja sa stresorom (Kakunje, 2011). Način na koji će se pojedinac nositi sa stresorom pod utjecajem je genetike, iskustva i ponašanja (Havelka, Despot Lučanin i Lučanin, 2009; Lazzari, Shoka i Nusair, 2020).

Lazarus i Folkman (1998) definirali su dva načina suočavanja sa stresom, a to su suočavanje usmjereno na zadatak (problem) te emocijama usmjereno suočavanje. Endler i Parker (1990) definirali su i treći stil suočavanja sa stresom, a to je suočavanje izbjegavanjem.

Suočavanje usmjereno na problem odnosi se na konkretne pokušaje mijenjanja situacije kako bi ona postala povoljnija te kako bi se izvor stresa uklonio ukoliko je to moguće. Takvim suočavanjem pojedinac koristi izravan napor i poduzima aktivne korake kako bi pronašao zadovoljavajuće rješenje za problem.

Emocijama usmjereno suočavanje odnosi se na emocije koje su izazvane stresom te pokušaje ublažavanje takvih emocija. Svrha suočavanja usmjerenog na emocije je održavanje emocionalne ravnoteže. Neke od strategija usmjerenih na emocije su procesi poput selektivne pažnje, emocionalno ventiliranje, traženje podrške, minimaliziranje, usporedbe i pronalaženje pozitivnog u negativnim situacijama.

Suočavanje izbjegavanjem donosi kratkoročan osjećaj olakšanja, smanjenog stresa i niže razine anksioznosti, a koristi se u situacijama kada stresor nije moguće kontrolirati. Na taj način pojedinac dobiva

dodatno vrijeme za procjenu stresne situacije što može biti korisno ako se želi prikupiti još informacija i resursa za daljnje djelovanje.

Stres na radnom mjestu liječnika

Brojni su izvori stresa kojima su izloženi zdravstveni djelatnici: preopterećenost
poslom, tjelesna i psihička iscrpljenost, smjenski rad, deprivacija sna, izazovi u radu s teškim bolesnicima, konfliktne situacije između zdravstvenih djelatnika, utjecaj posla na obiteljski i društveni život, suočavanje sa smrću i umiranjem, nedostatne mogućnosti zadovoljavanja emocionalnih potreba bolesnika i njihovih obitelji, nedostatne mogućnosti pomoći bolesniku, nedostatak podrške (Begić, Lauri Korajlija i Jokić-Begić 2020; Bialek i Sadowski 2019; Dos Santos, Pico-Perez i Morgado 2020; Preti, Di Mattei, Perego i sur. 2020).

Psihološki i socijalni problemi u stresnim okolnostima nisu uvijek = bolest; mnoge su normalne reakcije na novonastale okolnosti (McKenzie i Harris 2013; Havelka, Despot Lučanin i Lučanin 2009).

Stres nam krade energiju za rad – dok smo u stanju stresa činimo više pogrešaka, rastreseniji smo i skloniji konfliktu. Protekom vremena, negativni učinci stresa mogu dovesti do problema mentalnog zdravlja kao što su depresivni simptomi i anksioznost, a što dalje ima negativne utjecaje na posao, obitelj i društvene odnose. ‘Rezilijentnost” je sposobnost suočavanja s negativnim aspektima stresa i time izbjegavanje narušavanja mentalnog zdravlja i širih negativnih učinaka. Zdravstveni djelatnici mogu koristiti različite strategije (intervencije) da bi podržali svoju rezilijenciju i mentalno zdravlje. Radi se o intervencijama vezanim uz radno mjesto (npr, promjena rutine, odgovarajuća oprema za rad u strukama u kojima je potrebna…) ili psihološkim suportivnim intervencijama.

Rizični faktori

Rizik razvoja PTSP-a (s punom ili djelomičnom kliničkom slikom) najveći je u zdravstvenih djelatnika u jedinicama intenzivne skrbi, koji su izloženi stresnim situacijama na radnom mjestu (kritične medicinske intervencije, svjedočenje umiranju i traumi, poremećeni cirkadijani ritam zbog smjenskog rada i dežurstava). Stopa PTSP-a postoji u rasponu od 10 do 20 % (Clohessy i Ehlers 1999; Robertson i Perry 2010; DeLucia, Bitter, Fitzgerald i sur. 2019), a i do 30 % u jedinicama intenzivne skrbi. Rizični faktori su: psihijatrijski poremećaji u anamnezi, ženski spol, slaba socijalna podrška, mala djeca u obitelji, osjećaj bespomoćnosti za vrijeme izloženosti traumama/stresorima (Carmassi, Foghi, Dell'Oste i sur. 2020).

Zaštitni faktori i rezilijencija

U fizici – rezilijencija je svojstvo materijala da se vraća u prvobitno stanje nakon izloženosti savijanju ili istezanju. Psihodinamski, rezilijencija znači sposobnost čuvanja intaktnosti ega. Rezilijencija ili otpornost definira se kao kapacitet reagiranja na stres na zdravi način, u kojem se učinak postiže uz minimalno fizičko/psihičko trošenje osobnih resursa.

Faktori na radnom mjestu koji doprinose otpornosti (engl. *resilience factors*):

- dobar sustav podrške na radu,
- edukacija,
- dobro pripremljena organizacija rada,
- pozitivne/dobre osobne strategije suočavanja.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, zdravstvenim djelatnicima treba osigurati adekvatnu edukaciju, podršku na radnom mjestu i promociju pozitivnih stilova suočavanja sa stresom kako bi se reducirao njihov psihološki distres (Chen Wang, Cheng i sur. 2020; WHO 2020)

Psihološka rezilijencija je sposobnost prevladavanja kriznih/stresnih situacija i vraćanje u stanje ravnoteže prije izloženosti stresoru. Proces posttraumatskoog prilagođavanja uključuje rezilijenciju i suočavanje sa svjesnim i nesvjesnim sadržajima.

Iznimna je važnost mehanizama obrane u svakodnevnom životu, a pogotovo u stresnim situacijama na radnom mjestu u kliničkoj medicini kod zdravstvenih djelatnika. Da bi mogao nastaviti svakodnevno funkcioniranje nužno za održavanje života, ego se od trajnog stresa brani različitim mehanizmima obrane (Urlić 1999, Bond i Perry 2004). Oni se aktiviraju nesvjesno i štite ego od neprihvatljivih osjećaja, misli ili fantazija.

Sposobnost ega da se brani od opasnosti nije uvijek i kod svakoga jednaka. Ona ovisi o psihičkoj konstituciji, ali i o dotadašnjoj razini psihičkog stresa kao i o fizičkim problemima: umoru, iscrpljenosti i bolesti.

Mehanizmi obrane razvijaju se potpuno s razvojem ličnosti. Razlikujemo mehanizme obrane po stupnju zrelosti. Vaillant (2000) ih dijeli u 4 skupine: psihotične, nezrele, neurotske i zdrave.

Psihotični mehanizmi su najprimitivniji i u zdravih odraslih se javljaju samo u snovima i projekcijama.

Nezreli mehanizmi se ponekad javljaju kod zdravih osoba, ali češće kod poremećaja ličnosti.

Neurotski mehanizmi su česti i u zdravih posebno u akutnom stresu.

Zdravi mehanizmi obrane su uobičajeni u zdravih osoba izloženih podnošljivoj razini stresora. Opisano je preko 100 mehanizama obrane, no ovdje ćemo ih nabrojiti samo nekoliko.

U psihotične mehanizme obrane spadaju

1) Poricanje

2) Iskrivljavanje realiteta

3) Halucinatorna projekcija

Nezreli mehanizmi obrane su:

1) Fantazije

2) Projekcija

3) Projektivna identifikacija

4) Hipohondrijaza

5) Pasivna agresija

6) Acting out

7) Poricannje

8) Izolacija

9) Premještanje

10) Disocijacija

Neurotski mehanizmi obrane su:

1) Intelektualizacija

2) Reaktivna formacija

3) Potiskivanje

4) Negiranje

5) Pseudoaltruizam

Zreli mehanizmi obrane su:

1) Altruizam

2) Anticipacija

3) Humor

4) Identifikacija

5) Introjekcija

6) Sublimacija

Mehanizmi obrane nam pomažu u svakodnevnom funkcioniranju. U stanjima izloženosti visokom stupnju stresa nam služe očuvanju psihofizičke homeostaze. Zreliji i funkcionalniji mehanizmi obrane su dodatni protektivni fakor u stresnim situcijama na radnom mjestu u kliničkoj medicini kod zdravstvenih djelatnika.

Zreli mehanizmi obrane kao što se humor, altruizam, anticipacija i samomotrenje misli, osjećaja, motivacije i ponašanja mogu povećati kapacitet rezilijencije tijekom kriznih razdoblja (Marčinko, Jakovljević, Jakšić i sur. 2020). Izbor mehanizama obrane je nesvjestan, ali „zrele obrane“ (humor, sublimacija...) za razliku od nezrelih čine veliku razliku suočavanju sa stresorima i razvoju rezilijencije (Marčinko, Jakšić, Ivezić i sur. 2014).

Mentalno zdravlje medicinskog osoblja i preventivno djelovanje je oduvijek, a posebno u ovo vrijeme pojačanih napora u zdravstvenom sustavu zbog pandemije COVID-19, koncept kojemu psihijatrijska struka mora posvetiti iznimnu pažnju. Kontinuirani rad na sebi donosi dugotrajni proces napretka u poboljšanju kvalitete življenja, poslovnom samoostvarenju i uspjehu, održavanju kvalitetnih obiteljskih i poslovnih odnosa i razvoju zaštitnih osobnih stilova suočavanja sa stresom.

Literatura

- Bienertova-Vasku J, Lenart P, Scheringer M. Eustress and Distress: Neither Good Nor Bad, but Rather the Same? Bioessays. 2020 Jul;42(7):
- Begić D, Lauri Korajlija A, Jokić-Begić N: Psihičko zdravlje liječnika za vrijeme pandemije COVID-19 u Hrvatskoj. Liječn Vjesn 2020; 142:189-198

- Bialek K, Sadowski M: Level of stress and strategies used to cope with stress by physicians working in intensive care units. Anaesthesiol Intensive Ther 2019; 51:361-369
- Bond M Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders. Am J Psychiatry 2004; 161:1665- 1671.
- Carmassi C, Foghi C, Dell'Oste V, Cordone A, Bertelloni CA, Bui E, Dell'Osso L. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. Psychiatry Res. 2020 Oct;292:113312
- Chen H, Wang B, Cheng Y, Muhammad B, Li S, Miao Z, Wan B, Abdul M, Zhao Z, Geng D, Xu X. Prevalence of posttraumatic stress symptoms in health care workers after exposure to patients with COVID-19. Neurobiol Stress. 2020; 13:100261
- Clohessy S, Ehlers A. PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. Br J Clin Psychol. 1999 Sep;38(3):251-65
- DeLucia JA, Bitter C, Fitzgerald J, Greenberg M, Dalwari P, Buchanan P. Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder in Emergency Physicians in the United States. West J Emerg Med. 2019 Aug 28;20(5):740-746
- Dos Santos CF, Pico-Perez M, Morgado P: COVID-19 and Mental Health-What Do We Know So Far? Front Psychiatry 2020; 11:565698
- Endler NS Parker JD: Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. J Pers Soc Psychol 1990; 58:844-54
- Folkman S, Lazarus RS: Coping as a mediator of emotion. J Pers Soc Psychol 1998;54:466-75
- Havelka M, Despot Lučanin J, Lučanin D: Biopsychosocial model -the integrated approach to health and disease. Coll Antropol 2009; 33.303-10
- Jung YH, Kang DH, Jang JH, Park HY, Byun MS, Kwon SJ, Jang GE, Lee US, An SC, Kwon JS. The effects of mind-body training on stress reduction, positive affect, and plasma catecholamines. Neurosci Lett. 2010 Jul 26;479(2):138-42.
- Kakunje A. Stress Among Health Care Professionals - The Need for Resiliency. Online J Health Allied Scs. 2011;10(1):1
- Lazarus RS: Toward better research on stress and coping. Am Psychol 2000; 55:665-73
- Lazzari C, Shoka A, Nusair A, Rabottini M: Psychiatry in time of COVID 19 pandemic. Psychiatria Danubina 2020; 32:229-235
- Marčinko D, Jakovljević M, Jakšić N, Bjedov S, Mindoljević Drakulić A. The Importance of Psychodynamic Approach during COVID-19 Pandemic. Psychiatr Danub. 2020 Spring;32(1):15-21.
- Marčinko D, Jakšić N, Ivezić E, Skočić M, Surányi Z, Lončar M, Franić T, Jakovljević M. Pathological narcissism and depressive symptoms in psychiatric outpatients: mediating role of dysfunctional attitudes. J Clin Psychol. 2014 Apr;70(4):341-52.

- McKenzie SH, Harris MF: Understanding the relationship between stress, distress and healthy lifestyle behaviour: a qualitative study of patients and general practitioners. BMC Fam Pract 2013; 14:166
- Morgan CA 3rd, Wang S, Rasmusson A, Hazlett G, Anderson G, Charney DS. Relationship among plasma cortisol, catecholamines, neuropeptide Y, and human performance during exposure to uncontrollable stress. Psychosom Med. 2001 May-Jun;63(3):412-22
- Preti E, Di Mattei V, Perego G, Ferrari F, Mazzetti M, Taranto P, Di Pierro R, Madeddu F, Calati R. The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. Curr Psychiatry Rep 2020; 22: 43
- Robertson N, Perry A. Institutionally based health care workers' exposure to traumatogenic events: systematic review of PTSD presentation. J Trauma Stress. 2010 Jun;23(3):417-20
- Selye H: Stress and the General Adaptation Syndrome. Br Med J 1950; 1:1383-1392
- Urlić I (1999) Mehanizmi obrane. U: Klain E. Psihološka medicina. Golden marketing, Zagreb.
- Vaillant GE. Adaptive mental mechanisms: their role in a positive psychology. American Psychologist 2000; 55: 89-98.
- WHO https://www.who.int/publications/i/item/978924012455 (pristupljeno 31.3.2021)

16. poglavlje

Opći distres, sindrom sagorijevanja i sekundarna traumatizacija kod medicinskih sestara i tehničara u COVID-19 pandemiji

Sara Bestulić, Nenad Jakšić, Zdenka Aurer i Darko Marčinko

Sestrinstvo je profesija koja je najzastupljenija u zdravstvu (WHO, 2020) te je samim time od iznimne važnosti za funkcioniranje zdravstvenog sustava. U Republici Hrvatskoj medicinske sestre i medicinski tehničari također čine najveći udio djelatnika u zdravstvu, njih oko 45% (Mihajlović, 2014; HZJZ, Znanstveno-statistički ljetopis, 2019).

Zdravstveni djelatnici obavljaju radne zadatke koji uključuju visoku razinu odgovornosti i visoke zahtjeve te su izloženi višestrukim stresorima. Kronični stres može imati ozbiljne zdravstvene posljedice za same djelatnike, ali i za kvalitetu zdravstvene skrbi (Maslach, Jackson i Leiter, 2012; Jalili i sur., 2021).

Medicinske sestre i tehničari su kontinuirano izloženi patnji i boli pacijenata, što postavlja zahtjeve za dobrom emocionalnom stabilnošću kako bi mogli pružiti adekvatnu sestrinsku njegu.

Kao najčešće izvore stresa među medicinskim sestrama, Soto-Rubio i sur. (2020) navode tzv. psihosocijalne faktore: radno preopterećenje (zasićenost poslom), percepciju nedostatka pravednosti u organizaciji, emocionalni rad, konflikt vezan uz profesionalnu ulogu te interpersonalne konflikte. Radno preopterećenje (engl. *workload*), odnosno percepcija prevelikog broja aktivnosti koje treba obaviti u

određenom vremenu ili prevelike težine tih aktivnosti, konflikt vezan uz profesionalnu ulogu koji se odnosi na potrebe za obavljanjem posla uslijed nedostatnih resursa i/ili kontradiktornih informacija te percepcija nedostatne interpersonalne podrške - predstavljaju rizične faktore za nezadovoljstvo poslom, kao i za psihosomatske zdravstvene probleme među medicinskim sestrama (Soto-Rubio, 2020).

Jedan od ključnih aspekata rada u sestrinstvu, a koji se ujedno smatra i jednim od glavnih stresora u ovoj profesiji je emocionalni rad o čemu postoje brojne studije (Riley i Weiss, 2016; Badolamenti i sur., 2017; Jeung i sur., 2018). Budući da posao medicinskih sestara sačinjavaju neprestane interakcije s pacijentima, članovima njihovih obitelji te s kolegama, oni su neprestano izloženi i potrebi za emocionalnom regulacijom, odnosno potrebi za svjesnim naporima i kontroli oko izražavanja emocija. Emocionalni rad uključuje pojačane zahtjeve za emocionalnom regulacijom - kontrolom u izražavanju emocija, odnosno izražavanjem onih emocija koje su poželjne (očekivane) u organizacijskom kontekstu, te inhibiciji onih emocija koje su neadekvatne za profesionalnu ulogu. Medicinske sestre susreću se s pacijentima u različitim zdravstvenim, pa tako i emocionalnim stanjima koja su uglavnom neugodna. Njihov posao uključuje upravljanje ne samo vlastitim emocijama, već i emocijama pacijenata, odnosno svojevrsno reguliranje njihove patnje i boli. Emocionalni rad u zdravstvenoj skrbi opisuje se kroz opsežnu literaturu, definira ga i Theodosius (2008), koja medicinske sestre i tehničare smatra takozvanim „emocionalnim žonglerima“, odnosno djelatnicima koji u svom radu izražavaju različite emocije - empatiju, simpatiju, odobravanje, humor, naklonost – a koju od njih će izraziti ovisi o zahtjevima situacije, odnosno interakcije.

Theodosius (2008) govori o tri tipa emocionalnog rada u sestrinstvu. Prvi tip je terapeutski emocionalni rad koji se odnosi na interpersonalne odnose i interakcije između medicinske sestre i pacijenta i/ili pacijentove obitelji, a uključuje svjedočenje neugodnim emocijama pacijenta i njegove obitelji, suočavanje sa deterioracijom i smrću, osiguravanje pacijentima doživljavanje osjećaja sigurnosti, pokazivanje empatije, kontejniranje i upravljanje stresnim reakcijama i ponašanjima. Drugi tip je instrumentalni emocionalni rad koji se odnosi

na komunikacijske vještine medicinske sestre koje ona koristi pri izvršavanju kliničkih zadataka, kao što su minimiziranje pacijentove boli i nelagode i/ili zabrinutosti pacijentove obitelji oko kliničkih postupaka, te upravljanje vlastitim emocijama prilikom ozbiljnih kliničkih postupaka. Treći tip uključuje emocionalni rad s kolegama, a odnosi se na interakcije medicinskih sestara sa kolegama te uključuje održavanje dobrih interpersonalnih odnosa u svrhu adekvatnog obavljanja posla. Posljednje uključuje i nošenje s neugodnim emocijama te organizacijski prikladno izražavanje istih u situacijama kad medicinska sestra percipira da je netko od kolega nepravedno ili pogrešno postupio.

Emocionalni rad uključuje tri koncepta koji predstavljaju procese i strategije emocionalne regulacije u sestrinstvu: emocionalnu disonancu, površnu glumu i dubinsku glumu (Hülsheger i Schewe, 2011). Emocionalna disonanca predstavlja diskrepanciju između doživljene emocije i emocije koja se izražava u skladu s pravilima organizacije. Pretpostavlja emocionalno stanje tenzije u kojem se medicinska sestra nalazi jer je u konfliktu između sebe i svoje profesionalne uloge (Martínez-Iñigo i sur., 2007). Za razliku od emocionalne disonance koje predstavlja stanje, površna gluma i dubinska gluma su aktivne strategije u procesu emocionalne regulacije. Površna gluma odnosi se na supresiju doživljene emocije i ekspresiju one emocije koja odgovora pravilima ili očekivanjima organizacije, odnosno ekspresiju lažne emocije. Dubinska gluma odnosi se na induciranje emocije koja je prikladna u nekoj situaciji, uključuje autentično proživljavanje neke emocije koja bi se očekivala i/ili zahtijevala u nekoj interpersonalnoj interakciji (npr. uložen trud u induciranje empatije prema pacijentu koji pati). Pregled empirijskih istraživanja emocionalnog rada u sestrinstvu pokazuje kako medicinske sestre u najvećoj mjeri koriste površnu glumu, odnosno supresiju emocija (Delgado i sur., 2017), a korištenje strategije površne glume i supresija emocija su rizičan faktor za razvoj sindroma sagorijevanja, narušenog zdravlja i dobrobiti kod medicinskih sestara, (Hülsheger i Schewe, 2011; Andela i sur., 2015; Delgado i sur., 2017). Također, supresija emocija i površna gluma nepovoljno utječu na interpersonalne odnose s pacijentima (Andela i sur., 2015), a upravo

su odnosi od iznimne važnosti za obavljanje adekvatne sestrinske njege (Markides, 2011; Komatsu and Yagasaki, 2014).

Stres u vrijeme epidemija i u COVID-19 pandemiji

Meta-analiza pokazuje da uoči epidemija virusa, pa tako i uslijed COVID-19 pandemije, osoblje koje radi sa zaraženim pacijentima doživljava značajno veću razinu distresa i narušenog mentalnog zdravlja, što se posebno odnosi na one koji su mlađi, roditelji malodobne djece, na one koji su u većem strahu od toga da zaraze sebe ili članove obitelji te na one sa dijagnosticiranim psihičkim ili tjelesnim bolestima. Također medicinske sestre su rizičnija skupina za distres, depresiju i PTSP od liječnika (Kisely i sur., 2020; Chatzittofis i sur., 2021) a stresori koje im narušavaju zdravlje su: frustracija oko utjecaja propisanih mjera na obavljanje posla, nedostatak praktične podrške od poslodavca poput manjka adekvatne zaštitne opreme, neadekvatna edukacija osoblja, nedostatak podrške od strane poslodavca i kompenzacije za rad, stigma vezana uz zdravstvene djelatnike.
S druge strane, kao zaštitne faktore za očuvanje zdravlja i dobrobiti, meta-analiza brojnih studija pokazuje: veće kliničko iskustvo, češće kraće pauze tijekom kliničkog rada, dovoljnu količinu vremena provedenog izvan posla te podršku obitelji. Od organizacijskih uvjeta koje služe kao zaštitni čimbenici od stresa studije navode: percepciju dovoljne razine vlastite educiranosti, podržavajuće radno okruženje, jasnu komunikaciju sa osobljem, dostupnost jasnih protokola o postupanju, kao i dostupnost psiholoških intervencija (Kisely i sur., 2020).

Sindrom sagorijevanja na poslu

Sindrom sagorijevanja na poslu (engl. *burnout*) definiraju Maslach, Jackson i Leiter (2012) kao posljedicu kroničnog stresa koji se može javiti kod stručnjaka pomagačkih profesija, a koji na svom poslu često svjedoče neugodnim emocionalnim stanjima. Sindrom sagorijevanja uključuje tri komponente: emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju

(negativni, cinični stavovi, uvjerenja i osjećaji prema klijentima i poslu te osjećaj mentalne odvojenosti od posla) i doživljaj niskog osobnog postignuća (sklonost negativnog vrednovanja sebe u odnosu na rad s klijentima).

Medicinske sestre su i prije pojave pandemije bile osjetljiva skupina za sagorijevanje na poslu (de Oliveira i sur., 2019), a kao snažan prediktor sindroma sagorijevanja kod medicinskih sestara pokazao se emocionalni rad (Andela i sur., 2015). S obzirom da emocionalni rad uključuje diskrepanciju između doživljene i izražene emocije, te uglavnom onemogućava osobu da spontano izrazi svoje emocije, to može predstavljati prijetnju identitetu, dovesti do stanja tenzije te posljedično narušenog zdravlja. Drugi stresori koji su povezani sa sindromom sagorijevanja su preopterećenost poslom, zahtjevi od pacijenata/obitelji pacijenata te problemi u suradnji unutar tima (Andela i sur., 2015).

Za vrijeme pandemije COVID-19 emocionalni rad, interpersonalni konflikti i percepcija konfliktnih zahtjeva vezanih uz profesionalnu ulogu doprinose razvoju sagorijevanja na poslu kod medicinskih sestara i tehničara (Soto-Rubio i sur. 2020).

Također, i za vrijeme ranijih većih epidemija virusa, kao što su bolesti SARS, MERS i Ebola, medicinsko osoblje koje je radilo sa zaraženim pacijentima u značajno je većoj mjeri pokazivalo simptome sagorijevanja, akutnih stresnih reakcija i narušene dobrobiti od osoblja koje nije bilo u kontaktu sa zaraženim pacijentima (Kisely i sur., 2020). Istraživanja iz u prvog vala pandemije COVID-19 (travanj 2020.) pokazuju da medicinske sestre i tehničari koji su radili na odjelima za liječenje bolesti COVID-19 u značajno većem stupnju doživljavaju simptome iz sindroma sagorijevanja od onih koji nisu radili na COVID-19 odjelima; više su emocionalnu iscrpljeni i u većoj mjeri doživljavaju osjećaj depersonalizacije (Chen i sur., 2021). Za vrijeme trećeg vala pandemije, u 2021. godini, medicinske sestre su i dalje rizične za razvoj sagorijevanja i dugoročnih poteškoća na planu mentalnog zdravlja (Galanis, 2021).

Trauma i sekundarna traumatizacija

COVID-19 pandemiju neki autori nazivaju novim tipom masovnu traume (Chen i sur., 2021). Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje – 5. izdanje (DSM-5, 2013) određuje traumu kao doživljaj vlastite ugroze ili ugroze bliskih osoba, uključuje izloženost ili prijetnju smrti ili povredi, a izloženost može biti neposredna ili posredna.

Značajne razine općeg distresa, akutnog stresa i posttraumatskog stresa doživljava osoblje koje je u direktnom kontaktu sa zaraženim pacijentima (Kisely i sur., 2020). Na velikom uzorku medicinskih sestara i tehničara, Chen i sur. (2021) dobili su podatke da oko trećina njih izvještava o zabrinutosti zbog COVID-19 koja uključuje simptome traumatske reakcije, a njih oko 13% ima traumatsku reakciju koja bi se mogla razviti u PTSP.

Sekundarni traumatski stres, sekundarna ili vikarijska trauma definira se kao posredna izloženost traumatskom događaju, kroz svjedočenje samom događaju ili kroz slušanje prepričavanja tog događaja, a može rezultirati pojavom simptoma ili reakcija koji se javljaju kod osoba sa posttraumatskim stresnim poremećajem (Ludick i Figley, 2017). Rizične skupine za doživljavanje sekundarnog traumatskog stresa su zdravstveni djelatnici, među kojima se mogu javiti simptomi poput onih koje doživljavaju i same žrtve traume: intruzivne misli i kognitivne smetnje, poteškoće spavanja, umor, iritabilnost, emocionalna labilnost, izbjegavajuća ponašanja i pojačana pobuđenost.

Osim općeg distresa, zdravstveni djelatnici tijekom COVID-19 pandemije, u značajnoj mjeri doživljavaju različite oblike stresa i simptome sekundarne traumatizacije. Simptomi vezani uz sekundarnu traumu značajno su češći među onim zdravstvenim djelatnicima koji su radili s COVID-19 pacijentima (Arpacioglu i sur., 2020; Vagni i sur., 2020). No, iako medicinske sestre koje su na tzv. „prvoj crti obrane“ doživljavaju veću sekundarnu traumatizaciju, visoke razine sekundarnog traumatskog stresa javljaju se i među medicinskim sestrama koje nisu u direktnom radu s COVID-19 pacijentima (Li i sur., 2020).

Naime, doživljavanju sekundarnog traumatskog stresa značajno pridonose stresori vezani uz posao (preveliko radno opterećenje,

svjedočenje smrti i patnji pacijenata), manjak poslovnih resursa (nedostatak osobne zaštitne opreme i manjak osoblja), kao i strah od zaraze.
Dodatno, treba uzeti u obzir i da samo slušanje o iskustvima kolega i kolegica koji rade ili su radili na COVID-19 odjelima može biti znatan izvor stresa, odnosno sekundarne traume (Li i sur., 2020).

Naše istraživanje: ožujak-travanj 2021.

COVID-19 pandemija u Hrvatskoj bila je popraćena i dvjema prirodnim katastrofama, a to su razorni potresi u ožujku i prosincu 2020. na području Središnje Hrvatske. Osim pojačanog opsega stresora u zdravstvu uslijed pandemije poput uvođenja epidemioloških mjera i reorganizacije kadrova i radnih mjesta, zdravstveni djelatnici suočeni su i sa dodatnim stresorima vezanima uz očuvanje vlastitog zdravlja i zdravlja bližnjih. Stresori vezani uz promjene na radnom mjestu, kao oni i stresori vezani uz ugroženost vlastitog zdravlja i zdravlja bližnjih, mogu se svesti u širu kategorija stresora oko neizvjesnosti, infodemije i neprestanih promjena. Na Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu Kliničkog bolničkog centra Zagreb od 2017. godine održava se *Tečaj upravljanja stresom u sestrinstvu* i dio je stručnog usavršavanja medicinskih sestara i medicinskih tehničara. Tečaj je osmišljen i organiziran na temelju izraženih potreba uprave i djelatnika za psihološkim radionicama i psihoedukacijom, a zbog percepcije višestrukih stresora na radnom mjestu poput radnog preopterećenja, odnosno povećanog opsega administracije te narušenih interpersonalnih odnosa među osobljem. Budući da je i prije pandemije COVID-19, znatan udio medicinskih sestara izvještavao o percepciji stresa i doživljavanju simptoma iz sindroma sagorijevanja na poslu (podaci dostupni kod autora istraživanja), u ožujku i travnju 2021., uslijed jednogodišnjeg trajanja COVID-19 pandemije, proveli smo istraživanje o sagorijevanju i mentalnom zdravlju medicinskih sestara.
U istraživanje je bilo uključeno 239 medicinskih sestara s područja Republike Hrvatske (iz Grada Zagreba 32,2%), većinom žena (90,8%), prosječne dobi od 36,03 godina (sd=9,98), u najvećem

omjeru srednje (39,7%), potom više i visoke stručne spreme, većinom u braku ili vezi (73,6%), te većinom trenutno radno aktivnih (97,5%). Za vrijeme provedbe istraživanja, u ukupnom uzorku je njih 43,1% dosad radilo na odjelima namijenjenim liječenju COVID-19 bolesti ili na radilištima namijenjenim COVID-19 bolesti, ali ne odjelnog tipa (ambulanta, trijaža, uzimanje briseva) (u daljnjem tekstu COVID-19 pogon). U trenutku sudjelovanja u istraživanju je njih 20,1% radilo u COVID-19 pogonu. U uzorku je 32,6% navelo da pati od neke kronične bolesti, odnosno njih 43,5% je navelo da im kroničnu bolest ima netko od ukućana.

Na medicinskim sestrama su *online* putem prikupljeni podaci o mentalnom zdravlju pomoću instrumenata mjere općeg distresa (Jokić-Begić i sur., 2014), sindroma sagorijevanja na poslu (Maslach, Jackson i Leiter, 2012) i sekundarne traumatizacije (Stamm, 2009).

Na mjeri opće psihičke uznemirenosti, široko korištenom instrumentu koji se koristi kao trijažna mjera općih psihopatoloških teškoća, dobiveno je da 50,6 % medicinskih sestara postiže rezultat koji je klinički indikativan, odnosno predstavlja stupanj opće psihičke uznemirenosti koji bi zahtijevao stručnu pomoć. Pojedinačni visok rezultat na ovoj mjeri upućuje na dovoljno psihopatoloških teškoća koji mogu biti dio psihičkog poremećaja te je nužna daljnja preciznija psihološka procjena (Jokić-Begić i sur., 2014), U našoj studiji takav klinički indikativan rezultat postiže više od polovice ispitanih djelatnika. U sklopu mjere opće psihičke uznemirenosti, izračunat je i faktor *rizične čestice* na kojem je 20,1% sudionika postiglo rezultat koji upućuje na autoagresivna i/ili heteroagresivna ponašanja i nakane u posljednjih tjedan dana; odnosno 7,5% (N=18) našeg uzorka je u posljednjih tjedan dana imalo suicidalne namjere, te je 15,9% (N=38) uzorka manifestiralo agresivna ponašanja prema drugima. Ovakvi rezultati mogu biti alarmantni, samo ako se uzmu u obzir rezultati jednog prethodnog hrvatskog istraživanja, koje navodi da samo oko 23% sudionika sa kliničkih indikativnim rezultatom na ovoj mjeri potraži stručnu pomoć (Bojanić, Gorski i Razum, 2016).

Na mjerenju sindroma sagorijevanja na poslu dobiveni su rezultati na sve tri dimenzije. U ukupnom uzorku medicinskih sestara, prosječni rezultat na području emocionalne iscrpljenosti spada u kategoriju

visoke emocionalne iscrpljenosti (M=30,97, sd=14,11), prosječni rezultat na području depersonalizacije (M=7,74, sd=5,00) spada u kategoriju umjerene depersonalizacije, a prosječni rezultat na području osobnog postignuća spada u kategoriju umjerenog osobnog postignuća (M=32,72, sd=8,51). Medicinske sestre u našem istraživanju postižu u prosjeku visoku razinu emocionalne iscrpljenosti kao jednog od aspekata sindroma sagorijevanja. Prikaz postotnog udjela medicinskih sestara koji na pojedinim dimenzijama sindroma sagorijevanja prikazan je u *Tablici 1*.

Tablica 1.

Postotak sudionika po rezultatu na mjerama mentalnog zdravlja (%) COVID-19 pandemija, ožujak-travanj 2021, RH				
Razina	Emocionalna iscrpljenost (%)	Depersonalizacija (%)	Osobno postignuće (%)	Sekundarna traumatizacija (%)
VISOKA	**64,4**	27,2	23,8	3,8
UMJERENA	17,6	21,3	**38,5**	**54,8**
NISKA	18,0	**51,5**	37,7	41,4
UKUPNO	100	100	100	100

Autori instrumenta za mjerenje sindroma sagorijevanja, ističu kako je ovaj instrument u širokoj uporabi i u različitim organizacijskim kontekstima te se često u prevelikoj mjeri pogrešno interpretira na način da se sindrom sagorijevanja u prevelikoj mjeri „dijagnosticira“ i određuje kao takav (Maslach i Leiter, 2021). Sindrom sagorijevanja nije dijagnoza ili medicinsko stanje, već se sagledava na kontinuumu, pri čemu je na jednom kraju kontinuuma nisko sagorijevanje, koje se naziva *angažiranost na poslu*, a na drugom kraju kontinuuma je *sagorijevanje na poslu*. Potpuni kriteriji za zaključivanje o sindromu

sagorijevanja na poslu su istodobno visoka emocionalna iscrpljenost, visoka depersonalizacija i nisko osobno postignuće. Ove kriterije za potpuno sagorijevanje na poslu je na našem uzorku postiglo 10,87% (N=26) sudionika. Potpuno sagorijevanje je našem uzorku postiže nešto malo veći udio medicinskih sestara, nego u istraživanju Sviben i suradnika (2017) na medicinskim sestrama prije pandemije, odnosno odgovara udjelima potpunog sagorijevanja među osobljem prije pandemije (Maslach i Leiter, 2021). Suprotno tome, nisku razinu sagorijevanja, odnosno adekvatnu angažiranost na poslu– postiže tek 7,9% (N=19). Iz toga možemo zaključiti je preostali udio medicinskih sestara (81,2%) negdje na kontinuumu i potencijalno u stanju rizika za razvoj sagorijevanja – postiže visoke rezultate samo na jednom aspektu sagorijevanja (npr. emocionalnoj iscrpljenosti) ili umjerene (prosječne) rezultate na sve tri kategorije.

Medicinske sestre koje tijekom pandemije radile u COVID-19 pogonu ili one koje su radile za vrijeme provedbe našeg istraživanja, postižu nešto više rezultate na mjerama opće psihičke uznemirenosti i narušenog mentalnog zdravlja, no ti se rezultati ne razlikuju značajno od rezultata onih koji nisu radili na COVID-19 pogonu. S druge strane, očekivanja toga da će biti raspoređene na radilište namijenjeno liječenju COVID-19 pokazalo se lošijim po mentalno zdravlje. Medicinske sestre koje su navele da očekuju da će biti uključene na COVID-19 pogon u značajno većoj mjeri su emocionalno iscrpljene, doživljavaju osjećaj depersonalizacije, sekundarnu traumatizaciju, opći distres (uznemirenost) te su u većoj mjeri zabrinute o posljedicama pandemije na njihove bliske odnose i na građanska prava.

COVID-19 brige i mentalno zdravlje

U našem istraživanju brige oko COVID-19 bolesti, odnosno štetnosti SARS-CoV-2 virusa, pokazale su se rizičnim čimbenikom za mentalno zdravlje medicinskih sestara. Provedbom linearnih regresijskih analiza dobiveno da je su COVID-19 brige rizični čimbenici na gotovo svim mjerama mentalnog zdravlja, odnosno veće brige oko bolesti COVID-19 predviđaju višu razinu opće psihičke uznemirenosti (općeg

distresa), veću emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju i sekundarnu traumatizaciju. Rezultati se mogu povezati sa rezultatima i studije koju su proveli Khattak i sur. (2020), a koja nalazi da je strah od COVID-19 bolesti značajan prediktor sekundarne traumatizacije i psihičkog distresa, kao i intencije za promjenom profesije kod medicinskih sestara bez obzira na rad u COVID-odjelima ili rad na drugim odjelima.

Osim briga oko COVID-19 bolesti, brige oko posljedice pandemije na bliske odnose (partnerski odnos, prijatelji, obitelj) također su se pokazale rizičnim faktorom na svim mjerama mentalnog zdravlja. Veća briga oko posljedice pandemije na odnose rizičan je čimbenik za razvoj sva tri aspekta sindroma sagorijevanja, veći opći distres te veću sekundarnu traumatizaciju. Mlađe medicinske sestre i one koje imaju neku kroničnu bolest rizična su skupina za opći distres i doživljaj depersonalizacije, a one koje posjeduju iskustvo potresa na radnom mjestu rizičnije su za veću emocionalnu iscrpljenost i sekundarnu traumatizaciju.

Zaključci istraživanja i implikacije za budućnost – jačanje rezilijencije i emocionalna inteligencija

Istraživanje provedeno na KBC Zagreb u ožujku i travnju 2021. godine, pokazalo je da među ispitanim medicinskim sestrama iz različitih zdravstvenih ustanova u RH više od polovice njih doživljava klinički indikativnu opću psihičku uznemirenost (distres), visoku emocionalnu iscrpljenost (jednu od komponenti sindroma sagorijevanja) te umjerenu razinu sekundarne traumatizacije. Medicinske sestre koje su dosad imale iskustva rada u COVID-19 pogonu, odnosno koje su bile u direktnom kontaktu s COVID-19 pacijentima, ne razlikuju se značajno po ugroženosti mentalnog zdravlja od onih koje nisu radile nisu COVID-19 pogonu. No, samo očekivanje budućeg rada na COVID-19 pogonu, odnosno anticipacija da će u budućnosti biti raspoređene na COVID-19 pogon, pokazalo se rizičnim faktorom za mentalno zdravlje. Dakle, neizvjesnost uslijed COVID-19 pandemije glede buduće mobilizacije može se smatrati značajnim izvorom stresa. Nalazi našeg istraživanja također sugeriraju da zabrinutost oko samog

virusa, odnosno bolesti COVID-19, kao i zabrinutost oko posljedice pandemije na bliske odnose predstavljaju značajan rizik za narušeno mentalno zdravlje kod medicinskih sestara. Narušeno zdravlje medicinskih sestara, smanjuje kvalitetu pružene zdravstvene skrbi, a može uzorkovati i probleme na institucionalnoj razini.

Usprkos ograničenjima našeg istraživanja, nalazi o tome da su strah od COVID-19 bolesti i brige oko posljedica pandemije rizični faktori za narušeno mentalno zdravlje, mogu se uzeti u obzir pri osmišljavanju intervencija na organizacijskoj razini.

Studija Khattaka i suradnika (2020) pokazuje da se utjecaj straha od COVID-19 na mentalno zdravlje kod medicinskih sestara smanjuje se ako postoji dobra organizacijska (institucionalna) podrška. Dobrom institucionalnom podrškom smatramo upravo planiranje i provedbu intervencija ili usluga koje prepoznaju ugroženost zdravlja medicinskih sestra uslijed COVID-19 pandemije, kao i u post-pandemijskom razdoblju.

Dodatno, u planiranju intervencija valja uzeti u obzir i zaštitne faktore u očuvanju mentalnog zdravlja medicinskih sestara. Zaštitni faktori protiv sekundarnog traumatskog stresa su podržavajući odnosi s kolegama, ali i ostvarivanje kvalitetnih i bliskih interpersonalnih odnosa izvan posla (Ludick i sur. Figley, 2017; Blanco-Donoso i sur., 2021).

Također, kao zaštitni faktori za sprječavanje sindroma sagorijevanja i zdravstvenih problema među medicinskim sestrama ističu se rezilijencija i emocionalne inteligencija (Delgado i sur., 2017). Rezilijencija se definira kao kompleksan fenomen suočavanja sa stresnim događajima; uključuje potencijal za korištenje unutarnjih i vanjskih resursa u prilagodbi na različite kontekstualne i razvojne izazove (Pooley i Cohen, 2010). Rezilijencija u sestrinstvu uključuje posjedovanje i primjenu unutarnjih resursa poput samoefikasnosti, fleksibilnosti, humora i kompetentnosti te vanjskih resursa poput socijalne podrške u adaptaciji na stres.

Emocionalna inteligencija definira se kao sposobnost prepoznavanja, razumijevanja i reguliranja vlastitih emocija i emocija drugih ljudi, sposobnost razlikovanja vlastitih i tuđih emocija, kao i korištenje tih informacija za upravljanje mislima i ponašanjima (Salovey and Mayer, 1990).

Emocionalna inteligencija ima učinak moderatora, odnosno pojačava povezanost između psihosocijalnih stresora i negativnih zdravstvenih ishoda (sagorijevanje, nezadovoljstvo poslom, psihosomatske tegobe). Ukratko, nepovoljan učinak stresora na razvoj sagorijevanja i zdravstvenih tegoba medicinskih sestara, može se objasniti slabijim emocionalnim vještinama medicinske sestre (Soto-Rubio i sur., 2020). Rezilijencija i emocionalna inteligencija mogu se razvijati i unaprijediti kroz edukaciju (Chang, 2006; Stephens, 2013). Za jačanje emocionalne inteligencije, odnosno vještina rezilijencije kod medicinskih sestara, studije predlažu provođenje različitih psiholoških intervencija i psihoedukativnih programa (Delgado i sur., 2017), odnosno uključivanje konzultativne-liaison psihijatrije u sve medicinske timove (Janeway, 2020).

Poput liječnika i drugih djelatnika u zdravstvu, medicinske sestre predstavljaju ljudske resurse koji su esencijalni za funkcioniranje zdravstvenog sustava. Uzimajući u obzir pojačanu razinu stresa uslijed pandemije i rizik od pojave psihosomatskih bolesti, uvođenje intervencija na institucionalnoj razini koje bi služile kao prevencija stresa i pomoć u nošenju sa stresorima, od iznimne je važnosti. Budući da se rezilijencija i emocionalne vještine mogu pospješiti edukacijom zaposlenika, od velike koristi mogu biti upravo edukacije. Neka od važnih tematskih područja tih edukacija su svakako stresni menadžment i tehnike relaksacije, komunikacija i komunikacijske vještine, interpersonalni odnosi i interpersonalne vještine, briga o sebi, menadžment upravljanja vremenom i radnim opterećenjem i slično. Edukacija i razumijevanje psiholoških procesa i načina suočavanja u pandemiji može se prezentirati i kroz psihodinamski pristup (Marčinko i sur., 2020). Naposljetku, od iznimne je važnosti i rad na destigmatizaciji traženja stručne pomoći, kao i pružanje psiholoških tretmana djelatnicima. Takve edukacije se već neko vrijeme održavaju u više europskih zemalja te se njihova važnost u pandemiji pogotovo naglašava (Galanis, 2021), stoga je vrijeme da se počnu održavati i u Hrvatskoj.

Literatura

- American psychiatric association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Andela, M., Truchot, D. i Doef, M. (2015). Job Stressors and Burnout in Hospitals: The Mediating Role of Emotional Dissonance, International Journal of Stress Management 23 (3), 298–317.
- Arpacioglu, S., Gurler, M. i Cakiroglu, S. (2020). Secondary Traumatization Outcomes and Associated Factors Among the Health Care Workers Exposed to the COVID-19, The International journal of social psychiatry, 20764020940742, Online izdanje prije tiska. https://doi.org/10.1177/0020764020940742
- Badolamenti, S., Sili, A., Caruso, R. i FidaFida, R. (2017). What do we know about emotional labour in nursing? A narrative review, British Journal of Nursing 26 (1), 48–55.
- Blanco-Donoso, L.M., Moreno-Jiménez, J., Amutio, A., Gallego-Alberto, L., Moreno-Jiménez, B. i Garrosa, E. (2021). Stressors, Job Resources, Fear of Contagion, and Secondary Traumatic Stress Among Nursing Home Workers in Face of the COVID-19: The Case of Spain, Journal of Applied Gerontolology 40 (3), 244–256.
- Bojanić, L., Gorski, I. i Razum, J. (2016). Why don't students seek help? Barriers to seeking professional help by students with mental health issues, Socijalna psihijatrija 44, 330–342.
- Chatzittofis, A., Karanikola, M., Michailidou, K. i Constantinidou, A. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Healthcare Workers, International Journal of Environmental Research and Public Health, 18 (4), 1435.
- Chen, R., Sun, C., Chen, J.-J., Jen, H.-J., Kang, X.L., Kao, C.-C. i Chou, K.-R. (2021). A Large-Scale Survey on Trauma, Burnout, and Posttraumatic Growth among Nurses during the COVID-19 Pandemic, International Journal of Mental Health Nursing, 30 (1), 102–116.
- de Oliveira, S.M., de Alcantara Sousa, L.V., Vieira Gadelha, M. do S. i do Nascimento, V.B. (2019). Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An Integrating Literature Review, Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 15, 64–73.
- Delgado, C., Upton, D., Ranse, K., Furness, T. i Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature, International Journal of Nursing Studies 70, 71-88.
- Galanis, P. (2021). Healthcare workers during the COVID-19 pandemic: an emergency situation. Health & Research Journal, 7(2), 56-57.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2020). Hrvatski znanstveno-statistički ljetopis za 2019. godinu. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wpcontent/uploads/2021/02/Ljetopis_Yerabook_2019.pdf. Pristupljeno: 4. svibnja, 2021.

- Hülsheger, U.R. i Schewe, A.F. (2011). On the costs and benefits of emotional labor: A meta-analysis of three decades of research, Journal of Occupational Health Psychology, 16 (3), 361–389.
- Jalili, M., Niroomand, M., Hadavand, F., Zeinali, K., & Fotouhi, A. (2021). Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. International archives of occupational and environmental health, 1–8.
- Janeway, D. (2020). The Role of Psychiatry in Treating Burnout Among Nurses During the COVID-19 Pandemic, Journal of Radiology Nursing, 39 (3), 176–178.
- Jeung, D.-Y., Kim, C. i Chang, S.-J. (2018). Emotional Labor and Burnout: A Review of the Literature, Yonsei Medical Journal, 59 (2), 187-193.
- Jokić-Begić, N., Lauri-Korajlija, A., Jurin, T. i Evans, C. (2014). Faktorska struktura, psihometrijske karakteristike i kritična vrijednost hrvatskoga prijevoda CORE-OM upitnika, Psihologijske teme, 23 (2), 265-288.
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., i Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.), 369, m1642.
- Komatsu, H., Yagasaki, K. (2014). The Power of nursing: Guiding patients through a journey of uncertainty, European Journal of Oncology Nursing, 18 (4), 419–424.
- Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., Bi, J., Zhan, G., Xu, X., Wang, L., Zhou, Q., Zhou, C., Pan, Y., Liu, S., Zhang, H., Yang, J., Zhu, B., Hu, Y., Hashimoto, K., Jia, Y., Wang, H., Wang, R., Liu, C. i Yang, C. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control, Brain, Behavior and Immunity, 88, 916–919.
- Ludick, M., & Figley, C.R. (2017). Toward a Mechanism for Secondary Trauma Induction and Reduction: Reimagining a Theory of Secondary Traumatic Stress. Traumatology, 23, 112–123.
- Markides, M. (2011). The Importance of Good Communication Between Patient and Health Professionals, Journal of Pediatric Hematology/Oncology, 33 (2), 123-125.
- Martínez-Iñigo, D., Totterdell, P., Alcover, C. M., & Holman, D. (2007). Emotional labour and emotional exhaustion: Interpersonal and intrapersonal mechanisms, Work & Stress, 21 (1), 30–47.
- Marčinko, D., Jakovljević, M., Jakšić, N., Bjedov, S. i Mindoljević Drakulić, A. (2020). The Importance of Psychodinamic Approach During COVID-19 Pandemic, Psychiatria Danubina, 32 (1), 15-21.
- Maslach, C., Jackson, S.E. i Leiter, M.P. (2012). Upitnik izgaranja na poslu Christine Masclach Priručnik. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Maslach, C. i Leiter, M.P. (2021) . How to Measure Burnout Accurately and Ethically. Dostupno na: https://hbr.org/2021/03/how-to-measure-burnout-accurately-and-ethically. Pristupljeno: 3. svibnja, 2021.
- Mihajlović, A., (2014). Broj medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj - jučer, danas, sutra. diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.

- Pooley, J.A. i Cohen, L. (2010). Resilience: A Definition in Context, The Australian Community Psychologist, 22 (1), 30-38.
- Riley, R. i Weiss, M.C. (2016). A qualitative thematic review: emotional labour in healthcare settings. Journal of Advanced Nursing , 72 (1), 6–17.
- Salovey, P. and Mayer, J. D. (1990) 'Emotional Intelligence', Imagination, Cognition and Personality, 9(3), pp. 185–211.
- Stephens, T.M. (2013). Nursing Student Resilience: A Concept Clarification, Nursing Forum, 48 (2), 125–133.
- Stamm, B. H. (2009). Professional quality of life: Compassion satisfaction and fatigue subscales, Version V (ProQOL). Center for Victims of Torture. Pristupljeno 12.3.2021. sa. https://proqol.org/ProQol_Test.html
- Sviben, R., et al. (2017). 'Sindrom sagorijevanja i mentalno zdravlje kod medicinskog osoblja sa psihijatrijskog i nepsihijatrijskih odjela', Journal of Applied Health Sciences = Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti, 3(2), str. 169-181. h
- Theodosius, C. (2008). Emotional Labour in Health Care: The unmanaged heart of nursing (Critical Studies in Health and Society). New York: Routledge.
- Vagni, M., Maiorano, T., Giostra, V., Pajardi, D. (2020). Hardiness, Stress and Secondary Trauma in Italian Healthcare and Emergency Workers during the COVID-19 Pandemic. Sustainability, 12 (4), 1-16.
- World Health Organization. State of the world's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs and Leadership. Dostupno na: https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279. Pristupljeno: 20.travnja 2021.

17. poglavlje

Perfekcionizam u medicini

Maja Šeparović Lisak, Duško Rudan i Marija Božičević

Perfekcionizam je, kao multidimenzionalni fenomen i obilježje suvremenog društva, u kontinuiranom porastu tijekom posljednjih nekoliko desetljeća, a očituje se u rigidnoj težnji za ostvarenjem nerealno visokih postignuća, selektivnoj usmjerenosti na pogreške, pretjeranoj generalizaciji neuspjeha, izrazitoj samokritičnosti te sklonosti prema dihotomnom načinu funkcioniranja koje podrazumijeva “sve ili ništa” princip (Šeparović Lisak, 2018). Iako i danas postoje proturječnosti u poimanju perfekcionizma i stručna javnost nije suglasna radi li se o pozitivnoj ili negativnoj osobini, novije definicije perfekcionizam opisuju kao višedimenzionalni koncept s različitim aspektima, nekim pozitivnim i nekim negativnim (Enns i Cox, 2002), a koji se manifestira u dva oblika, specifičnom i generaliziranom, te tri dimenzije (Hewitt i Flett,1991a), kao perfekcionizam usmjeren prema sebi, perfekcionizam usmjeren prema drugima i društveno uvjetovani perfekcionizam povezan s negativnom anticipacijom budućih događaja i socijalnom anksioznošću (Hewitt i Flett 1991a, 1991b).

Perfekcionizam kroz vrijeme

Tijekom vremena mijenjalo se razumijevanje i definiranje perfekcionizma. U novije vrijeme, ključne odrednice u osnovi perfekcionizma izdvojili su Frost i sur. (1990): Visoki osobni standardi, Organiziranost, Zabrinutost zbog pogrešaka, Sumnja u vlastite postupke, Visoka roditeljska očekivanja i Roditeljski kriticizam dok je tradicionalno tumačenje perfekcionizma kao nepoželjne, neadaptivne osobine vezano uz početak 20. stoljeća i utjecaj psihodinamske teorije i Freuda (Šeparović Lisak, 2018). Narcistični perfekcionizam je doživljen kao pokušaj izbjegavanja srama i poniženja zbog nemogućnosti dostizanja grandioznog selfa, dok je neurotski perfekcionizam pokušaj izbjegavanja krivnje zbog nemogućnosti ispunjenja strogih zahtjeva superega (Šeparović Lisak, 2018). Sukladno ranim definicijama, osnovna obilježja perfekcionizma su disfunkcionalni stavovi (Burns, 1980) i iracionalna uvjerenja (Ellis, 1962) koji uvjetuju da "osoba mora biti u potpunosti kompetentna, primjerena, talentirana, inteligentna i uspješna u svim mogućim pogledima, pri čemu osnovni cilj i smisao života čine postignuće i uspjeh, a nekompetentnost u bilo kojem području se smatra pokazateljem osobne neadekvatnosti ili bezvrijednosti" (Ellis, 1957). Horney (1951) perfekcionizam opisuje kao "tiraniju moranja" koju obilježava nastojanje pojedinca da se uklopi u idealiziranu sliku o sebi. Posljedično, osjećaj vrijednosti pojedinca se stvara kroz vanjska postignuća (uvjetna „Ja sam ok“ pozicija) i tako omogućava kompenzaciju unutarnjih loših osjećaja sve dok je uvjet ispunjen (Stewart, Joines, 1987).

Self i self reprezentacije

Self predstavlja složenu psihološku strukturu. Njega stvara i do određene mjere dijeli, *refleksivna svijest o samom sebi.* Pokušaji *k*oordiniranja subjektivnih i objektivnih perspektiva koje se vezuju uz vlastiti self dovode do dinamičke napetosti (Auerbach i Blatt, 1996). Refleksivna svijest o sebi (samosvijest) bitna je kako za temu

perfekcionizma tako i za temu narcizma i može ukazivati na mentalno zdravo, ili na više ili manje, psihopatološko funkcioniranje.

Stvaranja self reprezentacije zahtjeva *refleksivnu svijest o sebi*, što drugim riječima znači, sposobnost subjekta da doživljava sebe/razmišlja o sebi kao o objektu. Reprezentacije objekata odnose se na promatranja, zamjećivanja i zaključivanja o drugima. Self reprezentacija, prema brojnim autorima (npr. Piaget, 1924/1952, 1926/1960; Schafer, 1968; Bach, 1985; Damon i Hart, 1988; Modell, 1993; Blatt i Bers, 1993; Auerbach, 1993, Auerbach i Blatt, 1996), uključuje barem dva izvora. Jedan od njih je subjektivna svijest o sebi, tj. doživljaj sebe kao „središta inicijative i primatelja impresija“ (Kohut, 1977), a drugi predstavlja objektivnu svijest o sebi, opservaciju sebe kao objekta među drugim objektima, selfa među drugim selfovima (Auerbach i Blatt 1996).

Mentalizacija

Bowlby (1969) i nešto kasnije, mnogi drugi istraživači u području istraživanja privrženosti (attachment), pokazali su da su rani odnosi s primarnim njegovateljima (u našoj sociokulturi najčešće majkom i ocem) od neprocjenjive važnosti za stvaranje mentalnih reprezentacija, kontrole afekta i razvoja ličnosti u cjelini. Sposobnost osvrtanja na i razmišljanja o vlastitim mentalnim stanjima (mislima, vjerovanjima, željama i afektima) i mentalnim stanjima drugih, uključujući sposobnost njihovog međusobnog razlikovanja, vodilo je Fonagya i njegove suradnike (npr. Fonagy i sur., 1991, 1993; Fonagy i Target, 1995; Bateman i Fonagy 2004) naglašavanju važnosti koncepta „*mentalizacije*“ kako za normalni razvoj tako i razmatranju posljedica koje proizlaze iz njegovog, najčešće ranom traumatizacijom, prouzrokovanog oštećenja. U normalnom razvoju dijete postaje pojačano svjesno svog vlastitog uma preko sposobnosti uma majke da prikazuje djetetu da o njemu misli kao o zasebnoj, odvojenoj, osobi s mogućim različitim namjerama, vjerovanjima i željama od njezinih. Razvoj sposobnosti za mentalizaciju je proces koji zahtijeva paralelni proces separacije od majke. Ona se postiže preko

tzv. optimalnih frustracija. Beba se pomiče od apsolutne ovisnosti o majci, preko relativne ovisnosti i kreće prema neovisnosti, zaštićena pridržavajućom okolinom (holding environment) koju svojom ljubavlju za dijete osigurava „dovoljno dobra majka“ (ne „idealna“ i ne „loša“ majka) (Winnicott, 1963).

Proces odvajanja

Proces odvajanja je postupni proces koji započinje već u ranom razvoju, a uvjetno rečeno, završava krajem adolescencije. Na tom putu beba se kreće od tzv. subjektivnog objekta za kojeg ima doživljaj da ga je sama kreirala (u stanju gladi majčina dojka i mlijeko prema bebinom doživljaju njezina su vlastita omnipotentna kreacija; beba vjeruje da ih je ona na neki magični način sama stvorila). Drugim riječima, subjektivni objekt se nalazi pod bebinom omnipotentnom kontrolom. Već sami počeci separacije narušavaju sklad koji prividno postoji unutar jedinstva majka-beba. Podržavajući kontinuitet bebinog postojanja i umanjujući „udarce“ (eng. Impingement, Winnicott, 1963) (previše jaki zvukovi, previše svjetla, predugo odlaganja hranjenja, itd.) dolazi do otvaranja trećeg područja u mentalnom životu bebe, područje tzv. *prijelaznog prostora* čija je površna manifestacija upotreba *prijelaznog objekta* u obliku krpice, dekice, plišanog medvjedića, vlastitog palca i dr. koji predstavljaju ne-Ja objekt. To još nije drugi objekt, granice između Ja i ne-Ja nisu jasne ali se postupno narušava ranije spomenuta omnipotentna fantazija da su majka i beba jedno jedinstvo. U stvari, preko prijelaznog objekta, „svjedoci smo djetetovog prvog korištenja simbola, a također i prvog iskustva igre“ (Winnicott 1963/1971). „Ovaj se simbol može locirati. On je na mjestu i u vremenu gdje i kada je majka na prijelazu od toga da je (u bebinom umu) sjedinjena s dojenčetom i kada se doživljava kao objekt koji se opaža prije nego što ga se stvara. Upotreba (prijelaznog) objekta simbolizira jedinstvo sada dvaju odvojenih bića, bebe i mame, u točki inicijacije njihovih stanja odvojenosti.“ (Winnicott, 1969/1971). Prijelazni prostor je u konačnici prostor kulture u kojem se stalno sastaju elementi unutarnjeg psihičkog realiteta i vanjskog realiteta, te utječu jedni na druge (treće područja iskustva/doživljaja). Prijelazni

prostor je trajna, dinamička stečevina koja ostaje kroz život osobe u normalnom razvoju. Separacijski proces odvija se dalje preko tzv. upotrebe objekta koji se konačno može koristiti kao stvarni objekt u vanjskom svijetu i koji više ne stoji pod osobnom omnipotentnom kontrolom koju su separacija i realna iskustva iz vanjskog svijeta u mnogome ograničila.

Otac u odvajanju djeteta iz dijadnog odnosa s majkom, također ima bitnu ulogu. „U normalnom razvoju očeva je uloga bitna u stvaranju prostora koji olakšava djetetu viđenje sebe odvojenog od majke. 'Dovoljno dobrog oca' dijete može internalizirati čime postoji mogućnost formiranja 'očinskog' ili 'trećeg objekta' na unutarnjem, intrapsihičkom planu, a koji djeluje kao među objekt koji doprinosi prekidanju potencijalno patološke simbioze ili fuzije između selfa i primarnog objekta (majke)“ (Britton, 1992; Yakeley, 2010).

Postizanje vlastitog neovisnog uma

Uvjetno rečeno kraj razvoja, kraj intenzivnijeg razvoja, obilježen je uspostavljanjem vlastitog, neovisnog uma (kasna adolescencija, mlada odrasla dob). Um ima svoje korijene, ali je istovremeno i udaljen od raznih modela i obrazaca nuđenih u prošlosti (obitelj, škola, prijatelji). Postati 'Ja' uključuje napuštanje idealiziranih i/ili umanjivanih verzija sebe, drugih ljudi i odnosa u korist realnih, čemu pridonosi slabljenje oslanjanja na ranije (arhajske) mehanizme obrane (npr. rascjep, infantilna omnipotencija, projekcija i sl.), a jača oslanjanje na zrelije mehanizme (potiskivanje, sublimacija, reaktivna formacija). Unutarnje granice selfa ne eskaliraju u krajnosti već se više, preko učenja iz iskustva i sposbnosti refleksivne svijesti o sebi ili drugima, usklađuju s onima u vanjskom svijetu. Ličnost je fleksibilna i u mogućnosti sagledavanja stvarnosti iz više perspektiva što ju čini i empatičnom.

Perfekcionizam i akademska zajednica

Može li perfekcionizam uistinu biti i zdrava crta ličnosti i koliko je povezana s narcističkim razvojem? Perfekcionisti, ljudi koji teže savršenstvu mogu biti pokretači mnogo čega korisnog za zajednicu i za sebe same. Međutim, tu se vraćamo na mogućnost gledanja iz različitih perspektiva, a što ovisi o, kroz razvoj uspostavljenoj, unutarnjoj triangulaciji (treća pozicija). Ako je osoba zapela u dijadnom odnosu ona se može unutar svog uma kretati samo naprijed - natrag, može se kretati samo duž jedne linije, nema mogućnosti za lateralna kretanja (klackalica). Tek uspostavljanjem triangularnog prostora i treće pozicije osoba može postati participantom u odnosu i opserverom treće osobe kao i opserverom odnosa između dvoje ljudi (Britton, 1989). „Ili sam savršen ili sam ništa“, ovakvi doživljaji, često i verbalno izraženi, nisu rijetki u nekih studenata koji kao da nisu imali „amortizere“ za neuspjeh (pad na ispitu, gubitak akademske godine i sl.). Njihove perfekcionističke tendencije odgovorne su za ovakvo „ili-ili“ gledanje i doživljavanje. Ovdje kao da ne postoji treći, mogućnost gledanja iz treće pozicije koja bi im omogućila bolje sagledavanje činjeničnog stanja (da pad ispita ili godine ne ugrožava bit njihovog postojanja).

Studenti medicine su uglavnom odlični đaci kroz svoje cjelokupno ranije školovanje. Ponos su svojih roditelja, često više nego su ponos samima sebi. Motivacija za upis ovog studija doima se altruističnom, premda postoje i drugi motivi. Inzistiranje roditelja nije tako čest motiv. Možda je slijeđenje roditeljskih interesa češći (identifikacija) motiv, koji može poprimiti pozitivni, ali i negativan predznak. Postavlja se pitanje kada je pozitivan, a kada je negativan? Ponovno se moramo vratiti na proces separacije u kojem sudjeluju i dijete i roditelj. Separiranje se može doživjeti kao gubitak svega što je pripadalo djetinjstvu i što bi trebalo prežaliti. Neuspjeh separacije ne govori samo o tome kako dijete nije dobilo dovoljno brige, ljubavi i dr. te je ostalo „gladno“ već i o suprotnoj situaciji, da je previše gratificirano, ali često uz visoku cijenu (barem iz perspektive djeteta). Dijete/mladi čovjek moralo je biti dobro i biti na ponos svojim roditeljima. Ovdje se otvara i pitanje agresije, roditeljske preosjetljivosti, njihove vlastite razvojne povijesti i

dr. Također se mnogo pisalo i govorilo o ličnostima roditelja koji su dijete nesvjesno 'uvukli' u zadovoljenje njihovih narcističkih potreba. Kao studenti oni su već mladi odrasli i roditeljski zahtjevi, ako su nekad i postojali, nemaju takvu snagu nad većinom mladeži. Zašto se onda ne mogu izvući, odnosno realnije pristupiti neuspjehu kao nečemu što je moguće i popravljivo. Vjerojatno stoga što i nadalje, imaju svoju ulogu u zadovoljenju simbiotskih i narcističke potreba roditelja. Koriste rascjep kao gotovo dominantu obranu koji im otežava da izađu iz crno – bijelog svijeta, svijeta „ili-ili“, a uđu u svijet „i-i“ (i dobar i loš, ali uvijek Ja, taj isti). Upravo takav doživljaj sebe i svijeta oko sebe povezuje perfekcionizam s narcizmom.

Perfekcionizam u medicini

Medicinska struka je jedno od profesionalnih područja uz koje je vezana značajna korist od perfekcionističkih nastojanja i u kojem se očekuju i potiču perfekcionistička stremljenja iz pozicije društva, pojedinca i medicinskog sustava. Iako smo svjesni da idealni ljudi ne postoje, te da su i liječnici ljudi, iz perspektive bolesnika i društva očekivana je potreba za savršenim/svemogućim liječnicima, pri čemu je najbolji liječnik „savršeni liječnik“, onaj koji sve zna, nikada ne griješi i uvijek je dostupan. Istovremeno su nerijetko takva (pre)visoka očekivanja usmjerena isključivo na medicinsko osoblje i pojedinca pri čemu se zanemaruje razina odgovornosti sustava i bolesnika te njihove suradljivosti i uključenosti u procesima i ishodima liječenja. Nažalost, zanemaruju se i posljedice dugotrajnog stresa koji je prisutan u okolnostima visoke odgovornosti za zdravlje i živote drugih ljudi, a dijelom uzrokovan upravo perfekcionističkim težnjama/brigama kojima su izloženi liječnici i drugo medicinsko osoblje. Visoka razina odgovornosti i stresa, uz strah od greške, nepodnošenje kritike i otežano postavljanje prioriteta, u kompetetivnom i perfekcionistički orijentiranom okruženju mogu povećavati osjećaj nesigurnosti i nekompetentnosti, te rezultirati negativnom radnom atmosferom i iscrpljivanjem medicinskog osoblja. Navedeno je posebno značajno u okolnostima nedostatnog broja medicinskih radnika, liječnika i medicinskih sestara, te neadekvatnih organizacijskih strategija i

resursa. Osim toga perfekcionistička nastojanja liječnika mogu biti visoko ometajuća prilikom donošenja profesionalnih odluka (Leung i sur., 2019) i na taj način samo pojačavati stres i osjećaj neadekvatnosti. Dostupne procjene pokazuju da muški liječnici, iako se za svoje zdravstveno zdravlje brinu bolje od prosjeka, imaju dvostruko veći rizik od samoubojstva od muškaraca u općoj populaciji, dok su žene liječnice pod 4x većim rizikom od suicida u odnosu na opću populaciju (Packer, 2020).

Perfekcionizam, obrazovanje i društvene okolnosti

Perfekcionističke težnje nisu izražene samo tijekom profesionalne karijere, već i ranije za vrijeme školovanja, kroz jasno postavljene perfekcionističke zahtjeve prilikom upisivanja i obrazovanja na medicinskim fakultetima. Savršena slika, savršene ocjene, savršene reference i savršen životopis sve su manje osobni izbor, a sve više uvjet. Na medicinskom fakultetu nastavlja se pritisak da se održi prethodni akademski uspjeh, pri čemu su i perfekcionistički orijentirani profesori visoko zahtjevni i kritički usmjereni prema studentima, te poručuju da je greška na bilo kojoj razini neprihvatljiva. U okruženju u kojem su svi navikli biti najbolji, nemoguće je da svi i ostanu najbolji, a kompetetivnost koja se promovira kao poželjan model postizanja sve boljih rezultata, uz parolu „uvijek može bolje“, istovremeno je i dodatni teret te pojačava pritisak u temeljno osjetljivijih perfekcionističkih struktura.

U kontekstu suvremenog društva i narcistične kulture, znanstveno-tehnološki napredak, informatizacija i globalizacija imaju važno mjesto u potrazi za savršenstvom (Šeparović Lisak, 2018). Uz sve intenzivnije nametanje nerealnih društvenih i osobnih okvira (ideala) kao poželjnih i dostižnih, omogućava se privid da živimo bolje dok radimo više da bi bili uspješniji, ljepši i moćniji. No, visoki standardi nisu sami po sebi disfunkcionalni. Klinički perfekcionizam podrazumijeva postojanje „perfekcionističke zabrinutosti“ kao poveznice s negativnim posljedicama, stresom, anksioznošću i depresijom, za razliku od „perfekcionističkih težnji“ koje su povezane s pozitivnim učincima

(Bieling, Israeli i sur., 2004; Frost i sur.,1993), iako postoje argumenti koji perfekcionistička stremljenja povezuju i s negativnim ishodima (Egan i sur., 2011). Često je u podlozi temperament kojeg karakterizira visoka emocionalnost, upornost i anksioznost, no perfekcionizam je multifaktorijalan i razvija se u interakciji s okolinom (Flett i sur., 2002). Osobni, roditeljski i okolinski čimbenici mogu stvarati pritisak i perfekcionistička očekivanja u djece (Flett i sur., 2002). Roditeljski pritisak za savršenstvom kroz visoka roditeljska očekivanja i/ili kriticizam ističe se kao jedno od ključnih obilježja perfekcionizma (Frost i sur.,1990). Osim toga, perfekcionizam je snažno vezan uz autoritarno roditeljstvo i disfunkcionalne obrasce ponašanja u obitelji (Vasta, Haith i Miller, 2004). Autoritarni roditelji su zahtjevni i visoko kontrolirajući, a glavni je odgojni cilj učenje samokontrole i poslušnosti. (Šeparović Lisak, 2018) Uz roditeljske utjecaje, s obzirom na rano uključivanje djece u odgojno obrazovne institucije i visoku izloženost djece i mladih internet sadržajima, danas su sve izrazitije prisutni društveni čimbenici u razvoju perfekcionizma. Kao značajan problem se nameće, posebno u okviru obrazovnog sustava, inzistiranje na formi nasuprot sadržaju (istim putem, na isti način, u isto vrijeme) uz usmjerenost na uspjeh/postignuće, te zanemarivanje psihološko-emocionalnog razvoja kao i temeljnih individualnih različitosti i kapaciteta tijekom formativnih godina, djetinjstva i mladosti. Upravo inzistiranje na uniformnosti te zatomljivanju osobnosti i osobnih specifičnosti, prijeko potrebnih u razvoju kompetentnog društva, u dijelu djece potiče perfekcionističke obrasce kako bi se osjećali bolje, vrijednije i prihvaćenije. Umjesto promoviranja straha od greške i modela ocjenjivanja u obrazovnom procesu naglasak bi trebao biti na iskustvenom učenju te razumijevanju koristi od greške i neuspjeha kao motivatora u procesima učenja i nalaženju boljih rješenja iz više različitih perspektiva.

U posljednje vrijeme provode se brojna istraživanja perfekcionizma, njegovih osobitosti, ali i posljedica. Jedno od većih istraživanja perfekcionizma provedeno u SADu, Kanadi i Velikoj Britaniji, na 40000 studenata od 1980. do 2016. god. pokazalo je porast perfekcionizma prema sebi za 10%, prema drugima 16%, a društveno uvjetovanog perfekcionizma za 33% (Curran i Hill, 2019). Upravo je značajan

porast društveno uvjetovanog perfekcionizma pozitivno povezan s razvojem psihičkih poteškoća, anksioznosti i depresije, opsesivno - kompulzivnog poremećaja i poremećaja hranjenja. Perfekcionisti ulažu velike napore u postizanju, nerijetko, nedostižnih ciljeva, pri čemu troše pretjerano puno vremena i energije, dok istovremeno izostaje ekvivalentni osjećaj zadovoljstva. Preokupirani su izbjegavanjem greške, samokritični i ustrajni u svojim nastojanjima za savršenstvom, a uz to skloni prokrastinaciji i paralizi u obavljanju zadataka.

Izvrsnost i optimalizam

Osim negativnih osobina perfekcionizam uključuje i visoke standarde, odgovornost, savjesnost, pedantnost, posvećenost poslu, te upornost i izdržljivost (Stoeber i Otto, 2006). Međutim, unatoč potencijalnim prednostima, perfekcionizam je ipak unutarnja prisila, osobina ličnosti koju karakterizira usmjerenost ka postignuću (izvedbi) i uvjerenje da dovoljno dobro nije dovoljno, već da moramo biti savršeni kako bi bili prihvaćeni. Za razliku od perfekcionizma izvrsnost (Kumar, 2009) se temelji na ponašanju i usmjerena je prema napretku, odnosno procesima i načinima/rješenjima u postizanju željenih (realnih i dostižnih) rezultata. Izvrsnost nasuprot perfekcionizmu prepoznaje i valorizira angažman i pronalazak novih/optimalnijih rješenja umjesto postignuća i kao takva je temelj optimalnim načinima funkcioniranja prijeko potrebnim za adekvatno funkcioniranje pojedinca i društva. Medicinska struka u osnovi podrazumijeva odgovornost u promicanju zdravih modela ponašanja stoga je ključno da se suvremeni zahtjevi tijekom školovanja i kasnijeg profesionalnog razvoja medicinara, te organizacije medicinskih sustava, temelje upravo na težnji ka izvrsnosti i postizanju osjećaja profesionalnog napretka i unutarnjeg zadovoljstva osiguravajući time optimalne okvire za očuvanje zdravlja.

Literatura

- Auerbach, J. S. (1993) The origins of narcissism and narcissistic personality disorder: A theoretical and empirical reformulation. U: J. M. Masling & R. F. Bornstein (Ur.), Empirical studies of psychoanalytic theories: Vol. 4. Psychoanalytic perspectives on psyckopathology pp. 43-110. Washington, DC: American Psychological Association.
- Auerbach, J. S., Blatt, S. J. (1996) Self-representation in severe psychopathology: The role of reflexive self-awareness. Psychoanalytic Psychology, 13(3), 297–341.
- Bach, S. (1985) Narcissistic states and the therapeutic process. New York: Aronson
- Bateman, A.W., Fonagy, P. (2004) Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment. Oxford: Oxford University Press.
- Bieling, P.J., Israeli A.L. i Antony, M.M. (2004) Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. Personality and Individual Differences, 36(6), 1373-1385.
- Blatt, S. J., Bers, S.A. (1993) The sense of self in depression: A psychodynamic perspective. U: Z. V. Segal & S. J. Biatt (Ur.), The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspectives. New York: Guilfoird, pp. 171-210.
- Bowlby, J. (1969) Attachment. Attachment and loss: Vol. 1. Loss. New York: Basic Books.
- Britton, R. (1989) The Missing Link: Parental Sexuality in the Oedipus Complex, U: J. Steiner (Ur.) The Oedipus Complex Today: Clinical Implications. London: Karnac (2005).
- Britton, R. (1992) The Oedipus situation and the depressive position. U: R. Anderson (Ur.), New library of psychoanalysis, 14. Clinical lectures on Klein and Bion. Tavistock/Routledge, pp. 34–45.
- Burns, D. (1980) The perfectionist's script for self-defeat. Psychology Today, 34-51.
- Curran, T. , Hill, A.P. (2019) Perfectionism Is Increasing Over Time: A Meta-Analysis of Birth Cohort Differences From 1989. to 2016. Psychologycal Bulletin, Vol. 145, No. 4, 410 – 429. Washington, DC: American Psychological Association.
- Damon, W., Hart, D. (1988) Self understanding in childhood and adolescence. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Egan, S.J., Wade, T.D., Shafran, R. (2011) Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. Clin Psychol Rev., 31(2):203-12.
- Ellis, A. (1957) How to live with a neurotic: At work and at home. New York: Crown.
- Ellis, A. (1962) Reason and emotion in psychotherapy. New York: Birch Lane Press.
- Enns, M.W. i Cox, B.J. (2002) The nature and assesment of perfectionism: A critical analysis. U: G.L. Flett i P.L. Hewitt (Ur.), Perfectionism: Theory, research, and treatment (str. 33-62). Washington, DC: APA.

- Enns, M.W., Cox, B.J. i Clara, I. (2002) Adaptive and maladaptive perfectionism: Developmental origins and association with depression proneness. Personality and Individual Differences, 33(6), 921-935.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002) Perfectionism: theory, research, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association.
- Flett, G.L. i Hewitt, P.L. (2002) Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. U: G.L. Flett i P.L. Hewitt (Ur.), Perfectionism: Theory, research, and treatment (str. 5-31). Washington, DC: APA.
- Flett, G.L., Hewitt, P.L. i Dyck, D.G. (1989) Self-oriented perfectionism, neuroticism and anxiety. Personality and Individual Differences, 10(7), 731-735.
- Flett, G.L., Hewitt, P.L., Oliver, J.M. i Macdonald, S. (2002) Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. U: G.L. Flett i P.L. Hewitt (Ur.), Perfectionism: Theory, research, and treatment (str. 89-132). Washington, DC: APA.
- Fonagy, P. (1991) Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. International Journal of Psycho-Analysis, 72, 1-18.
- Fonagy P, Moran GS, Edgcumbe R, Kennedy H, Target M. (1993) The roles of mental representations and mental processes in therapeutic action. The Psychoanalytic Study of the Child. 48: 9-48.
- Fonagy, P., Target, M. (1995) Towards understanding violence: The use of the body and role of the father. International Journal of Psycho-Analysis, 76, pp 487-502.
- Freud, S. (1926/1959) Inhibitions, symptoms and anxiety. In Strachey, J. (Ed. & Transl.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. 20. London: Hogarth. Pp. 77–175.
- Frost, R.O., Heimberg, R.G., Holt, C.S., Mattia, J.I. i Neubauer, A.L. (1993) A comparison of two measures of perfectionism. Personality and Individual Differences, 14(1), 119126.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990) The dimensions of perfectionism. Cognitive Therapy and Research, 14, 449-468.
- Frost, R.O., (2003). Vol 34, No. 10, APA.
- Hamachek, D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. Psychology, 15, 27-33.
- Hewitt, P.L. (2003) Vol 34, No. 10, APA.
- Horney, K. (1951) Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization. London: Routledge & Kegan Paul.
- Kohut, H. (1977) The restoration of the self. University of Chicago Press.
- Kumar, M. (2009) Difference Between Excellence and Perfection. Difference Between Similar Terms and Objects.
- Leung, J., Cloninger, R.C., Hong, B.A., Cloninger, K.M., Eley, D.S. Temperament and character profiles of medical students associated with tolerance of ambiguity and perfectionism. (2019), PeerJ. 2019; 7: e7109.
- Modell, A. H. (1993) The private self. Cambridge, MA: Harvard University Press

- Packer, S. (2020) Of Personas and Perfection—and Physician Suicide, Psychiatric Times, Vol 37, Issue 12.
- Piaget, J. (1952) Judgment and reasoning in the child (M. Warden, Trans.). New York: Humanities Press. I (Original work published 1924)
- Piaget, J. (1960) The child's conception of the world (J. Tomlinson & A. Tomlinson, Trans.). Totowa, NJ: Littlefield, Adams. (Original work published 1926)
- Schafer, R. (1968) Aspects of internaliz.ation. New York: International Universities Press
- Stewart I., Joines, V. (1987) TA Today – a new introduction to Transactional analysis.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006) Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. Personality and Social Psychology Review, 10, 295-319.
- Šeparović Lisak, M. (2018) Odrastanje pod pritiskom perfekcionizma. U: Marčinko,D., Rudan, V., i suradnici (Ur.) “Nelagoda u kulturi 21. stoljeća”, Zagreb: Medicinska naklada.
- Vasta, R., Haith, M.M. i Miller, S.A., (2004) Dječja psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Winnicott, D.W. (1963) From Dependence Towards Independence in the Development of the
- Individual. Int. J. Psycho-Anal., 34:89-97.
- Winnicott, D.W. (1971) Playing and Reality. London: Tavistock Publications, 1971.
- repr. Hove/New York: Brunner-Routledge, 2002.
- Winnicott D.W. (1969) The Use of an Object and Relating Through Identifications. U:
- Winnicott D.W. Playing and Reality. London: Tavistock, 1971, pp. 86–94.
- Yakeley, J. (2010) Working with Violence – A Contemporary Psychoanalytic Approach. Palgrave Macmillan.

18. poglavlje

Uloga nesvjesnog u medicinskoj praksi – antistresni učinci

Saša Jevtović, Andrea Ražić Pavičić

Rad u području zdravstvene djelatnosti oduvijek se smatrao izazovnim i stresnim. Globalna politička klima već dulji vremenski period inzistira na učinkovitosti i isplativosti, bitne su brojke, a vrijednost je u novcu. Dok su u prošlosti zdravstvene ustanove, čija je zadaća ispunjavanje važnih potreba pojedinaca koji ovise o tim ustanovama, uglavnom bile zaštićene od tržišnih sila, sada su sve više izložene diktatu odgovornosti za financijski aspekt. Stvara se pojačani pritisak na djelatnike i ustanove. U današnja turbulentna i zahtjevna vremena, kada je je promjenjivost jedina konstanta, a restrukturiranja i rezovi praktički svakodnevnica, pritisak na zdravstvene djelatnike i institucije doživio je svoj vrhunac. Prevladava osjećaj nezaštićenosti te ugroženosti osobne sigurnosti i profesionalnog rada. Povećanjem pritiska povećava se individualna i organizacijska vulnerabilnost na snažnu emocionalnu dinamiku koja je i inače prisutna u zdravstvenoj djelatnosti. Za optimalnu prilagodbu potrebno je razviti i ojačati strategije suočavanja na obje razine kako bi se omogućilo učinkovito funkcioniranje djelatnika i ustanove. Stres se može javiti, osim kao posljedica vanjskih utjecaja, i kao odgovor na unutarnju krizu; na primjer, kada postoji nerazriješiv sukob među osobljem ili kada visoka razina izostanka s posla pojačava pritisak na one koji ostaju raditi. Na stupanj doživljenog stresa kao i na učinkovitost djelatnika mogu utjecati nesvjesni procesi na razini ustanove, što je bitno prepoznati.

Cilj ovog rada je prikazati nesvjesne procese i njihov doprinos utjecaju na stres. Također smo željeli ponuditi novu perspektivu promatranja vlastitog iskustva stresa na radnom mjestu, kako bi se što bolje razumjeli procesi koji narušavaju učinkovitost i radni moral.

Konceptualizacija nesvjesnih procesa

Kako bismo što bolje razumjeli dinamiku nesvjesnih procesa u poslovnom okruženju, odnosno institucionalnom procesu, prikazat ćemo osnovne koncepte nesvjesnog dijela uma. Psihoanalitički koncepti pomažu u razumijevanju naizgled iracionalnih procesa kod pojedinaca, grupa i organizacije. Psihoanaliza nudi razumijevanje unutarnjeg svijeta s njegovim dinamičkim procesima fragmentacije i integracije; ključni koncepti su poricanje, splitting, projekcija i idealizacija.

Freud je postulirao da postoji skriveni, nesvjesni dio ljudskog uma odnosno mentalnog života koji, iako je skriven, ima utjecaj na svjesne procese. Također je primijetio da kod ljudi postoji otpor prihvaćanju postojanja nesvjesnih procesa. Dokaze da nesvjesno ipak postoji tražio je u snovima i svakodnevnim omaškama, a za razumijevanje značenja tih simbola bilo je potrebno tumačenje. Na kraju možemo reći da ideje koje imaju valjano značenje na svjesnoj razini mogu istodobno, na nesvjesnoj razini, imati drugo, skriveno značenje. Na primjer, skupina zaposlenika koja govori o problemima s kvarom informatičkog sustava možda istodobno nesvjesno govori o nedostatku komunikacije između različitih odjela.

Poput pojedinaca i institucije razvijaju obranu od teških emocija koje su previše prijeteće i bolne da bi ih se priznalo. One mogu proizaći iz unutarnjih sukoba između zaposlenika, grupa ili odjela zbog kompeticije, ali i zbog prirode samog posla. Neke institucionalne obrane su zdrave, u smislu da omogućuju zaposlenicima da se suoče sa stresom i da se razvijaju kroz svoj rad u organizaciji. No, neke institucionalne obrane su nezrele te mogu dovesti do distorzije realiteta, što posljedično onemogućuje optimalan rad organizacije i djelatnika i prilagodbu na promjenjive okolnosti. Središnje mjesto

među tim obranama ima poricanje, koje uključuje potiskivanje određenih misli, osjećaja i iskustava iz domene svjesnog, jer previše izazivaju tjeskobu.

Kroz svoj psihoanalitički rad s djecom početkom 1920-ih, Melanie Klein razvila je konceptualizaciju nesvjesnog unutarnjeg svijeta. Uvidjela je da su splitting i projekcija vrlo rani mehanizmi obrane koji se koriste kako bi se izbjegli bol i loše osjećanje. Dominantni su u ranom djetinjstvu, u fazi razvoja koja se zove *paranoidno-shizoidna pozicija* ('paranoidno' se odnosi na nešto loše što se doživljava kao da dolazi izvana, a 'shizoidno' na splitting/cijepanje), a koja predstavlja normalnu fazu maturacije. Kasnije tijekom odraslog života može se ponavljati kao mentalno stanje. Splitting je postupak podjele osjećaja na diferencirane elemente: ljubav-mržnja, prihvaćanje-odbacivanje, žalovanje-olakšanje, itd. Cijepanjem emocija ljudi postižu olakšanje od unutarnjih konflikata. Naime, kada prema nekome istodobno imamo proturječne osjećaje (npr. ljubav i mržnju) to za nas može biti bolno iskustvo i pobuđivati tjeskobu. Cijepanjem doživljaja tog nekog na isključivo dobru osobu ili isključivo lošu osobu smanjujemo si tjeskobu. Projekcija često prati cijepanje i uključuje lociranje vlastitih osjećaja u drugima, a ne u sebi. Projicirajući prema van dijelove sebe koji se percipiraju kao loši, stvaramo vanjske loše figure koje istovremeno mrzimo i kojih se bojimo. Kao primjer navodimo zdravstvenog djelatnika kod kojeg se javio njemu neprihvatljiv osjećaj mržnje i odbijanja prema pacijentu. Takav osjećaj budi veliku tjeskobu. Kako bi ga se riješio projicira osjećaj na drugu individuu/grupu/instituciju/vanjski entitet koji potom postaje loš i podložan kritici. Također projekcija lošeg osjećaja izvan sebe pomaže stvoriti stanje vlastite iluzorne dobrote i samoidealizacije. Otkriće da sukobljeni emocionalni aspekti iskustva pojedinca mogu biti predstavljeni u različitim ljudima, pomaže pri razumijevanju grupnih procesa. Slijedi primjer.

U zdravstvenoj ustanovi, grupa pacijenata se može smatrati izvorom projekcija, a grupa zdravstvenih djelatnika primateljem. Zdravstveni djelatnici mogu prikazati različite, moguće i oprečne emocionalne aspekte psihološkog stanja grupe pacijenata. Na primjer, u

adolescentnoj skupini različite i moguće oprečne potrebe adolescenta mogu se projicirati na različite članove osoblja. Jedan član može prikazati adolescentovu potrebu za neovisnošću, a drugi potrebu za ograničenjima. Na ginekološkom odjelu jedna medicinska sestra može biti u kontaktu samo s majčinom žalošću za izgubljenom bebom, dok druga može biti u kontaktu samo s majčinim olakšanjem. Ovi projektivni procesi služe za oslobađanje od tjeskobe koja može nastati zbog pokušaja obuhvaćanja proturječnih potreba i proturječnih osjećaja. Teško je istovremeno obuhvatiti i žalovanje i olakšanje ili istodobno iskusiti i želju za neovisnošću i potrebu za ograničenjima. Cijepanje i projekcija ovih oprečnih emocija na različite članove grupe dnelatnika nezaobilazan je dio institucionalnog procesa. Ovaj crno-bijeli način razmišljanja pojednostavljuje složena pitanja i može stvoriti rigidnu kulturu u kojoj se koči rast te je izloženost stresu veća.

Klein je fazu integracije prethodno razdvojenih osjećaje, poput ljubavi i mržnje, nade i očaja, tuge i radosti, prihvaćanja i odbijanja, nazvala *depresivnom pozicijom*. Odustajanje od utješne jednostavnosti samo-idealizacije i suočavanje sa složenošću unutarnje i vanjske stvarnosti neizbježno pobuđuju bolne osjećaje krivnje, zabrinutosti i tuge. Ti osjećaji rađaju želju za repariranjem ozljeda nastalih kroz prethodnu mržnju i agresiju. Ta želja potiče rad i kreativnost.

Projektivna identifikacija i kontratransfer

Psihoanalitički pristup institucionalnom funkcioniranju smatra da osobno nesvjesno pojedinca ime tek sporednu ulogu. Unutar organizacija često je lakše pripisati ponašanje zaposlenika osobnim problemima, nego otkriti povezanost s institucionalnom dinamikom. Ova se poveznica može uspostaviti pomoću psihoanalitičkog koncepta *projektivne identifikacije*. Ovaj se termin odnosi na nesvjesnu međuljudsku interakciju u kojoj primatelji projekcije reagiraju na način da se počinju drugačije osjećati, možemo reći da se nesvjesno identificiraju s projiciranim sadržajem odnosno osjećajima. Stanje uma u kojem se osjećaji drugih ljudi doživljavaju kao vlastiti naziva se *kontratransfer*. Projektivna identifikacija često kod primatelja

dovodi do problematičnog ponašanja uzrokovanog kontratransfernim reakcijama proizašlim iz projiciranih osjećaja. Primjerice, djelatnici adolescentnog odjela mogu se početi međusobno odnositi kao da su i sami adolescenti ili se mogu ponašati na adolescentni način, poput kršenja pravila ili prkošenja autoritetima na druge načine. Takvo ponašanje ukazuje na to da je na djelu projektivna identifikacija, ali pravi izvor njihovih osjećaja i ponašanja vjerojatno će ostati nejasan sve dok djelarnici ne postignu svjesnu spoznaju da su zarobljeni u kontratransfernim reakcijama na projektivni proces. Kroz mehanizam projektivne identifikacije jedna skupina u ime druge skupine ili jedan član grupe u ime ostalih članova može poslužiti kao vrsta "spužve" za svu ljutnju ili svu depresiju ili svu krivnju u skupini djelatnika. Grupa može ljutitog člana grupe orijentirati prema upravi ili depresivnim članom nesvjesno manevrirati tako da se slomi i napusti posao. Takav pojedinac ne samo da izražava ili izvodi nešto u ime grupe, već može iznijeti nešto što ostatak grupe tada ne mora osjećati. Slično tome, skupina može izvesti nešto za drugu skupinu ili za ustanovu kao cjelinu.

Priroda radnog procesa kao izvor svjesne i nesvjesne tjeskobe

Glavni izvor stresa za osobe koje rade u području pružanja zdravstvene skrbi je njihova stalna blizina ljudima koji trpe veliku tjelesnu ili psihičku bol. Svjesni izvori stresa su rad s rizičnim pacijentima, počinjenje pogreške, prekomjerno radno opterećenje i posljedična zabrinutost zbog kvalitete pružene pomoći. Međutim, tjeskobe zbog prirode posla mogu biti i nesvjesne, a nesvjesnima ih čine osobni i kolektivni obrambeni mehanizmi. Ukoliko mehanizmi obrane nisu učinkoviti može doći do intenziviranja tjeskobe i pogoršanja stresa.

Pacijenti se kontinuirano oslobađaju bolnih osjećaja i aspekta svog iskustva koje ne mogu verbalizirati, projicirajući ih u zdravstvene djelatnike. Da bi se mogli uspješno nosit s bolnim sadržajem djelatnici moraju imati odgovarajuće mehanizme obrane jer će u protivnom podleći očaju, bolesti ili povlačenju, te se zapetljati sa procesima

projektivne identifikacije koji nisu razumljivi pa ih stoga nisu u mogućnosti proraditi. Što je više djelatnika suočeno sa problemom, veća je vjerojatnost da će prevladavati ove nesvjesne komunikacije. Kad je prisutno više boli, prirodna je reakcija pokušati ga izbjeći. Grupa djelatnika nastojat će izbjegavati prihvatiti sadržaje koji je u njih projiciran, a sa svojim neprorađenim osjećajima suočavat će se sami, oslanjajući se na projektivnu identifikaciju kao sredstvo za rješavanje bolnih sadržaja. Kad ovakav proces prevladava, skupini djelatnika postaje vrlo teško pronaći druge načine nošenja; gotovo je onemogućeno jasno razmišljanje, lociranje izvora problema i pronalaženje odgovarajućeg i kreativnog rješenja. U ovoj situaciji vjerojatnije je da će doći do burnouta djelatnika.

Projektivna identifikacija se često koristi kao obrana od suočavanja s nepodnošljivom stvarnošću. U situacijama kada istu obranu koriste pacijenti i djelatnici, mentalno stanje se brzo prenosi s jedne osobe na drugu sve dok svi ne budu pogođeni. Tada se cijela organizacija može naći u istom mentalnom stanju kao i pacijenti i nitko više ne zadržava sposobnost suočavanja s bolnom stvarnosti. Doima se kao da je cijeli sustav zahvaćen nečim zaraznim. Ako se, pak, nesvjesni procesi koji utječu na nas na individualnoj i organizacijskoj razini mogu razumjeti, s njima se može postupati na načine koji potiču, a ne ometaju daljnji razvoj. Interpersonalni konflikti također su povezani sa stresom. Djelatnici se znaju osjećaju bespomoćno u skrbi za teške pacijente, pri čemu se često doživi ogromna količnina bijesa i frustracije. Budući da je to često neprepoznato i negirano, a i u svrhu zaštitite svojih pacijenata, djelatnici često negativne osjećaje premještaju na međusoban odnos.

Kod zdravstvenih djelatnika koji rade s umirućim pacijentima postoji težnja ka "kroničnoj dragosti", što je aspekt želje da se bude savršen. Ta želja može stvoriti veliki stres za pojedinog djelatnika, grupu i pacijente. Priznanje da netko može biti dovoljno dobar zdravstveni djelatnik za umiruće pacijengte ili njihove obitelji, a da pritom ne bude savršen, može biti vrlo oslobađajuće. Umirući pacijenti često kod djelatnika koji o njima skrbe stvaraju želju da učine sve što je moguće kako bi osigurali da ovaj dio života osobe bude kvalitetno vrijeme.

Težnja ka savršenstvu može, međutim, izazvati znatan stres za sve dotične. Možda je realnije imati za cilj biti *dovoljno drag* djelatnik umiruće osobe. Na taj će način možda biti moguće otkriti snagu koja omogućuje svakome da pusti drugog na prikladan i zdrav način.

Institucionalna kriza i osobni stres

Da bi se razumjela mnoga osobna iskustva stresa, važno ih je sagledati u njihovom organizacijskom kontekstu, u smislu neizvjesnosti u pogledu budućnosti i konfuzije u odnosu na primaru svrhu ili misiju same organizacije. Mnogi intenzivni osjećaji koji su povezani s pružanjem zdravstvene skrbi imaju svoj korijen u tjeskobi zbog smrti: smrt kao jedan od neizbježnih ishoda rada u bolnici se negira.

Gordon Lawrence (1977) govori da organizacija ima jednu javnu primarnu svrhu, dok njezine druge ostaju skrivene. Postoji razina "onoga što kažemo da radimo", razina "onoga što doista vjerujemo da radimo", a također i razina "onoga što se uistinu događa" - zaposlenici organizacije često nisu svjesni ove treće razine. Zdravstvena djelatnost nesvjesno se doživljava, kao što sugerira Anton Obholzer (2003), kao usluga „čuvanja od smrti“; dok je njezina deklarativna zadaća liječenje bolesti. Dakle, njezina nesvjesna zadaća je pružanje fantazije da se smrt može spriječiti.

Svaki pojedinac ima ambivalentne osjećaje prema poslu, tj. ima impuls za rad i nerad. Kako bi se oslobodio oprečnih osjećanja, odnosno unutarnjeg konflikta i posljedične tjeskobe, koristi nezrele mehanizme obrane - splitting i projekciju - putem kojih loše dijelove sebe locira drugdje. Unutarnji osobni konflikti mogu se projicirati na interpersonalnoj ili čak međuinstitucionalnoj razini. Da bi se proces ambivalentnih osjećaja povezanih s poslom mogao odvijati na institucionalnoj razini, potrebna je koherentna, jasno strukturirana i relativno nepromjenjiva organizacija, kako bismo na neki način znali tko su ‘oni’, a tko ‘mi’ i da će to nešto postojati i sutra, bez obzira na to koliko ga volimo ili mrzimo. U današnjim vremenima obilježenim promjenama i gubitkom sigurnosti, promjenjivost organizacija dovela

je do toga da one više nisu adekvatne za projekcije. Stoga se neizbježni osjećaji neprijateljstva i zavisti koji su se ranije projicirali u upravu, moraju poreći ili usmjeriti negdje drugdje, obično u međugrupne i međuljudske konflikte, što doprinosi osobnom stresu u organizacijama. Jon Stokes (2003.) smatra da je to rezultiralo povećanjem interpersonalne tenzije i osobnog stresa unutar podskupina u organizacijama. Tako je u organizacijama došlo do primjetnog porasta bullynga (Adams i Crawford 1992.) i drugih oblika maltretiranja određenih pojedinaca unutar organizacija, koji su izloženi nepodnošljivim pritiscima i koji često na ovaj ili onaj način bivaju istjerani iz organizacije. Nesvjesni organizacijski konflikti uzrokuju osobni stres, ali budući da se sukob svodi na individualnu i međuljudsku razinu, nemoguće ga je adresirati. Institucionalne poteškoće često se pripisuju osobnostima određenih pojedinaca, koji se karakteriziraju kao „problematični“. Mnoge skupine i organizacije imaju "teškog" člana čije se ponašanje smatra smetnjom za dobar rad ostalih. Može se stvoriti opći stav da bi odlaskom te osobe sve bilo dovedeno u red, što naravno nije točno. Nesvjesno “usisavanje“ pojedinaca u vršenje funkcije u ime drugih i samih sebe, događa se u svim institucijama. Možemo reći da takvu osobu institucija nesvjesno odabire. Glasnogovornik je često najranjiviji ili najnesposobniji član grupe, a potreban je drugim članovima kako bi u njemu locirali svoju ranjivost i potom se lako distancirali: “On je taj koji je problematičan i ima problem, a ne mi.” Primjera radi, osobu koja otežava upravi komentirajući i ispitujući svaki postupak, ne treba promatrati kao problematičnu - iako ona to može biti - već kao usta institucije u koja su svi djelatnici projicirali svoje nezadovoljstvo. Stoga i problemu treba pristupit na grupnoj i institucionalnoj razini, ne na osobnoj. Umjesto stava „Nije li strašno kako se X ponaša?“, potreban je psihološki i institucionalni pomak ka stavu „Svi imamo ambivalentne osjećaje, koje i moramo imati, ali one koji se odnose na naš rad u instituciji treba rješavati na poslu '. Samo se s ove pozicije može postići određeni napredak u poboljšanju funkcioniranja organizacije. To istodobno pomaže ‘teškoj’ osobi da se oslobodi uloge u kojoj je zarobljena, budući da drugi članovi grupe mogu povući svoje projekcije.

Što možemo učiniti ili put prema maturaciji

Kad prepoznamo da naši bolni osjećaji dolaze iz projekcija, prirodna reakcija je „vratiti“ te osjećaje njihovom izvoru, u smislu: „To su vaši osjećaji, a ne moji”. To lako dovodi do optuživanja i doprinosi prebacivanju projekcija s jednih na druge unutar grupa i organizacija. Međutim, ako možemo tolerirati osjećaje dovoljno dugo kako bismo o njima razmislili te obuhvatiti tjeskobu koju ti osjećaji pobuđuju, može se postići promjena. U trenutcima kada to ne možemo učiniti, druga osoba može privremeno obuhvatiti naše osjećaje umjesto nas. Ovaj koncept osobe kao ‘kontejnera’ (onoga koji obuhvaća) dolazi iz psihoanalitičkog rada Biona (1967). On ga je povezao s funkcijom majke čija sposobnost primanja i razumijevanja emocionalnih stanja njezine bebe čini ta stanja podnošljivijima. Cilj je identificirati projektivne procese i slijediti ih do njihovog izvora, a ono što je još važnije jest učiniti neizdrživi, pa stoga i projicirani sadržaj, podnošljivim. Za pojedinca ili grupu ili instituciju je bolno to što mora prihvatiti natrag manje prihvatljive aspekte selfa koji su prije bili doživljavani kao da pripadaju drugima: na primjer, da legitimne kritike mogu dolaziti od kolega, a ne samo od zlonamjernih vanjskih čimbenika; ili da su kod adolescenata potreba za neovisnošću i potreba za ograničenjima jednako važni aspekti i da ih treba držati u komplementarnoj ravnoteži; ili da pobačaj pobuđuje i žalovanje i olakšanje. Ono što je dosta važno za cjelokupni proces jest sposobnost kontejniranja (zadržavanja) projiciranog sadržaja i potaknutih emocija sve dok se grupa nije u mogućnosti čuti i razumjeti interpretaciju projiciranog sadržaja. U protivnom će se interpretacija doživjeti kao još jedan napad. Ukoliko se dočeka pravo vrijeme, neke od projekcija mogu se ‘povratiti izvoru”, cijepanje se smanjuje te dolazi do smanjenja polarizacije i antagonizma među samim zaposlenicima. Ovo promiče integraciju i suradnju unutar i između grupa ili, u psihoanalitičkom smislu, dolazi do prelaska iz paranoidno-shizoidne pozicije u depresivnu poziciju. U grupi koja funkcionira u depresivnoj poziciji vrednuje se svako stajalište, a putem njezinih članova dostupan joj je cijeli raspon emocionalnih reakcija. Skupina će moći bolje obuhvatiti emocionalnu složenost posla u kojem svi sudjeluju, a niti jedan član neće biti ostavljen izoliran. U radu s grupom pacijenata,

kako bi se smanjila tendencija splittingu, skupina zdravstvenih djelatnika mora biti sposobna držati zajedno proturječne elemente projicirane u njih te biti sposobna o njima razmišljati i raspravljati, a nikako ne reagirati problematičnim ponašanjem. To zahtijeva svjesnost određenih stresova u radnom okruženju kao i prepoznavanje njezinih ograničenja. Smanjenjem konflikata te obradom i integracijom kolektivnog radnog iskustva, otvara se mogućnost bolje radne prakse i većeg zadovoljstva poslom. Treba imati na umu da jednom dosegnuta integracija odnosno depresivna pozicija nije trajna te da se u situacijama kada su ugroženi preživljavanje ili samopoštovanje javlja tendencija vraćanja na paranoidno-shizoidnu poziciju i nezreliji način funkcioniranja.

Svatko od nas mora se snalaziti u svojim raznim ulogama. To zahtijeva stalnu svijest o našim zadaćama, granicama i ovlastima. Također je potrebna svijest o institucionalnom procesu i našoj specifičnoj sklonosti da budemo uvučeni u određene nesvjesne uloge u ime institucije kao cjeline. Čak i samo prepoznavanje da se netko koristi - da je takoreći „regrutiran“ - za obavljanje nekih nesvjesnih zadaća u ime drugih, može biti u velikoj mjeri oslobađajuće. Ova spoznaja također čini čovjeka manje ranjivim u odnosu na institucionalne procese.

Zdravstveni djelatnici bi trebali naučiti koristiti svoje osjećaje kako bi razumjeli što se događa. Poznavajući načine na koje se institucija može "zaraziti" poteškoćama i obranom određene skupine pacijenata i djelatnika, djelatnici će vjerojatnije biti svjesni događanja te će koristiti svoje osjećaje za rješavanje svojih problema na izravan i primjeren način, umjesto da pribjegavaju izbjegavanju ili očaju. Osvještavanje vlastitih i organizacijskih nesvjesnih pritisaka kojima su djelatnici izloženi otvara mogućnost izbora. Umjesto poricanja i projekcije, ima mjesta za promišljeno i kreativno zanimanje za probleme ustanovete i za razvijanje nesvjesnih strategija koje podržavaju zdrav rast i razvoj.

I na kraju, Obholzer (2003.) je primjetio da kontinuirano nepostojanje kontakta s mnogim aspektima psihičke stvarnosti na poslu izlaže pojedince riziku da kao rezultat kombinacije obrambenih mehanizama i osobne ranjivosti ne budu u kontaktu sa samim sobom. U takvim

slučajevima javlja se povećana tendencija uzimanja sredstva ovisnosti. To donosi daljnji rizik od ugrožavanja obiteljske dinamike. Ovakav obrazac može utjecati na ponašanje djece i njihovu reakciju na stres, čime se taj obrazac perpetuira. Također se povećava vjerojatnost razvoja bolesti povezanih sa stresom. Tako dolazimo do nezdravog uma u nezdravom tijelu u nezdravoj organizaciji. Skupine i institucije prihvaćaju novopridošlice i modeliraju ih prema institucionalnim načinima gledanja na stvari, što uključuje i pridruživanje njihovoj specifičnoj verziji institucionalnih obrana. Na kraju, pojedinac u velikoj mjeri gubi svoju sposobnost odvojenosti i sagledavanja stvari iz vanjske perspektive. Međutim, zadržavanje određene vanjske perspektive je bitno ako osoba želi zadržati sposobnost kritičkog mišljenja i propitivanja. Bez toga su naše institucije osuđene da djeluju sve više na temelju poricanja stvarnosti – a ta stvarnost je da one postoje kako bi pomagale ljudima da se suoče s boli, neostvarenim nadama, bolestima i smrću. Što se ta činjenica više negira, to sustavi postaju manje učinkoviti, a pritisak na one koji su u njih uključeni biva veći.

Literatura

- Adams, A. and Crawford, N. (1992) Bullying at Work, London: Virago.
- Bion, W. (1967) Attacks on linking. In Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis, London: Heinemann Medical (reprinted London: Maresfield Reprints, 1984).
- Cohn, N. (2003) Attending to emotional issues on a special care baby unit. In A. Obholzer and V. Z. Roberts (eds). The unconscious at work Individual and organizational stress in the human services. London; New York; Routledge.
- Freud, S. (1917) Mourning and melancholia. In Collected Papers, vol. 4, London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1921) Group Psychology and the Analysis of the Ego. Penguin Freud Library, vol. 12, Harmondsworth: Penguin Books.
- Freud, S. (1924) Recommendations to physicians practising psychoanalysis. In Standard Edition, vol. 12, London: Hogarth Press.
- Halton, W. (2003) Some unconscious aspects of organizational life. In A. Obholzer and V. Z. Roberts (eds). The unconscious at work Individual and organizational stress in the human services. London; New York; Routledge.

- Klein, L. and Eason, K. (1991) Putting Social Science to Work. Cambridge: Cambridge University Press.
- Klein, M. (1959) Our adult world and its roots in infancy. In A. D. Colman and M. H. Geller (eds). Group Relations Reader 2, A. K. Rice Institute Series [Washington, DC].
- Lawrence, G. (1977) Management development...some ideals, images and realities. In A. D. Colman and M. H. Geller (eds) Group Relations Reader 2, A. K. Rice Institute Series [Washington, DC].
- Moylan, D. (2003) The dangers of contagion Projective identification process in institutions. In A. Obholzer and V. Z. Roberts (eds). The unconscious at work Individual and organizational stress in the human services. London; New York; Routledge.
- Obholzer, A. (1987) Institutional dynamics and resistance to change, Psychoanalytic Psychotherapy, 2.3:201-5.
- Obholzer, A. and Roberts,V.Z. (2003) The troublesome individual and the troubled institution. In A. Obholzer and V. Z. Roberts (eds). The unconscious at work Individual and organizational stress in the human services. London; New York; Routledge.
- Obholzer, A. (2003) Managing social anxieties in public sector organizations. In A. Obholzer and V. Z. Roberts (eds). The unconscious at work Individual and organizational stress in the human services. London; New York; Routledge.
- Speck, P. (2003) Working with dying people n being good enough. In A. Obholzer and V. Z. Roberts (eds). The unconscious at work Individual and organizational stress in the human services. London; New York; Routledge.
- Stokes, J. (2003) Institutional chaos and personal stress. In A. Obholzer and V. Z. Roberts (eds). The unconscious at work Individual and organizational stress in the human services. London; New York; Routledge.

19. poglavlje

Mehanizmi obrane u liječnika

Marina Bolanča Erak

„Ljudski se odnosi zasnivaju na principu uzajamne pomoći. U našim najintimnijim osjećajima mi smo uvjereni da posjedujemo duboki interes za postojanje drugih bića, bića slobodnih od patnje. Pravi odnos između pacijenta i liječnika počiva na ovom principu.“

P. Schilder, 1951.

„Zar ima nešto što egzistencijalnije angažira ličnost od bolesti i zar ima nešto odgovornije od funkcije liječnika? “

E. Klain, 1969.

Raditi kao liječnik iscrpljujuće je u emocionalnom, intelektualnom i fizičkom smislu. Da bi preživjeli liječnici tijekom vremena moraju razviti vještine i naučiti tehnike kojima se nose sa svakodnevnim izazovima. Kako biti taman dovoljno empatičan da bi se zadržala emocionalna prisutnost potrebna pacijentu, a opet ne u tolikoj mjeri da ga suosjećanje svlada i onemogući u pružanju pomoći? Kako biti emocionalno angažiran, ali bez pretjerane identifikacije s pacijentom i njegovim problemom, ostati usmjeren na pacijenta i zadržati profesionalne granice? Postoje svjesni mehanizmi kojima pokušavamo i u idealnim okolnostima uspijevamo, no većinu naših mehanizama čine nesvjesni mehanizmi obrane, mehanizmi koji nisu pod našim utjecajem.

Poznata je činjenica da su liječnici i drugo zdravstveno osoblje pod povećanim rizikom od tzv. sindroma izgaranja, engl. „burnout“. Svjedoci smo tome da to prijeti održivosti funkcioniranja zdravstvenih

ustanova i cijelog sustava, osobito u ovim izazovnim vremenima promjena u funkcioniranju zdravstvenog sustava i pandemije. Biti liječnik stresno je samo po sebi, novi izazovi samo pojačavaju tjeskobu, razočaranje, osjećaj krivnje i nemoći liječnika. Depersonalizacija dovodi do emocionalnog udaljavanja i otupljivanja, te do gubitka suosjećanja, zamjeranja i mržnje prema pacijentima. Poricanje se zamjenjuje projekcijama.

Mehanizmi obrane pojam su koji se provlači kroz najranija djela S. Freuda, no 1936. g. s Annom Freud postaju važnom temom psihoanalitičkih istraživanja. Mehanizmi obrane nesvjesni su procesi kojima se ego brani od neugodnih vanjskih situacija ili unutrašnjih stanja. Uvijek djeluje više mehanizama istovremeno, svladavaju nagone i njihove derivate, nesvjesni su i aktiviraju se automatski, dinamički su i reverzibilni, adaptivni ili patološki.

Ne postoji jedinstvena općeprihvaćena podjela mehanizama obrane, no da bi olakšali kliničku praksu okvirno ih možemo podijeliti na psihotične, nezrele, neurotske i zrele. U psihotične mehanizme obrane ubrajamo projekcije iluzije, poricanje, distorzije i deluzije. Nezreli mehanizmi obuhvaćali bi projekcije, somatizacije, konverzije, hipohondriju, acting out. Neurotski mehanizmi obrane podrazumijevali bi disocijaciju, premještanje, regresiju, izolaciju, reaktivnu formaciju, intelektualizacije i racionalizacije, a zreli altruizam, humor, sublimaciju i anticipaciju.

Psihotični, nezreli i neurotski mehanizmi obrane dovode do stvaranja simptoma, smetnji funkcioniranja i uspostavljanja odnosa, zreli i ponekad neurotski dovode do dobrog prilagođavanja i očuvanja odnosa.

U načelu zdrava ličnost koristi zrelije mehanizme obrane, no povremeno će se i kod psihički pretežno zdravih i stabilnih osoba aktivirati rane obrane.

Prikaz slučaja:
Gospođa K., 44 godine, doktorica medicine, specijalistica, zaposlena na somatskom odjelu u velikoj bolnici, udana, majka dvoje djece (15 i 10 godina), živi s obitelji.

Rođena je u Zagrebu u cjelovitoj obitelji, ima dvije godine mlađu sestru. Otac je radio u velikoj firmi, znao prekomjerno konzumirati alkohol, no nije bio agresivan, više duhom odsutan. Umro je od ca pluća kada je pacijentici bilo 20 godina. Majka, SSS, je radila ali i preuzimala većinu brige oko djece i kućanstva, pacijentica je uz nju bila više vezana i opisuje je kao toplu, strpljivu i izrazito religioznu ženu. Upisala je željeni (medicinski) fakultet, završila ga u roku i dobila željenu specijalizaciju u manjoj bolnici izvan Zagreba. Upoznaje supruga, udaje se i rađa djecu. Obitelj seli u Zagreb i pacijentica počinje raditi u drugoj, velikoj zagrebačkoj bolnici.

Pacijentica unatrag godinu dana opisuje više stresnih životnih događaja; umrla je pacijentičina majka, suprug je izgubio posao i pokušava pokrenuti svoj novi posao, nekretnina u kojoj žive oštećena je u jednom od potresa. Mlađe dijete je dijete s posebnim potrebama. Sama pacijentica boluje o alergijske astme, ima gastritis i iritabilni kolon, od strane fizijatra postavljena je nedavno i dijagnoza fibromijalgije.

U ordinaciju po prvi put dolazi prije 6 mjeseci, to je njezin prvi psihijatrijski pregled. Opisuje jake i stalne strahove i brige vezane uz supruga i djecu, ima dojam da bi se djeci nešto ružno moglo dogoditi i da bi netko mogao nauditi njezinoj obitelji. Ti su strahovi u početku bili vezani uz njihova izbivanja iz kuće, no sada sve više i kada su svi zajedno ima strahove da će se nešto ružno dogoditi i da će „svi propasti". Stalno je u strahu, stalno razmišlja o ružnim stvarima. Razumije nerealnost takvih zastrašujućih misli, no ne može ih odmaknuti od sebe. Sniženog je raspoloženja, usporenija, iscrpljena, bez energije, ima osjećaj neadekvatne krivnje jer ne može funkcionirati kao prije. Žali se na gotovo stalne bolove kralješnice i ekstremiteta. Posljednjih mjeseci spava najviše 4-5 sati, često ima košmarne snove

i noćne more. Unatoč svom stanju svakodnevno odlazi na posao i uz napor obavlja osnovne kućanske poslove.

Sebe opisuje kao inače savjesnu i racionalnu osobu, zadovoljna je svojim poslom i voli ga raditi, s ponosom govori koliko je malo i rijetko izbivala s posla, čak i nakon poroda i kada je mlađem djetetu utvrđena teška dijagnoza. Slovi kao dobra liječnica i ugodna suradnica, takvom je i predstavlja osoba koja s njom radi i koja za nju traži prvi psihijatrijski termin. Prije pandemije bila je društvena i otvorena, no sada se kreće u uskom krugu ljudi uglavnom na relaciji posao-dom i primjećuje da sve više zazire od ljudi. Nema osobit strah od korone. Navodi da na posao odlazi sa sve više muke. Na poslu je došlo do promjena, osjeća veliki pritisak zbog manjeg broja kolega, sve većeg broja pacijenata i svakodnevnih zahtjeva da odrađuje više posla nego što ona smatra da može. Oko toga je tjeskobna „možda sam ja sporija, ali ja ne mogu drugačije... napravim jednako kao i drugi i možda i više... obavim duplo više pacijenata nego prije i nije dovoljno... Bojim se da ću napraviti grešku i da ću nešto previdjeti. I tko će onda biti kriv? Ja, a ne moja šefica. Ostajem dulje da sve obavim..., a što će moje (mlađe) dijete? Stalno mislim kako ćemo propasti...i kako će moje dijete ako se meni nešto dogodi...".

Moja pacijentica je perfekcionist i ponosna je na svoju organiziranost i učinkovitost. U osnovi je niskog samopouzdanja. Koristi u velikoj mjeri sublimaciju, anticipaciju, racionalizacije, no tijekom vremena sve su izraženije nezrele obrane. Reaktivna formacija pomalo prelazi u pasivnu agresiju. Altruistična je, no u stresnim periodima taj mehanizam prelazi u mučeništvo, zapostavlja svoju dobrobit i dobrobit svoje obitelji. Somatizacije posljednjih godina uzimaju danak kvaliteti života, unatrag nekoliko mjeseci tu su i nove tegobe i nova dijagnoza fibromijalgije. Javljaju se projekcije i distorzije, nezreli mehanizmi koji ukazuju na potpunu iscrpljenost njezinih kapaciteta za nošenje sa svakodnevicom.

Pacijentici sam predložila farmakoterapiju i psihoterapijski tretman, ona je prilično regresivno i bespogovorno sve prihvatila. Odlučila je početi s terapijom u petak uvečer da bi u ponedjeljak mogla ići na

posao. Pri sljedećem dolasku nakon dva tjedna i pretjerano se zahvaljivala je jer se osjeća puno bolje.

Prema Lazarusu i Folkmanu odgovor osobe na stres počinje od primarne procjene da li je stresor prijetnja ili izazov, te sekundarne procjene pri kojoj osoba odlučuje ima li kapacitet za nošenje sa stresorom. Kada svjesni mehanizmi za nošenje sa stresom zakažu, tj. kada osoba vjeruje da nema način da se nosi sa stresom ili kada je za to previše iscrpljena tada preostaju jedino nesvjesni mehanizmi obrana. Važnost nesvjesnog u interpersonalnim odnosima je istaknuta u knjigama Marčinka i suradnika.

Prema Gabbardu među liječnicima postoji značajan utjecaj kompulzivne trijade koja se sastoji od sumnje, krivnje i prekomjernog osjećaja odgovornosti, a koja nužno dovodi do korištenja nezrelijih mehanizama obrane u svrhu očuvanja osobnog integriteta u ekstremnim stresnim uvjetima.

Prema istraživanju Kocijan Lovko, Gregureka i Karlovića u usporedbi mehanizama obrane koje koriste liječnici na odjelu fizikalne medicine i onkologije, utvrdili su da liječnici na odjelu onkologije koriste u većoj mjeri regresiju, intelektualizaciju, projekciju i premještanje. Oni su se značajno češće u svakodnevnoj praksi susretali sa smrću pacijenata, razgovorima o smrtnim ishodima s pacijentima i njihovim obiteljima, prevelikim brojem pacijenata, suočavanjem s boli, patnjom i nemoći, manjkom lijekova, manjkom gratifikacije od strane pacijenata i lošim odnosima na radnom mjestu.

Za razliku od mehanizama obrane našeg tijela, primjerice specifičnih protutijela koja se mogu utvrditi laboratorijskim pretragama, naši ego mehanizmi obrane nisu mjerljivi, oni su metaforički i ponekad u svakom smislu gnjavaža, i za onoga tko ih procjenjuje i za onoga koji ih „koristi“. U zahtjevnim vremenima kao što su ova u kojima sada živimo od velike je važnosti razviti otpornost, no to je kompleksan i dugotrajan proces koji ide uz mnoge teškoće i izazove. Svjedoci smo razdjeljivanja čovjeka (pacijenta i liječnika), struke i odgovornosti, u vjeri da ćemo tako biti uspješniji, bolji liječnici. No to istovremeno vodi

i u dehumanizaciju, desenzitizaciju i udaljavanje, na osobnoj razini i na razini cijelog sustava.

Još davne 1969. g. E. Klain se govoreći o psihologiji odnosa liječnik-bolesnik i uzimjući u obzir sve emocionalne aspekte tog odnosa propituje i realitet, te zaključuje da realitetne okolnosti koče taj odnos, a time i terapijski uspjeh. Kao neke od glavnih problema navodi nepovoljne radne uvjete, pritisak koji vrši socijalno osiguranje i radna organizacija, probleme u organizaciji zdravstvene službe, socijalnu situaciju pacijenata, pretjerano administriranje u radu liječnika, česte neopravdane „napade štampe“ na liječnike, te manjak edukacije liječnika iz područja psihoterapije i medicinske psihologije. Gdje smo danas, 52 godine kasnije?

Literatura

- Freud S: The ego and the mechanisms of defense. New York: International Universities Press; 1936.
- Gabbard GO: The Role of Compulsiveness in the Normal Physician. JAMA. 1985; 254: 2926-2929.
- Gabbard GO, Litowitz E, Williams P: American Psyciatric Publishing, Textbook of psychoanalysis, 2nd ed., 2012
- Klain E: Psihologija odnosa bolesnik-liječnik, Simpozij o neurologiji i psihijatriji 1969., Separatni otisak Psihijatrija str. 33-42
- Kocijan Lovko S, Gregurek R, Karlović D: Stress and ego-defense mechanisms in medical staff at oncology and physical medicine departments, Eur. J. Psychiat. vol.21 no.4 Zaragoza oct./dic. 2007
- Laplanche J, Pontialis JB: Rječnik psihoanalize, Naprijed, 1992.
- Lazarus RS, Folkman S: Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer; 1984.
- Marčinko D. “Psihodinamika poslovnih odnosa”, Medicinska naklada, Zagreb, 2019.
- Marčinko D, Rudan V, Jakovljević M. “Psihodinamika ljubavi i mržnje”, Medicinska naklada, Zagreb, 2019.
- Nikolić S, Klein E, Vidović V: Osnove medicinske psihologije, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1990.
- Schilder P: Psychotherapy, Routledge & Kegan, London 1951.

20. poglavlje

Radnoterapijska perspektiva okupacijske neravnoteže nastale kao posljedica pandemije i njezina uloga u razvoju stresa u kliničkoj medicini

Tihana Beinrauch i Ivana Vasilj

Uvod

Već rano, u razvoju radnoterapijske struke, pretpostavilo se da ravnoteža među različitim vrstama svakodnevnih okupacija promiče zdravlje i dobrobit (Anaby, Backman, Jarus, 2010.). To vjerovanje se održalo do danas kao filozofska pretpostavka u osnovi radnoterapijske struke koja je izgrađena na uvjerenju da postoji pozitivan odnos između okupacija i zdravlja i gleda na čovjeka kao na okupacijsko biće (Hammell, 2017.). U radnoj terapiji okupacija podrazumijeva svakodnevne aktivnosti koje ljudi izvode kao pojedinci, unutar obitelji i unutar zajednice kako bi okupirali vrijeme i unijeli značaj i svrhu u svoj život. Okupacije uključuju stvari koje osoba treba ili želi raditi ili se od nje očekuje da ih radi, a možemo ih kategorizirati u aktivnosti dnevnog života (ADŽ), instrumentalne aktivnosti dnevnog života (iADŽ), upravljanje zdravljem, odmor i san, obrazovanje, rad, igru, slobodno vrijeme i socijalna participacija. Radni terapeut je stručnjak koji terapijski koristi svakodnevne okupacije i aktivnosti u svrhu unaprjeđenja i omogućavanja sudjelovanja u svakodnevnom životu primjenjujući znanja transakcijskog odnosa između klijenta, njegove uključenosti u značajne okupacije i konteksta kako bi dizajnirao na okupaciji utemeljene planove intervencije. (OTPF, 2020.)

Kada govorimo o svakodnevnim aktivnostima, one u pojedinaca imaju svoj obrazac i poželjno je da on subjektivno bude u skladu ili podudarnosti u okupacijama neke osobe. Takvo stanje sklada nazivamo okupacijska ravnoteža, te ćemo na temelju pregleda literature (Dur i sur., 2015.) pretpostaviti da narušavanje te ravnoteže ima izravan utjecaj na dobrobit i zdravlje osobe i pogoduje razvoju stresa.

Okupacijska ravnoteža / okupacijska neravnoteža

Okupacijska ravnoteža definira se kao stanje u kojem postoji pozitivna procjena između broja okupacija i njihovih varijacija (Wagman, Håkansson, Björklund, 2012.) Suprotstavljena strana tada se označava okupacijskom neravnotežom, koja se definira kao percipirana disharmonija, neprilagođenost ili ometanje u okupacijama (Anaby, Backman, Jarus, 2010.) Kako bi kroz vrijeme osoba zadržala okupacijsku ravnotežu potrebno je da postoji harmonija i raznolikost u okupacijama, kapacitetima i resursima kako bismo mogli upravljati njima, te podudarnost između okupacijskih obaveza, vrijednosti i osobnog značaja. (Eklund i sur. 2017.)
Također, faktori kao što su kvaliteta i zadovoljstvo životom (Bejerholm, 2010) i subjektivan doživljaj zdravlja (Wagman, Håkansson, 2014.) kao i razne zapreke u dostupnosti potrebnih resursa, previše ili premalo okupacijskih prilika i nemogućnost sudjelovanja u za osobu značajnim aktivnostima (Backman, 2004.,Bejerholm i Eklund, 2007.) mogu utjecati na postizanje te ravnoteže jer je ona dinamički proces u kojemu se okupacije, uloge, osobni i okolinski faktori skladno nadopunjuju.

Kako je za sudjelovanje u okupacijama potrebna potpora kontekstualnih aspekata u kojima se okupacija izvodi, važno je razmisliti o utjecaju koji trenutno aktualna pandemija ima na okupacijsku ravnotežu pojedinca. (Hammell, 2020.) S obzirom da cjelokupni utjecaj koji ona ima na svakodnevni život uključuje i epidemiološke mjere uvedene u nastojanju očuvanja zdravlja, koje su uvelike promijenile naše uobičajene obrasce funkcioniranja te mnoge pojedince koji uživaju socijalnu privilegiju življenja predvidljivih života,

ispunjenih slobodom izbora i bogatstvom okupacijskih mogućnosti dovele u stanje frustracije zbog prisilnog izdržavanja iznenadno nametnute deprivacije okupacijskih mogućnosti i socijalne izolacije. Nagli prekidi i promjene u izvođenju svakodnevnih okupacija kao posljedica epidemioloških mjera kao što su zatvaranja, socijalna distanca, nedostupnost određenih usluga i određena doza straha od bolesti udružene s nedostatkom kapaciteta i vještina regulacije te, nedostatnom rezilijentnosti odražavaju se na okupacijsku ravnotežu koju pojedinac ima u svom svakodnevnom životu. S obzirom da snaga kontrole koju pojedinac ima nad okupacijama koje su njemu smislene dovodi do okupacijske ravnoteže, gubitak te kontrole vodi u suprotstavljenu stranu te, može biti okidač za štetne posljedice na zdravlje i dobrobit ljudi (Hammell, 2017.)

Kad je u pitanju narušena okupacijska ravnoteža, razni oblici stresa javljaju se kao jedan od najučestalijih odgovora na okupacije koje za pojedinca nisu zadovoljavajuće ili dovoljno stimulirajuće kao i pretjerani zahtjevi okupacija koji nadilaze resurse pojedinca. (Wilcock, 1997.) Narušenost okupacijske ravnoteže podrazumijeva svaki doživljaj dekompenzacije u svakodnevnim aktivnostima koji se odražava kao osobno nezadovoljstvo i poteškoće u adaptiranju na konkretne okolnosti, posebice kada je navedeno uzrokovano negativnim okolnostima koje nisu dobrovoljno izabrane od strane pojedinca, kao što su globalna pandemija (Guest, 2002.). Percepcija neravnoteže u svakodnevnom životu se pokazala kao najznačajniji faktor u ishodima lošeg zdravlja. (Håkansson, Lissner, Björkelund, et al, 2009.)

Okupacijska neravnoteža i stres

Poznato je da ljudi doživljavaju stres kada percipiraju nesrazmjer, odnosno neravnotežu između zahtjeva koji su stavljeni pred njih i onoga čime raspolažu (Lazarus i sur, 1985.) Kada govorimo o trenutnom stanju globalne pandemije, možemo reći da stres djeluje dvojako na okupacijsku ravnotežu; kao uzrok i kao posljedica. Kao uzrok stres će uvelike utjecati na naše životne vještine i svakodnevno funkcioniranje jer samo neke od psiholoških komponenti odgovora na stres uključuju - osjećaj preplavljenosti, ili tjeskobe, kao i razmišljanje

da zahtjevi nadilaze naše resurse ili da smo izgubili kontrolu (Epel, 2018.) uslijed čega je veliki izazov zadržati svakodnevnu rutinu.
Brza okupacijska transformacija koja se dogodila uslijed pandemije zatekla nas je nepripremljene, u svakodnevnim okupacijama koje nije moguće prenijeti u "novo normalno". U iznenadnoj potrebi da svoje živote prenesemo u virtualni svemir suočavamo se s činjenicom da nemamo kapacitete potrebne za to, jer to, ne da samo zahtijeva direktni transfer iz jedne stvarnosti u drugu nego i istovremeno razvijanje nepostojećih vještina. Nedostupnost pojedinih usluga, nemogućnost korištenja prostora namijenjenih zabavi, relaksaciji i socijalizaciji zahtijevaju vještine prilagodbe kako bismo održali do tada postojeću razinu socijalne interakcije. Sve navedeno dovodi do gubitka nama značajnih okupacija i svakodnevne rutine, do određene vrste okupacijske deprivacije koja neminovno uzrokuje narušavanje okupacijske ravnoteže što za posljedicu ima stanje distresa (Hammell, 2017.).
Podaci novijih istraživanja pokazuju da pojedinci uočavaju niz promjena u odnosu na svakodnevne okupacije, od toga da se teže koncentriraju na svakodnevne zadatke, nemaju mogućnosti biti uključeni u aktivnosti koje vole, imaju izazove u planiranju i doživljavaju velike promjene u načinu brige o sebi i svom životnom prostoru te neovisno o tome pripadaju li općoj populaciji ili su zdravstveni djelatnici, navode više razine distresa u odnosu na podatke prije pandemije (Begić, Korajlija, Jokić-Begić, 2020.).
Iz svega navedenog možemo zaključiti da je jedna od značajnijih stavki prevencije razvoja stresa i jačanja mehanizama i vještina nošenja sa stresom za vrijeme pandemije Covid 19, održavanje okupacijske ravnoteže u svakodnevnom životu.

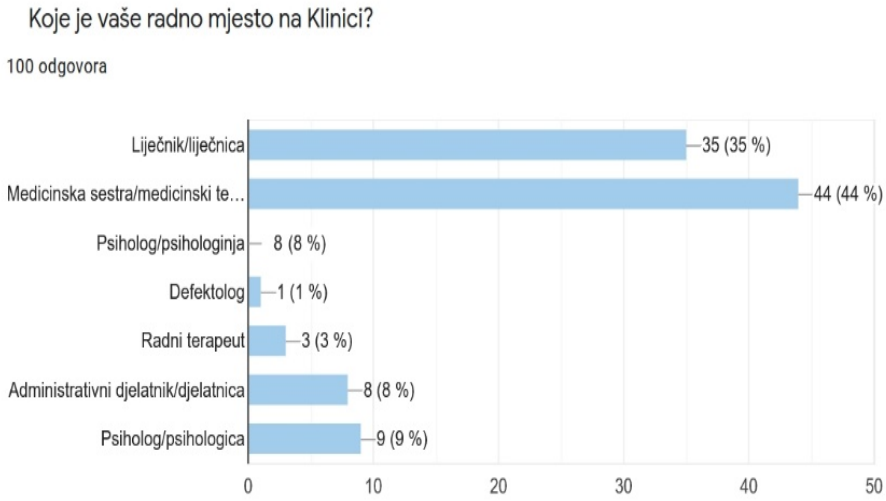
Analiza ankete: *„Razvoj stresa i okupacijska neravnoteža kao posljedica pandemije COVID-19 kod djelatnika Klinike za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb"*

Na Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu KBC-a Zagreb (u daljnjem tekstu Klinika), provedena je anketa čiji je cilj bio ustanoviti razinu utjecaja pandemije Covid-19 na okupacijsku ravnotežu i njezinu

izravnu posljedicu na razvoj stresa kod zaposlenika Klinike. Pretpostavka je bila da će se istraživanjem utvrditi postojanje okupacijske neravnoteže kod određenog broja djelatnika Klinike, kao posljedica godinu dana stanja proglašene pandemije koronavirusom Covid-19, čija je izravna posljedica i moguća pojava povišene razine stresa kod pojedinaca na Klinici.

Uzorak je bio namjerno odabran. Zadano ograničenje za sudjelovanje u istraživanju bilo je jedino da su ispitanici aktivni djelatnici Klinike. Sudjelovanje u anketi se sastojalo od popunjavanja upitnika, a ispitanici su imali mogućnost odgovarati na pitanja i ispuniti upitnik online putem Google forms obrasca, (https://forms.gle/jsJgDvSsahH8dDVn7) ili tiskanog upitnika. Anketa je bila u potpunosti anonimna i dobrovoljna.
Upitnikom se željelo prikupiti podatke koji su pogodni za procjenu stavova, mišljenja, vjerovanja, osjećaja, potreba, motivacija te ponašanja (prošlog i anticipiranog) ispitanih djelatnika Klinike. Korištena su zatvorena pitanja s višestrukim odabirom odgovora, filter pitanja te pitanja s nominalnim i intervalnim skalama.
U anketnom istraživanju sudjelovalo je 100 djelatnika Klinike.
Anketa se sastojala od tri zasebne cjeline. U prvom dijelu je cilj bio strukturirati zadani uzorak, stoga su u upitniku postavljena sociodemografska pitanja u kojima se doznaje spolna, dobna i obrazovna struktura ispitanika, kao i najbitnije pojedinosti njihovog stanovanja i radnog mjesta.
Ukupno je ¾ ispitanih osoba u anketi ženskog spola (75 odgovora), a 25% sudionika su bili muškarci. U tri dobne skupine koje su bile ponuđene u anketi, najmlađoj skupini, od 18-39 godina pripada 38% ispitanika, dok se 54% svrstalo u skupinu od 40-59 godina, a starijih od 60 bilo je 8% sudionika ankete.
Od ispitanika je zatraženo da navedu s koliko osoba stanuju u zajedničkom kućanstvu.
Samaca je 25%, a 50% se izjasnilo da ima obitelj s jednim ili više djece. Da živi u obitelji s djecom i roditeljima odgovorilo je 9% ispitanih, a isto toliko ih živi u obitelji bez djece i bez roditelja. Najmanje ispitanih, odnosno 7% živi u obitelji s roditeljima, ali bez djece. U stambenoj zgradi stanuje 64%, a u obiteljskoj kući 36% ispitanih djelatnika Klinike.

Prema odgovorima sudionika ankete može se zaključiti da većinu djelatnika Klinike čine žene, u prosjeku su djelatnici stariji od 40 godina te većinom stanuju u stambenim zgradama u obiteljima s jednim ili više djece.
Kad je u pitanju obrazovna struktura djelatnika Klinike, 56% ispitanika ima visoku stručnu spremu, (VSS) 17% je odgovorilo da ima završenu višu stručnu spremu (VŠS), dok je 27% završilo srednju školu (SSS).
Najviše ispitanih djelatnika Klinike čine medicinske sestre/tehničari, kojih je u anketi sudjelovalo 44 (44%), potom liječnici/liječnice 35%, slijede psiholozi (8%) i administrativni djelatnici (8), te tri radne terapeutkinje i 1 defektolog.



Na pitanje koliko dugo su zaposleni na Klinici, najviše (35%) ih je odgovorilo da rade duže od 20 godina, 27% ih radi između 10-20 godina, 26% između 3-10 godina, a djelatnika koji su na Klinici manje od 3 godine je 12%. Smjenski rad je u opsgu posla 73% ispitanika, a 27% ih radi samo u prvoj smjeni.
U drugom segmentu ankete pitanja su se ticala pandemije Covid-19 i njezinog utjecaja na svakodnevni život i rad ispitanih djelatnika Klinike.

Ispitanicima je postavljeno pitanje koliko smatraju da su informirani o pandemiji Covid-19. Podjednaki je broj odgovora bio: da su vrlo dobro

informirani (31%), dobro (30%) i dovoljno (32%), dok samo 4% smatra da su nedovoljno informirani o pandemiji, a 3% misli da su izvrsno upućeni u sve informacije o Covid-19.
Od ispitanika smo zatražili da ocijene koji izvor informacija smatraju najviše važnim, srednje važnim ili najmanje važnim. Medije (novine, radio, televiziju, internetske portale...) 37% sudionika ankete smatra najmanje važnim izvorom informacija, 51% medije smatra srednje važnim, a mediji su najbitniji izvor informacija za 12% ispitanika. Usmena predaja (informacije od kolega, prijatelja, obitelji...), najmanje bitnim izvorom informacija o pandemiji Covid-19 drži 9%, srednje bitnim 65% anketiranih, a za 26% ispitanika su usmene informacije najrelevantnije. Ispitanicima je ponuđena i stručna literatura kao opcija o izvoru informacija, koju najmanje bitnom smatra 4%, stručnu literaturu srednje važnom ocijenjuje 27% sudionika, dok najveći pojedinačni broj odgovora ispitanika, odnosno 67% njih, smatra stručnu literaturu najvažnijim izvorom informacija o pandemiji Covid-19.

Sljedeće pitanje odnosilo se na samoprocjenu ispitanika o razini stresa u zadnjih godinu dana (otprilike vrijeme proglašenja pandemije) na njihovom radnom mjestu. Ispitani djelatnici Klinike odgovorili su sljedeće: nisku razinu stresa ima 2%, umjerenu 24%, povišenu 34%, visoku 24%, a vrlo visoku razinu stresa 16% sudionika ankete.

Čak 69% djelatnika Klinike misli da će u bliskoj budućnosti doći do pogoršanja uvjeta rada na njihovom radnom mjestu, dok se 31% ispitanih izjasnilo da ne očekuju lošije uvjete rada na Klinici u skorijoj budućnosti.

Od ukupnog broja ispitanih djelatnika, njih 24% je preboljelo Covid-19, dok se 76% nije zarazilo ovim koronavirusom. Od ispitanika koji su preboljeli Covid-19 zatraženo je u anketi da navedu koliko je ta bolest utjecala na njihovo izvođenje aktivnosti svakodnevnog života. 20% preboljelih tvrdi da bolest nije nimalo utjecala, čak 60% osjeća da je bolest imala utjecaja, ali ne značajno, dok 20% smatra da je bolest utjecala u značajnijoj mjeri na njihovo izvođenje aktivnosti svakodnevnog života.

Sudionike ankete koji nisu preboljeli Covid-19 upitali smo da procijene vlastitu razinu straha od mogućih posljedica ako se zaraze koronavirusom. Postavljena je skala od 1-5 u kojem 1 označava tvrdnju: „Nimalo me nije strah posljedica ako se zarazim s Covid-19“, dok ocjena 5 vrijedi za izjavu „Izrazito me strah posljedica ako se zarazim s Covid-19“. U rasponu odgovora, 5,1% ispitanih je izabralo ocjenu 1, 20,3% izabralo je ocjenu 2, u sredini skale s ocjenom 3 nalazi

se 48,1% odgovora, 17,7% odabralo je ocjenu 4, a 8,9% ispitanih izrazilo je ocjenom 5 da ih je izrazito strah posljedica ako se zaraze.

Slično pitanje o strahu od posljedica, ali nakon ponovne zaraze, postavljeno je sudionicima ankete koji su već preboljeli ovu bolest. Kao i u prethodnom slučaju postavljena je skala od 1-5 na kojoj je ocjenom 1 označena tvrdnja: „Nimalo me nije strah posljedica ako se ponovno zarazim s Covid-19“, dok je na drugoj strani skale ocjena 5 označavala izjavu: „Izrazito me strah posljedica ako se ponovno zarazim s Covid-19“. Posljedica ponovne zaraze se nimalo ne boji 13% ispitanika, neznatan strah je ocjenom 2 iskazalo 26,1%, umjereni strah na sredini skale osjeća također 26,1%, kao i znatan strah ocjenom 4 isto 26,1% anketiranih. Izraziti strah, odnosno ocjena 5 zabilježena je kod 8,7% ispitanika.
U samoizolaciji je bilo 54% sudionika ankete, dok 46% nije bilo u samoizolaciji.

Koliku zabrinutost i tjeskobu osjećaju djelatnici u svakodnevnom radu s pacijentima, zbog moguće zaraze s Covid-19, bilo je naredno pitanje na koje je 29% ispitanih djelatnika Klinike odgovorilo da osjeća anksioznost, a 72% djelatnika ne osjeća anksioznost zbog opasnosti zaraze u radu s pacijentima na Klinici.
Do trenutka provedbe ankete, 63% sudionika ankete je cijepljeno (barem 1 dozom), dok 37% ispitanih djelatnika nije primilo cjepivo protiv Covid-19.

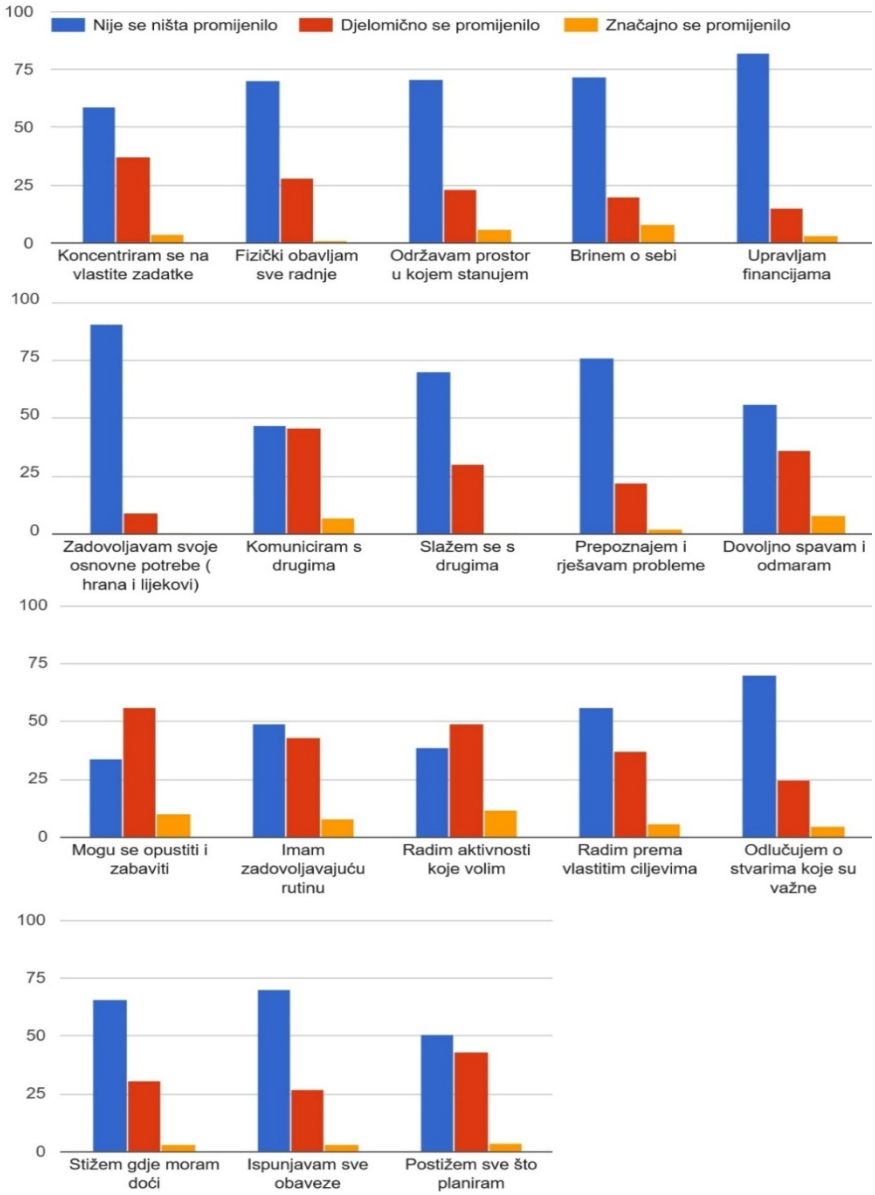
Sudionici ankete su upitani smatraju li da ih ograničava strah od zaraze Covidom-19 u svakodnevnoj socijalnoj interakciji. Potvrdan odgovor dalo je 53%, dok 47% ne smatra da ih strah ograničava u susretu s drugim osobama.
Izrazita većina sudionika ankete, čak 91,9% odgovorilo je da je pandemija Covid-19 utjecala na strukturu njihovog rada i organizaciju posla, a 8,1% smatra da nije bilo utjecaja pandemije.

U zadnjem dijelu ankete su strukturirana pitanja o okupacijskoj samoprocjeni ispitanika.

Od 100 ispitanika, 47% se izjasnilo da je stanje pandemije Covid-19 utjecalo na njihovu emocionalnu stabilnost i emocionalne vještine, a 53% procjenjuje da pandemija nije utjecala na njihovu emocionalnu stabilnost i vještine.

Ispitanicima je iznijeto 18 tvrdnji o njihovim aktivnostima od početka pandemije, na koje su trebali odabrati jedan od tri ponuđena odgovora: 1)nije se ništa promijenilo, 2)djelomično se promijenilo i 3)značajno se promijenilo.

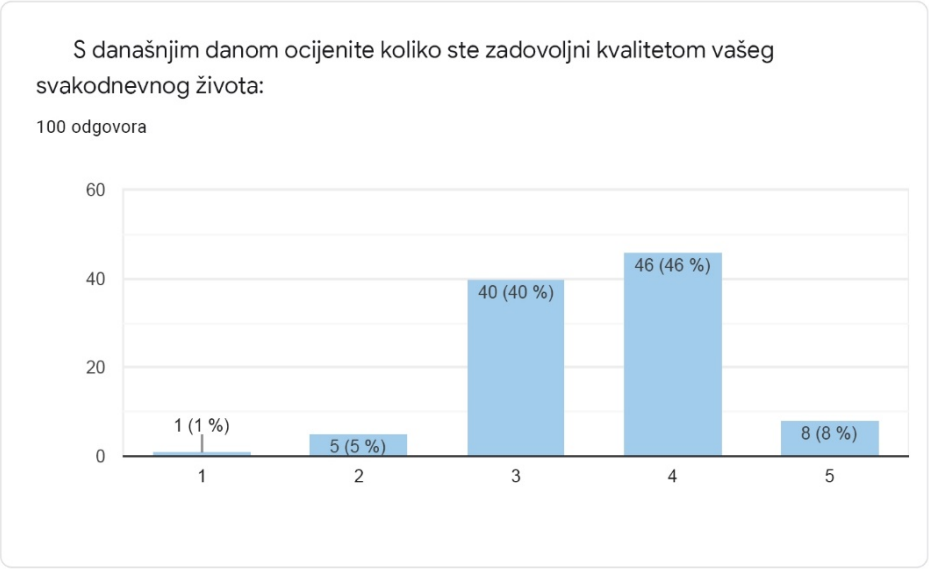
Za svaku izjavu označite da li se dogodila promjena u toj aktivnosti od početka pandemije:



(ODGOVORI U %)	NIJE SE NIŠTA PROMIJENILO	DJELOMIČNO SE PROMIJENILO	ZNAČAJNO SE PROMIJENILO
KONCENTRIRAM SE NA VLASTITE ZADATKE	59	37	4
FIZIČKI OBAVLJAM SVE RADNJE	70	28	1
ODRŽAVAM PROSTOR U KOJEM STANUJEM	71	23	6
BRINEM O SEBI	72	20	8
UPRAVLJAM FINANCIJAMA	82	15	3
ZADOVOLJAVAM SVOJE OSNOVNE POTREBE (HRANA I LIJEKOVI)	91	9	0
KOMUNICIRAM S DRUGIMA	46	47	7
SLAŽEM SE S DRUGIMA	70	30	0
PREPOZNAJEM I RJEŠAVAM PROBLEME	76	22	2
DOVOLJNO SPAVAM I ODMARAM	56	36	8
MOGU SE OPUSTITI I ZABAVITI	34	56	10
IMAM ZADOVOLJAVAJUĆU RUTINU	49	43	8
RADIM AKTIVNOSTI KOJE VOLIM	39	49	12
RADIM PREMA VLASTITIM CILJEVIMA	56	37	6
ODLUČUJEM O STVARIMA KOJE SU VAŽNE	70	25	5
STIŽEM GDJE MORAM DOĆI	66	31	3
ISPUNJAVAM SVE OBAVEZE	70	27	3
POSTIŽEM SVE ŠTO PLANIRAM	51	43	4

Kod većine iznijetih tvrdnji, sudionici su odgovorili da se njihove aktivnosti nisu promijenile, ili su se promijenile djelomično u postotnom omjeru manjem od 50%. Najuočljiviji odgovori su o značajnoj promjeni u aktivnostima kojima se vole baviti (12% odgovorilo je da su se značajno promijenile te aktivnosti, a 49% da su se djelomično promijenile) i mogućnostima opuštanja i zabave (10% smatra da su se značajno promijenile aktivnosti opuštanja i zabave,a 56 % da je došlo do djelomične promjene u tim aktivnostima). Također je kod znatnog broja ispitanika (njih 47%) komunikacija s drugim osobama označena kao aktivnost koja se djelomično promijenila ili značajno promijenila (7%). Može se istaknuti i aktivnost zadovoljavajuće rutine, kod koje je 43% ispitanika izjavilo da se djelomično promijenila, a 8% smatra i da se značajno promijenila.

Zaključno pitanje ankete bilo je da ispitanici ocijene na dan odgovaranja na anketu koliko su zadovoljni kvalitetom vlastitog života, pri čemu je ocjenom 1 na skali od 1-5 označena tvrdnja „Nikako“, dok je ocjena 5 označavala tvrdnju „U potpunosti“.



Nikako nije zadovoljno kvalitetom vlastitog života 1% (1 ispitanik), 5% je odabralo ocjenu 2, dakle izrazili su ne baš osobito zadovoljstvo

kvalitetom vlastitog života, dok je 40% ispitanika tu kvalitetu ocijenilo ocjenom 3. Od ukupnog broja sudionika ankete, 46% je vrlo zadovoljno, a 8% u potpunosti je zadovoljno
kvalitetom vlastitog života.

Rezultati i analiza ankete

U sažetku ankete navodimo da uzorak ispitanih aktivnih djelatnika Klinike prema sociodemografskoj strukturi (spol, dob, obrazovanje, mjesto stanovanja, brojno stanje obitelji) ne sugerira drastično odstupanje od očekivanog, koje bi u protivnom izazvalo posebnu pozornost u analizi ankete. Bitno je napomenuti da čak 74% anketiranih djelatnika Klinike kroz samoprocjenu izražava osobni stav da imaju povišenu (34%), visoku (24%) i vrlo visoku (16%) razinu stresa što može korelirati i s anticipacijom pogoršanja radnih uvjeta na Klinici (kod 69% ispitanih). Pritom se ne zamjećuje izraženiji strah od (ponovne) zaraze Covidom-19, ili od posljedica iste, što potvrđuje i visok postotak (72%) odgovora anketiranih djelatnika Klinike koji ne osjećaju anksioznost zbog opasnosti od zaraze u radu s pacijentima na Klinici. Zaključno, prema dobivenim odgovorima nije utvrđena značajnija pojava okupacijske neravnoteže kod ispitanih djelatnika Klinike.

Uloga radnog terapeuta u održavanju okupacijske ravnoteže i prevenciji razvoja stresa

Radni terapeuti kao zdravstveni stručnjaci posjeduju znanje koje je nužno da bi pojedinac u potpunosti participirao u svom životu unatoč trenutačnim teškim izazovima. Kroz svoju svakodnevnu praksu radni terapeuti surađuju s pacijentima čiji su, naočigled predvidljivi životi, očekivanja, rutine i planovi koji su strukturirali te živote iznenada narušeni faktorima koji su izvan njihove kontrole. Kao zdravstveni stručnjaci znamo da je u situacijama kada više nije moguće zadržati prethodne okupacijske obrasce važno usmjeriti se na ono što možemo, a ne na ono što ne možemo i potražiti alternativne okupacije kroz koje možemo primijeniti svoje postojeće vještine, znanja i snage

kako bismo doprinijeli drugima i kako bismo zadržali pozitivan osjećaj kompetentnosti i vlastite vrijednosti. Svojom intervencijom, edukacijom i savjetovanjem učimo pojedinca važnosti sudjelovanja u okupacijama kako bi osigurao red, rutinu i strukturu, smanjio stres i preraspodijelio svoje kognitivne resurse iz promišljanja o problemima, stvorio distrakciju pažnje, okupirao se i upravljao svojim vremenom da bi postigao iskustvo zadovoljstva i ispunjenja.
Znajući da se mentalno zdravlje unapređuje iskustvom ravnoteže u okupacijama koje njeguju osjećaj pripadanja, povezanosti i doprinosa, okupacijama koje grade rutinu, okupacijama koje su kreativne ili produktivne, okupacijama koje su izborne ili esencijalne i okupacijama koje se odnose na brigu o tijelu i umu možemo facilitirati okupacijsku uključenost kojom se svakodnevni život može obnoviti unutar ograničavajućih parametara koji nisu po našem izboru. (Hammell, 2020.)

Zaključak

U vremenima kada je nužno ojačati rezilijentnost, ponovno zadobiti osjećaj kontrole nad životom i izgraditi svrhovit život unutar konteksta dubokih poremećaja svakodnevice važno je znati i imati smjernice kako to ostvariti. Thibeault (2002.) je kroz istraživački rad zaključila da postoji pet vrsta aktivnosti koje imaju važnu ulogu u navedenom. To su “centriranje” ili uključenost u nezahtjevne, rutinske ili ponavljajuće okupacije koje potiču smirenost; “kontemplacija” kao što su meditacija, mindfulness ili boravak u prirodi; “stvaralaštvo” odnosno uključivanje u kreativne okupacije; “povezanost” koja opisuje okupacije koje jačaju osjećaj pripadanja, kao što su obitelj, kultura, prijatelji, priroda ili zemlja; i “doprinos” odnosno uključivanje u okupacije koje zadovoljavaju potrebu da doprinesemo drugima i zajednici. Kao radni terapeuti znamo odabrati i facilitirati odabir zdravih okupacija koje doprinose dobrobiti pojedinca.

Literatura

- Anaby, D., Backman, C. and Jarus, T., 2010. Measuring Occupational Balance: A Theoretical Exploration of Two Approaches. Canadian Journal of Occupational Therapy, 77(5), pp.280-288.
- American Journal of Occupational Therapy, 2020. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process—Fourth Edition. 74(Supplement_2), pp.7412410010p1.
- Backman, C., 2004. Occupational Balance: Exploring the Relationships among Daily Occupations and Their Influence on Well-Being. Canadian Journal of Occupational Therapy, 71(4), pp.202-209.
- Bejerholm, U. and Eklund, M., 2007. Occupational Engagement in Persons With Schizophrenia: Relationships to Self-Related Variables, Psychopathology, and Quality of Life. American Journal of Occupational Therapy, 61(1), pp.21-32.
- Bejerholm, U., 2010. Occupational Balance in People With Schizophrenia. Occupational Therapy in Mental Health, 26(1), pp.1-17.
- Dür, M., Unger, J., Stoffer, M., Drăgoi, R., Kautzky-Willer, A., Fialka-Moser, V., Smolen, J. and Stamm, T., 2015. Definitions of occupational balance and their coverage by instruments. British Journal of Occupational Therapy, 78(1), pp.4-15.
- Eklund, M., Orban, K., Argentzell, E., Bejerholm, U., Tjörnstrand, C., Erlandsson, L. and Håkansson, C., 2016. The linkage between patterns of daily occupations and occupational balance: Applications within occupational science and occupational therapy practice. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 24(1), pp.41-56.
- Epel, E., Crosswell, A., Mayer, S., Prather, A., Slavich, G., Puterman, E. and Mendes, W., 2018. More than a feeling: A unified view of stress measurement for population science. Frontiers in Neuroendocrinology, 49, pp.146-169.
- González-Bernal, J. J., Santamaría-Peláez, M., González-Santos, J., Rodríguez-Fernández, P., León Del Barco, B., & Soto-Cámara, R.2020. Relationship of Forced Social Distancing and Home Confinement Derived from the COVID-19 Pandemic with the Occupational Balance of the Spanish Population. Journal of Clinical Medicine 9, 3606. doi:10.3390/jcm9113606
- Guest, D., 2002. Perspectives on the Study of Work-life Balance. Social Science Information, 41(2), pp.255-279.
- Håkansson, C, Sonn, U & Dahlin-Ivanoff, S 2006, 'Achieving balance in everyday life: Insights from women with stress-related disorders.', Journal of Occupational Science, vol. 13, no. 1, pp. 74-82.
- Håkansson, C., Lissner, L., Björkelund, C. and Sonn, U., 2009. Engagement in patterns of daily occupations and perceived health among women of working age. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 16(2), pp.110-117.
- Håkansson, C., Björkelund, C. and Eklund, M., 2011. Associations between women's subjective perceptions of daily occupations and life satisfaction, and the role of perceived control. Australian Occupational Therapy Journal, 58(6), pp.397-404.

- Hammell, K., 2017. Opportunities for well-being: The right to occupational engagement. Canadian Journal of Occupational Therapy, 84(4-5), pp.209-222.
- Lazarus, R., DeLongis, A., Folkman, S. and Gruen, R., 1985. Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. American Psychologist, 40(7), pp.770-779.
- Thibeault, R., 2002. Occupation and the Rebuilding of Civil Society: Notes From the War Zone. Journal of Occupational Science, 9(1), pp.38-47.
- Wagman, P., Håkansson, C. and Björklund, A., 2011. Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 19(4), pp.322-327.
- Wagman, P. and Håkansson, C., 2014. Exploring occupational balance in adults in Sweden. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 21(6), pp.415-420.
- Wilcock, A., Chelin, M., Hall, M., Hamley, N., Morrison, B., Scrivener, L., Townsend, M. and Treen, K., 1997. The relationship between occupational balance and health: a pilot study. Occupational Therapy International, 4(1), pp.17-30.