

Religioznost i shizofrenija

Kurdija, Goran

Master's thesis / Diplomski rad

2022

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:932140>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-11**



Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Goran Kurdija

Religioznost i shizofrenija

Diplomski rad



Zagreb, 2022.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Sestre Milosrdnice pod vodstvom doc.dr.sc. Branke Aukst Margetić i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2021/2022.

POPIS I OBJAŠNJENJE KRATICA

DSM-5 – Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja, 5. izdanje

DUREL – Duke University Religion Index

ICD-10 – 10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti

IR – intrinzična religioznost

NORA – neorganizacijska religijska aktivnost

ORA – organizacijska religijska aktivnost

PANSS – ljestvica pozitivnog i negativnog sindroma

RCOPE – ljestvica religijskog sučeljavanja

SACBT – duhovno augmentirana kognitivno-bihevioralna terapija

SADRŽAJ:

Sažetak

Summary

1. Uvod	1
2. Shizofrenija.....	1
2.1. POVIJEST.....	1
2.2. EPIDEMIOLOGIJA.....	2
2.3. ETIOLOGIJA.....	2
2.4. KLINIČKA SLIKA.....	3
2.5. DIJAGNOSTIKA.....	4
2.6. LIJEČENJE.....	5
3. Religioznost.....	7
3.1. DIMENZIJE RELIGIOZNOSTI.....	7
3.2. RELIGIJSKO SUČELJAVANJE.....	8
3.3. RELIGIOZNOST I ZDRAVLJE.....	8
4. Religioznost i shizofrenija.....	10
4.1. EPIDEMIOLOGIJA.....	10
4.2. KLINIČKA SLIKA.....	11
4.3. SURADLJIVOST U LIJEČENJU.....	13
4.4. RELIGIJSKO SUČELJAVANJE S BOLEŠĆU.....	14
4.5. SUICIDALNOST.....	15
4.6. UPORABA OPOJNIH TVARI.....	16
4.7. PRUŽATELJI ZDRAVSTVENE SKRBI.....	17
4.8. PSIHOTERAPIJA.....	17
5. Zaključak.....	19
6. Zahvale.....	20
7. Literatura.....	21
8. Životopis.....	30

SAŽETAK

Religioznost i shizofrenija

Goran Kurdija

Religioznost je opsežan i kompleksan pojam koji obuhvaća institucionalizirane religijske stavove, vjerovanja i aktivnosti. U oboljelih od shizofrenije, religioznost je zastupljenija nego u općoj populaciji, te ima bitnu povezanost s tijekom bolesti i ishodima liječenja. Usprkos tome, u kliničkom radu još uvijek se podcjenjuje njezino značenje. Većina studija o religioznosti provedenih na populaciji oboljelih od shizofrenije je presječnog tipa, te je teško zaključivati o uzročno-posljedičnim vezama. Dosadašnjii dokazi upućuju na povezanost intenziteta i raznih dimenzija religioznosti s različitom kliničkom slikom, suradljivošću te komorbiditetima.

Zabilježena je viša stopa religijskih sumanutosti te niže stope adherencije, uporabe opojnih tvari i suicida. Sama prisutnost religioznosti bitnija je od pripadanja bilo kojoj specifičnoj religiji, iako je dokazano da se pacijenti različitih religijskih denominacija razlikuju u prevalenciji i vrsti religijskih sumanutosti. Jedan od najbitnijih elemenata religioznosti je religijsko sučeljavanje. Pozitivno religijsko sučeljavanje vezano je uz povoljniju kliničku sliku i višu kvalitetu života, dok je negativno religijsko sučeljavanje vezano uz značajno lošiji tijek i ishode bolesti. Iako skromni, podaci o odnosu pružatelja zdravstvene skrbi prema svojim pacijentima ukazuju na nedovoljno poznavanje njihove religioznosti, ali i religioznosti općenito. Moguće je da integracija religioznosti i duhovnosti pojedinog pacijenta u terapijski proces dovede do povoljnijih ishoda u liječenju shizofrenije.

Ključne riječi: religioznost, shizofrenija, duhovnost

SUMMARY

Religiosity and schizophrenia

Goran Kurdija

Religiosity is a comprehensive and complex term encompassing institutionalized religious attitudes, beliefs and activities. In patients with schizophrenia, religiosity is more prevalent than in the general population, and has significant associations with the course of illness and treatment outcomes. Nevertheless, its significance is still underestimated in clinical practice. The majority of studies on religiosity in schizophrenia patients are of the cross-sectional type, so it is difficult to reach conclusions about cause-and-effect relationships. Evidence to date suggests an association of intensity and various dimensions of religiosity with different clinical presentation, adherence, and comorbidities. Higher rates of religious delusions were reported, as well as lower rates of adherence, substance abuse and suicidal ideation. The mere presence of religiosity seems to be more important than belonging to any specific religion, although it has been proven that patients of different religious denominations differ in both prevalence and type of religious delusions. One of the most important elements of religiosity is religious coping. Positive religious coping is associated with a more favorable clinical presentation and higher quality of life, while negative religious coping is associated with a significantly worse course and outcome of illness. Although modest, data on the attitude of health care providers towards their patients indicate insufficient knowledge of their religiosity, but also of religiosity in general. It is possible that the integration of the religiosity and spirituality of each individual patient into the therapeutic process leads to more favorable outcomes in the treatment of schizophrenia.

Key words: religiosity, schizophrenia, spirituality

1. UVOD

Shizofrenija je teška kronična duševna bolest čiji simptomi obuhvaćaju promjene u percepciji realiteta, procesu mišljenja, emocijama, ponašanju, kognitivnim funkcijama, motivaciji i prosudbi. Duhovna, odnosno religijska, vjerovanja, ciljevi i praksa vrlo su značajni u životima mnogih oboljelih od shizofrenije te prema tome utječu na njihovu kogniciju, afekt, motivaciju i ponašanje (Aukst Margetić i Jakovljević, 2010). Stoga religioznost oboljelih može na različite načine biti povezana s ishodima liječenja te biti predmet interesa psihijatrije.

U ovom diplomskom radu osvrnut ću se najprije na osnovne karakteristike oboljelih od shizofrenije, potom na važnost religioznosti u ovoj populaciji, psihopatološke manifestacije religioznosti te ulogu koju ona može imati u prognozi bolesti.

2. SHIZOFRENIJA

Shizofrenija je jedan od najčešćih teških duševnih poremećaja. Pošto klinička slika, tijek bolesti i ishodi liječenja mogu značajno varirati, ponekad se govori o sindromu ili spektru shizofrenija. Bolest obično nastupa prije 25. godine i traje cijeli život. Pacijenti i njihove obitelji često žive u lošim socioekonomskim uvjetima zbog stigme i poremećenoga društvenog funkcioniranja. Usprkos relativno visokoj prevalenciji od oko 1%, shizofrenija je i dalje slabo razjašnjena bolest (Sadock i sur., 2017).

2.1. POVIJEST

Opisi kliničkih slika shizofrenije pojavljuju se kroz povijest, počevši od drevne Grčke, ali tek u 19. stoljeću se prepoznaje kao zasebni entitet. Pojam *dementia praecox* prvi puta koristi Arnold Pick 1891., a popularizira ga Emil Kraepelin. Pritom naglašava da se radi o degenerativnoj bolesti koja se manifestira u ranoj dobi, te uzrokuje

poremećaje kognitivnog funkcioniranja, a manifestira se prije svega halucinacijama i sumanutim idejama. Drugi poznati psihijatar tog vremena, Eugene Bleuler, uvodi 1908. pojam shizofrenija, doslovce preveden kao "podjela uma", a tim pojmom predstavlja podjelu između ličnosti, mišljenja, sjećanja i percepcije. Navodi 4 primarna simptoma koji konkretno opisuju tu podjelu, a objedinjuje ih kraticom 4A: poremećaj asocijacija, afekta, autizam i ambivalencija. Usto, kao sekundarne simptome navodi sumanute misli i halucinacije, koje je Kraepelin smatrao glavnima (Sadock i sur., 2017).

2.2. EPIDEMIOLOGIJA

Shizofrenija globalno zahvaća oko 24 milijuna ljudi. Globalna prevalencija bolesti među odraslima iznosi 0,45 % (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019). Prevalencija među muškarcima i ženama je slična, ali u muškaraca se nastup bolesti javlja ranije, u dobi od 21. do 25. godine života. Štoviše, u žena postoje dva vrhunca incidencije: između 25. i 30., te nakon 45. godine (Li i sur., 2017). Na sjevernoj polutki, oboljeli od shizofrenije češće se rađaju u zimskim, a na južnoj, u ljetnim mjesecima. Incidencija shizofrenije ovisi i o gustoći naseljenosti, s najvećom korelacijom u gradovima s preko milijun stanovnika. Rođaci osoba sa shizofrenijom u prvom koljenu imaju 10 puta viši rizik oboljenja od opće populacije (Sadock i sur., 2017).

2.3. ETIOLOGIJA

Iako su postavljene brojne teorije etiologije shizofrenije, niti jedna od njih ne pruža samostalno objašnjenje. Činjenica da stopa konkordancije shizofrenije među jednojajčanim blizancima iznosi 50 % upućuje na kombiniranu ulogu genetskih i

okolišnih čimbenika. Od biokemijskih čimbenika, čini se da dopaminska aktivnost ima najbitniju ulogu u nastanku pozitivnih simptoma bolesti, zbog čega i farmakoterapija usmjerena na taj sustav pokazuje najveću učinkovitost. Neuropatološka istraživanja pokazuju smanjenu gustoću dendrita, aksona i sinapsi koje posreduju u asocijativnim funkcijama mozga, što upućuje na pretjerano smanjenje broja sinapsi pri normalnom razvoju mozga kao jedan od potencijalnih etioloških čimbenika shizofrenije.

Od ostalih teorija razlikujemo psihoneuroimunološke, psihoneuroendokrinološke, neurometaboličke, elektrofiziološke, psihosocijalne, psihoanalitičke te one vezane uz specifične neuronske krugove (Sadock i sur., 2017).

2.4. KLINIČKA SLIKA

Za prepoznavanje shizofrenije potrebna je detaljna anamneza, pošto se svaki njezin simptom može naći i u drugim duševnim bolestima. Također, u istog pacijenta mogu se javiti različiti simptomi, u različito vrijeme te u različitom intenzitetu. Simptome najčešće opisujemo u skupinama kao pozitivni, negativni, kognitivni, motorički te afektivni simptomi. Pozitivnim simptomima nazivamo one koji su dodani ili su distorzija normalnom funkcioniranju, a čine ih sumanutosti, halucinacije i poremećaji govora. Negativni simptomi se definiraju kao nedostaci normalnom funkcioniranju, poput apatije, avolicije, abulije i anhedonije. Motoričkim simptomima treba pažljivo pristupiti, pošto mogu biti posljedica uporabe opojnih tvari ili farmakoterapije, a ne same bolesti. Mogu biti prisutni u rasponu od ekstremne agitacije do katatonog stupora, ili u obliku bizarnog ponašanja, poput ehopraksije, stereotipije, grimasiranja ili voštane savitljivosti. Od afektivnih simptoma, najčešće su prisutni smanjen afektivni odgovor i neprimjereno izražavanje emocija, često ekstremnog intenziteta. Poremećaji percepcije mogu se odnositi na sva osjetila, ali najčešće se radi o

auditornim halucinacijama, i to ljudskim glasovima. Misli mogu biti poremećana sadržaja, u obliku sumanutih ideja, te poremećene forme, što se očituje kao nekoherentnost govora, neologizmi, eholalija, verbigeracija, mutizam i slično. (Begić i sur., 2015). Zbog sumanutih misli, bolesnici mogu pokazivati agresivno ili suicidalno ponašanje. Uvid u bolest je slab, što je razlog niske suradljivosti u liječenju. Zbog svega navedenog, bolesnici obično imaju teškoća s međuljudskim odnosima, te žive u slabim socioekonomskim uvjetima. Također, značajna je i češća prisutnost određenih komorbiditeta, točnije zlouporabe opojnih tvari, afektivnih poremećaja, dijabetesa tip 2, te kronične opstruktivne plućne bolesti (Sadock i sur., 2017).

2.5. DIJAGNOSTIKA

Dijagnoza shizofrenije postavlja se isključivo na temelju anamneze i mentalnog statusa. Dijagnozu postavljamo prema važećoj Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (*International Classification of Diseases Version 10, ICD-10*). Da bismo postavili dijagnozu prema ovoj klasifikaciji, potrebna je prisutnost barem jednog jasnog simptoma iz jedne od sljedećih grupa, ili dva simptoma, ako nisu jasno izraženi, u trajanju od barem mjesec dana: sumanutosti vezane uz misli, poput jeke, insercije, oduzimanja i emitiranja misli, sumanutosti vezane uz kontrolu, utjecaj ili pasivnost koja se odnosi na pokrete tijela, specifične misli ili osjet, halucinacije glasova koji komentiraju pacijenta, njegove radnje, ili dolaze iz nekog dijela tijela, te ustrajne sumanutosti drugih vrsta čiji sadržaj je nemoguć i kulturno inkongruentan. Ako nisu prisutni simptomi iz navedenih grupa, dijagnoza se može postaviti i na temelju simptoma iz barem dvije od sljedećih grupa: ustrajne halucinacije bilo kojeg modaliteta koje mogu biti vezane uz prolazne ili nepotpuno formirane sumanutosti ili precijenjene ideje, prekidi ili umetanja u struji misli koja dovode do inkoherentnog

govora ili neologizama, katatono ponašanje i negativni simptomi (*World Health Organization*, 1992). U psihijatriji se također koristi američka klasifikacija po Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition*, DSM-5). Prema toj klasifikaciji, moraju biti prisutna barem dva simptoma u trajanju od mjesec dana, od kojih jedan mora biti neorganiziran govor, sumanute misli ili halucinacije. Mora postojati poremećaj i u barem jednoj bitnoj domeni funkcioniranja, kao što su društveni odnosi, posao, akademski rad ili samozbrinjavanje. Također, simptomi ne smiju biti posljedica konzumacije opojnih tvari ili lijekova, niti neke druge bolesti. Ako su simptomi blago izraženi ili uspješno liječeni unutar mjesec dana, dijagnoza se može postaviti na temelju barem dva simptoma, ali u trajanju od najmanje 6 mjeseci (*American Psychiatric Association*, 2013). Bolesnike se može svrstati u podtipove shizofrenije ovisno o predominantnim simptomima, ali zbog nepouzdanosti i čestog preklapanja podtipova, neki kliničari više ne čine takve podjele (Sadock i sur., 2017). Zlatni standard kvantifikacije težine simptoma shizofrenije je ljestvica pozitivnog i negativnog sindroma (*Positive and Negative Syndrome Scale*, PANSS). To je upitnik koji na skali od 1 do 7 ispituje trideset simptoma, od kojih sedam pripada pozitivnim simptomima shizofrenije, sedam negativnima, a šesnaest generalnoj psihopatologiji (Kay i sur., 1987).

2.6. LIJEČENJE

U liječenju shizofrenije, osim djelovanja na pretpostavljene etiološke čimbenike, potrebno je i osposobiti osobu za socijalizaciju i obavljanje svakodnevnih zadataka, ako je to potrebno. Pritom farmakoterapija predstavlja temelj liječenja. Najčešće se koriste antipsihotici prve generacije, koji djeluju antagonistički na postsinaptičke

dopaminske receptore u mozgu, te antipsihotici druge generacije, koji su antagonisti dopamina i serotonina. U akutnoj fazi bolesti mogu se koristiti i benzodiazepini za kontrolu agitacije. Antipsihotici prve generacije imaju karakteristične nuspojave u obliku ekstrapiramidalnih simptoma, a mogu se umanjiti antiparkinsoničkim lijekovima, beta blokatorima ili promjenom lijeka. Antipsihotici druge generacije imaju značajno manju stopu ekstrapiramidalnih simptoma, ali mogu pogodovati nastanku dijabetesa, pretilosti i dislipidemije zbog učinka na metabolizam inzulina. Izbor lijeka ovisi o fazi bolesti, težini simptoma, nuspojavama, odgovoru na prethodnu terapiju te preferencijama pacijenta (Begić i sur., 2015). Dokazana je i korist elektrokonvulzivne terapije, koju se preporuča suplementirati farmakoterapijom radi postizanja maksimalnog učinka. Bolji ishodi postižu se kada je farmakoterapija udružena sa psihosocijalnom terapijom. Ovisno o potrebama pacijenta, može se koristiti trening socijalnih vještina, obiteljska terapija, kognitivno-bihevioralna terapija, grupna terapija, radna terapija i ostale (Sadock i sur., 2017).

3. RELIGIOZNOST

Religioznost se može definirati kao sklonost osobe da se posveti religijskim vjerovanjima, principima i aktivnostima (Ellis i sur., 2019). Za mnoge ljude, religioznost ima ključnu ulogu u stvaranju i održavanju osobnih vrijednosti i morala, kao i u jačanju društvenih veza (Holdcroft, 2006). Duhovnost je pojam usko vezan uz religioznost, a odnosi se na osobno iskustvo svetog i transcendentalnog, nevezano uz formalne religijske institucije. Iako se ta dva pojma preklapaju, dovoljno se razlikuju da ih nije ispravno poistovjećivati, te se tako tretiraju i u istraživanjima. U zadnjih par desetljeća, provodi se sve više istraživanja sa svrhom pojašnjavanja veze između religioznosti i psihijatrijskih poremećaja.

3.1 DIMENZIJE RELIGIOZNOSTI

Pošto je religioznost izrazito kompleksan i multidimenzionalan pojam, za njezino proučavanje potrebno ju je raščlaniti na sastavne čimbenike ili dimenzije, te pružiti istraživačima jednostavan i razumljiv način ispitivanja istih. U tu svrhu osmišljeni su upitnici, od kojih je najznačajniji *Duke University Religion Index* (DUREL), koji je u uporabi od 1997. Sastoji se od pet pitanja koja procjenjuju tri velike dimenzije religioznosti: organizacijsku religijsku aktivnost (ORA), neorganizacijsku religijsku aktivnost (NORA) te intrinzičnu religioznost (IR). ORA uključuje javne religijske aktivnosti poput prisustvovanja religijskim obredima, molitvenim grupama, grupama za čitanje svetog pisma i slično. Religijske aktivnosti koje spadaju u NORA su one koje osoba obavlja nasamo, poput molitve, čitanja svetog pisma, gledanja religijskih TV programa ili slušanja religijskih sadržaja na radiju. IR je stupanj osobne religijske predanosti ili motivacije. Ona opisuje koliko osoba drži do toga da joj je religija sama po sebi vrijedna, a ne sredstvo postizanja nečeg vrjednijeg. Mjerenje ove tri

dimenzije religioznosti danas je široko zastupljeno u istraživanjima o povezanosti religije sa zdravljem, pa tako i na području psihijatrije (König i Büssing, 2010).

3.2. RELIGIJSKO SUČELJAVANJE

Sučeljavanje s bolešću pojam je koji označava uporabu vještina ili vjerovanja koja osobi pomažu nositi se sa stresom izazvanim bolešću. Religijsko sučeljavanje dodjeljuje značenje životnim izazovima i pruža osobi osjećaj smisla, utjehe i osobne kontrole. U većine religioznih ljudi prisutno je tzv. pozitivno religijsko sučeljavanje, koje osnažuje vjeru u dobronamjernu višu silu i potiče kontakt s religijskom zajednicom. S druge strane, osoba može koristiti i negativno religijsko sučeljavanje, koje je karakterizirano vjerovanjem u zlonamjernu višu silu i odvajanjem od zajednice. Takve osobe sklonije su interpretirati svoju bolest kao kaznu nego kao izazov potreban za pozitivnu duhovnu transformaciju. Štoviše, definirane su tri vrste negativnog religijskog sučeljavanja: negativan odnos prema božanskome, prema drugim vjernicima, te prema samome sebi, u obliku religijske krivnje ili sumnje (Pastwa-Wojciechowska, 2021). U istraživanjima, religijsko sučeljavanje najčešće se kvantificira kratkom ljestvicom religijskog sučeljavanja (Brief RCOPE) (Pargament i sur., 2011).

3.3. RELIGIOZNOST I ZDRAVLJE

Veza između religioznosti i zdravlja, uključujući i mentalno zdravlje, dugo je predmet rasprave, a u posljednje vrijeme i sve više istraživanja. Od dokaza koji govore o pozitivnim korelacijama između religioznosti i zdravlja, treba istaknuti da je pronađena značajna povezanost između religioznosti i smanjene incidencije fizičkih i mentalnih bolesti, kao i smanjenog mortaliteta od svih uzroka. Usto, religiozniji ljudi

se bolje oporavljaju od bolesti (George i sur., 2000). U području mentalnog zdravlja, bitno je istaknuti pozitivnu korelaciju između religioznosti i životnog zadovoljstva (Hossain i Rizvi, 2017; Kim, 2020; Abdel-Khalek i sur., 2021; Yeniaras i Akarsu, 2017). Također je dokazan zaštitni učinak religioznosti na subjektivno blagostanje u slučaju trajnog oštećenja zdravlja bolešću (Kim, 2020). Važno je postaviti pitanje jesu li ovi učinci na zdravlje posljedica intrinzičnih religijskih stavova i vjerovanja osobe, ili su uzrokovani snažnom društvenom podrškom i propisanim oblicima ponašanja, primjerice apstinencijom od alkohola i ostalih opojnih tvari. Prema poznatim podacima, društvena podrška objašnjava 5-10 %, a norme ponašanja 10 % učinka na zdravlje. Najveći učinak imaju osjećaji koherencije i značenja koje religija pruža, oko 20 – 30 % (George, 2000). U psihijatriji, dokazana je povezanost između religioznosti i više subjektivne kvalitete života, niže stope suicida, niže razine percipiranog stresa te manje simptoma u depresiji, posttraumatskom stresnom poremećaju i poremećajima ličnosti (Weber i Pargament, 2014). S druge strane, religioznost je ponekad povezana s negativnim učincima na zdravlje, ovisno o stavovima i vjerovanjima pojedine osobe. Ako osoba gaji sliku Boga kao negativnog entiteta, ili onog sklonog kažnjavanju, religija za nju može biti izvor osjećaja krivnje, sramote i napuštenosti, uz povećan rizik od depresije, anksioznosti, paranoidnih i kompulzivnih misli. Negativno religijsko sučeljavanje u svim oblicima povezano je uz višu stopu depresije, viši intenzitet i frekvenciju suicidalnih misli te višu anksioznost i osjećaj žalosti (Pastwa-Wojciechowska, 2021).

4. RELIGIOZNOST I SHIZOFRENIJA

Jedan od razloga zašto je bitno poznavati značenje religioznosti u životu osoba oboljelih od shizofrenije je viša prevalencija religioznosti među njima u odnosu na opću populaciju (Borras i sur., 2007; Mohr i sur., 2007; Duño i sur., 2020). Usto, gotovo polovica oboljelih smatra da religija ima središnju ulogu u njihovom životu (Mohr i sur., 2007, 2010). Tijekom trogodišnjeg praćenja, značenje religije ostaje stalno u oko 63 % oboljelih. Njih 20 % će iskusiti pozitivnu promjenu u religioznosti, odnosno religija će za njih postati bitniji element u sučeljavanju s bolešću ili se preobratiti iz negativnog u pozitivni element, dok će njih 17 % iskusiti negativnu promjenu (Mohr i sur., 2010). Također, bitno je obratiti pozornost na pojavu religijskog preobraćenja u oboljelih od shizofrenije. S jedne strane, ono može biti posljedica sučeljavanja s bolešću, posebice nakon postavljanja dijagnoze shizofrenije. U takvim slučajevima, uglavnom se radi o normalnom i blagotvornom procesu, kojemu je posljedica umanjivanje stresa i povratak osjećaja samokontrole. S druge strane, naglo religijsko preobraćenje može biti znak bolesti u razvoju, bilo kao uzrok ili kao posljedica. Također, do preobraćenja može doći tijekom razdoblja intenzivnog emocionalnog stresa, što u oboljelih povećava sklonost sumanutim mislima (Pastwa-Wojciechowska, 2021).

4.1. EPIDEMIOLOGIJA

Razina i kvaliteta religioznosti među nacijama se razlikuje, a nađene su i razlike u prevalenciji shizofrenije i shizotipije kao premorbidnog stanja za shizofreniju. Stoga, postavlja se pitanje ima li religioznost populacije utjecaj na te razlike. Dutton i Madison su, analizom 125 zemalja, ustanovili da prevalencija shizofrenije značajno

pozitivno korelira s razinom religioznosti nacije, a negativno s razinom ateizma (Dutton i Madison, 2022).

4.2. KLINIČKA SLIKA

Brojni dokazi upućuju na razlike u psihopatologiji oboljelih od shizofrenije s obzirom na stupanj i dimenzije religioznosti. Prije svega, u takvih osoba bitno je razlikovati psihozu od intenzivne religioznosti, koja ne mora biti znak patologije (Mizock i sur., 2012). Da bi se religioznost smatrala patološkom, mora imati negativan utjecaj na svakodnevno funkcioniranje osobe i njezinu kvalitetu života. Osim toga, patološki religiozne osobe ne pokazuju duhovni razvoj i zrelost. Takvi ljudi nemaju uvid u nerealnost svojih vjerovanja, te imaju teškoća s održavanjem odnosa s osobama unutar svog društvenog kruga (Pastwa-Wojciechowska, 2021). Jedan od značajnih kliničkih entiteta vezanih uz religioznost čine religijske sumanutosti. To su neobična, fiksna uvjerenja ili preokupacije religijske naravi koje nisu kongruentne s kulturnim normama, te narušavaju funkcioniranje osobe. Mogu uključivati natprirodna, apokaliptična, persekutorna ili vjerovanja vezana uz identifikaciju s religijskom figurom (Mizock i sur., 2012). U populaciji religioznih osoba sa shizofrenijom, viši stupanj religioznosti korelira s češćom pojavom religijskih sumanutosti (Huang i sur., 2011). Važnost religijskih sumanutosti leži u činjenici da pacijenti koji su ih barem jednom doživjeli imaju veći broj hospitalizacija i lošije psihosocijalno funkcioniranje od pacijenata koji ih nikada nisu doživjeli. Ova opservacija vrijedi bez obzira na stupanj osobne religioznosti pojedine osobe (Robles-Garcia i sur., 2014). Oko 25 – 39 % oboljelih od shizofrenije doživi barem jednu epizodu religijskih sumanutosti (Pastwa-Wojciechowska, 2021). One u muškaraca najčešće uključuju vjerovanje da je osoba Bog (18,9 %) ili svetac (15,3 %), dok se u žena najčešće radi o vjerovanju

da je osoba svetica (49,3 %) ili važna osoba (8,6 %), a izrazito rijetko da je Bog (0,7 %) (Rudalevičiene i sur., 2008.). Neki kliničari smatraju da su religijske sumanutosti otpornije na razuvjeravanje od ostalih vrsta sumanutosti (Dyga i Stupak, 2018).

Postoje dokazi da klinička slika u shizofreniji može biti povezana s pripadnošću pojedinoj religiji. Pregled 20 studija pokazao je da su pacijenti koji su se deklarirali kao kršćani imali više stope religijskih sumanutosti od muslimana, židova i budista. Unutar skupine kršćana, protestanti su imali više stope religijskih sumanutosti od rimokatolika, dok su rimokatolici imali sumanute misli vezane uz krivnju češće od protestanata (Gearing i sur., 2011). Studija Rudalevičiene i sur. pokazala je da su bračni status i stupanj obrazovanja prediktori pojave religijskih sumanutosti, ali ne i stupanj osobne religioznosti (Rudalevičiene i sur., 2008). Za razliku od njih, jedna studija na uzorku pacijenata koji se deklariraju kao hindusi, otkrila je da je prisutnost religijskih sumanutosti značajno povezana s intenzitetom osobnih religijskih aktivnosti, kao i težom simptomatologijom i duljim vremenom do početka liječenja (Mishra i sur, 2018). Osim religijskih sumanutosti, i drugi simptomi shizofrenije povezani su s religioznošću. Viši stupanj osobne religioznosti povezan je s nižom stopom negativnih simptoma (Roehricht i sur., 2009; Mohr i sur., 2007; Amadi i sur., 2021; Duño i sur., 2020), a prema nekim studijama i sa višom stopom pozitivnih simptoma (Mohr i sur., 2007; Duño i sur., 2020). Što se tiče sudjelovanja u organiziranim religijskim aktivnostima, neke studije pokazuju da oboljeli od shizofrenije koji češće u njima sudjeluju imaju manje izražene negativne simptome (Kos i sur., 2019), dok druge ukazuju na to da takve aktivnosti nisu povezane s povoljnijom kliničkom slikom (Mohr i sur. 2011). Naposljetku, postoje i dokazi da religioznost nije značajno vezana uz simptomatologiju (Huang i sur., 2011; Mizuno i

sur., 2017: Rudalevičiene i sur., 2010), broj hospitalizacija i subjektivnu kvalitetu života (Mohr i sur., 2007).

4.3. SURADLJIVOST U LIJEČENJU

U razmatranju veze između religioznosti osoba sa shizofrenijom i njihove suradljivosti u liječenju, u obzir treba uzeti više dimenzija religioznosti. Prema nekim studijama je češće sudjelovanje u organiziranim religijskim aktivnostima vezano uz veću suradljivost. Istovremeno, pacijenti kojima je religija bitna isključivo na osobnoj razini imaju nižu stopu suradljivosti čak i od nereligioznih pacijenata. Borrás i suradnici predlažu da je način shvaćanja bolesti i terapije ključan faktor u suradljivosti. Način shvaćanja podijelili su na medicinski s jedne strane, te religiozni ili duhovni s druge, koji isto može biti pozitivan ili negativan. Pozitivno religijsko shvaćanje bolesti podrazumijeva vjerovanja kao što su primjerice, da bolest postoji s dobrim razlogom ili predstavlja izazov podrijetlom od Boga, dok negativno shvaćanje uključuje vjerovanja da je bolest podrijetlom od Sotone ili predstavlja kaznu za počinjene grijehe. Pacijenti koji shvaćaju svoju bolest i terapiju u medicinskom smislu imaju veću suradljivost od onih koji ih shvaćaju u religijskom ili duhovnom smislu. Više od polovice (58 %) pacijenata nepotpuno suradljivih pri uzimanju farmakoterapije navodi sraz između svojih religijskih uvjerenja i uzimanja farmakoterapije, dok samo 8 % potpuno suradljivih izražava isti stav. Po pitanju suportivne psihoterapije, 40 % nepotpuno suradljivih pacijenata navodi isti sraz, prema 10 % potpuno suradljivih (Borrás i sur., 2007). Dokazano je i da religiozni pacijenti imaju manju preferenciju prema psihijatrijskom liječenju od nereligioznih, iako izražavaju sličnu razinu zadovoljstva njime (Huang i sur. 2011). Pacijenti koji su skloniji uporabi religijskog sučeljavanja pokazuju veću zadržku prema pohađanju obiteljske terapije. Nije jasno

je li to posljedica nepovjerenja prema pružateljima zdravstvene skrbi ili preferencije prema sučeljavanju s bolešću nasamo ili u religijskoj zajednici (Gurak i sur., 2017). Jedan od čimbenika koji bi mogao igrati ulogu u nižoj suradljivosti religioznih pacijenata je percepcija bolesti od strane njihovih obitelji, skrbnika i članova klera. Naime, dijeljenje religijskih vrijednosti može predstavljati kohezivnu silu između pacijenta i njegove okoline (Aukst-Margetić i Margetić, 2005). Istovremeno, osobe bliske religioznim pacijentima sklonije su vjerovati da njihova bolest u podlozi ima religijsku etiologiju, i to najčešće u smislu začaranosti, Božje kazne, opsjednutosti zlim duhovima ili manjka vjere. Iako su potrebna daljnja istraživanja u ovom području, moguće je da ovakvi stavovi imaju utjecaj na odnos pacijenata prema vlastitoj bolesti i liječenju (Smolak i sur., 2013). Naposljetku, treba uzeti u obzir i dokaze koji povezuju viši stupanj religioznosti s većom suradljivošću (Triveni i sur., 2021), kao i one koji ne nalaze korelaciju između bilo koje dimenzije religioznosti i suradljivosti (Amadi i sur., 2021).

4.4. RELIGIJSKO SUČELJAVANJE S BOLEŠĆU

Studije koje su istraživale religijsko sučeljavanje u oboljelih od shizofrenije pokazale su da ga koristi oko 60 % pacijenata (Mohr i sur., 2007), te da u gotovo svakom slučaju ima suportivnu ulogu (Smolak i sur., 2013). Omjer pacijenata koji koriste pozitivno naprema negativnom sučeljavanju je 71 – 87 % naprema 13 – 14 % (Mohr i sur., 2006, 2011, 2012). Pozitivno religijsko sučeljavanje značajno je povezano uz višu subjektivnu kvalitetu života, bolje socijalno funkcioniranje i nižu psihopatologiju, dok je negativno sučeljavanje obrnuto vezano uz njih (Nolan i sur., 2012; Mohr i sur., 2012; Triveni i sur., 2017). Stopa negativnog religijskog sučeljavanja viša je od one u općoj populaciji (Triveni i sur., 2017), a ne ovisi o religijskoj denominaciji,

nacionalnosti, niti o subjektivnoj važnosti religije (Mohr i sur., 2012). Nakon perioda praćenja od tri godine, uporaba pozitivnog sučeljavanja bila je vezana uz povoljniji klinički i funkcionalni status (Mohr i sur., 2011). Štoviše, pacijenti s višim stupnjem religioznosti češće koriste pozitivne strategije sučeljavanja, kao što su plansko rješavanje problema, samokontrola i traženje društvene podrške, dok su istovremeno manje skloni uporabi maladaptivnih strategija, poput izbjegavanja i konfrontativnog sučeljavanja (Das i sur., 2018). Proučavajući mehanizme kojima pozitivno religijsko sučeljavanje poboljšava kvalitetu života, dvije studije pokazale su da najveći učinak ima stvaranje osjećaja značenja, dok se mehanizmi vezani uz ekstrinzičnu religioznost, poput traženja društvene podrške, nisu pokazali značajnima (Tamak i de Mamani, 2014; Shah i sur., 2017). Slične rezultate pokazali su Mizuno i suradnici, otkrivši da je psihološka otpornost značajno povezana uz duhovnost i duhovno blagostanje, za razliku od sudjelovanja u religijskim aktivnostima (Mizuno i sur., 2018).

4.5. SUICIDALNOST

U populaciji oboljelih od shizofrenije suicid je relativno čest i javlja se prevalencijom od oko 4,9 % (Palmer i sur., 2005). Za razliku od opće populacije, u kojoj je dokazana obrnuta korelacija između religioznosti i stope suicida, u populaciji oboljelih od shizofrenije rezultati studija su mješoviti (Oman i Lukoff, 2018). Dokazi upućuju na to da je vrsta religijskog sučeljavanja bitnija od stupnja religioznosti. Naime, protektivni učinak religije navodi 45 % pacijenata koji koriste pozitivno religijsko sučeljavanje, a rizični učinak 38 % pacijenata koji koriste negativno religijsko sučeljavanje (Mohr i sur., 2006). Huguelet i suradnici ne nalaze povezanost između subjektivne ili kolektivne dimenzije religioznosti i stope pokušaja suicida, ali naglašavaju da 31 %

pacijenata bez pokušaja suicida navode religiju kao protektivni čimbenik, a 25 % svih pacijenata, uključujući i one s prethodnim pokušajima suicida, navodi isto. S druge strane, 11 % pacijenata navodi religiju kao čimbenik rizika za suicid, uglavnom zbog vjerovanja da će nakon smrti biti s Bogom ili zbog prekida kontakta s religijskom zajednicom (Huguelet i sur., 2007).

4.6. UPORABA OPOJNIH TVARI

Dosadašnji dokazi pokazuju obrnutu korelaciju između razine religioznosti i uporabe opojnih tvari u oboljelih od shizofrenije (Borras i sur., 2007; Huguelet i sur., 2009).

Štoviše, snažna obrnuta korelacija primjećuje se u pacijenata koji su uključeni u aktivnosti religijske zajednice, a umjerena obrnuta korelacija u onih kojima je religija od isključivo osobnog značaja. Od pacijenata koji trenutno koriste opojne tvari, oko polovica ih ne pridaje važnost religiji, za trećinu ona ima bitno subjektivno značenje, a samo 10 % čine oni koji sudjeluju u organiziranim religijskim aktivnostima (Borras i sur., 2007; Huguelet i sur., 2009). Pacijenti koji nikada nisu koristili opojne tvari češće su bili oni koji su u djetinjstvu primili religijsku naobrazbu (Huguelet i sur., 2009).

Konzumacija duhana obrnuto korelira samo s kolektivnom dimenzijom religioznosti (Borras i sur., 2008; Mohr i sur., 2007). Značajan učinak na konzumaciju opojnih tvari ima i vrsta religijskog sučeljavanja. Oko petina pacijenata koji koriste pozitivno sučeljavanje navodi zaštitni učinak religije, dok isti udio onih s negativnim sučeljavanjem navode da su zbog religije skloniji konzumaciji opojnih tvari (Mohr i sur., 2006).

4.7. PRUŽATELJI ZDRAVSTVENE SKRBI

Za razumijevanje uloge religioznosti u životu oboljelih od shizofrenije, bitno je spomenuti i odnos zdravstvenih radnika prema religioznosti. Iako većina oboljelih od shizofrenije smatra religioznost ključnim elementom za sučeljavanje s bolešću, kliničari obično podcjenjuju njezinu važnost. Samo 36 % psihijatara je sa svojim pacijentima razgovaralo o religioznosti, i to svaki puta na inicijativu pacijenta. Usprkos tome, 93 % psihijatara navodi da im ne bi bilo nelagodno razgovarati o toj temi. Čak i ako bi preuzeli inicijativu, preko polovice psihijatara smatra da nema dovoljno znanja u tom području. Mogući uzroci ovakvog odnosa psihijatara prema religioznosti su značajno viša stopa ateizma među psihijatrima (17 %) u odnosu na opću populaciju (5 %), te manje sudjelovanje religioznih psihijatara u individualnim religijskim aktivnostima od prosječnog vjernika (Huguelet i sur., 2006). Religiozniji psihijatri svjesniji su uloge religije u sučeljavanju, ali istovremeno osjećaju veću nelagodu pri razgovoru o patološkim religijskim vjеровanjima. Što se tiče inkompatibilnosti između religije i farmakoterapije, manje od polovice (39 %) kliničara bilo je svjesno tog problema u svojim pacijenata (Huguelet i sur., 2006). Još jedan od mogućih problema u odnosu između pacijenta i kliničara je tzv. religijski kontratransfer, koji nastaje uslijed liječnikove pristranosti ili skeptičnosti prema pacijentovim religijskim uvjerenjima (Mizock i sur., 2012).

4.8. PSIHOTERAPIJA

Pošto je u oboljelih od shizofrenije religioznost bitan faktor u sučeljavanju s bolešću, te su dokazani značajno bolji ishodi u osoba koje koriste pozitivno religijsko sučeljavanje, postoji potencijal za poticanje uporabe i razvijanja religioznosti u podobnih pacijenata. Terapijski modaliteti poput psihodinamske, suportivne i

kognitivno-bihevioralne terapije pokazali su pozitivne učinke u oboljelih od shizofrenije (Gottdiener i Haslam, 2002), a postoje i modaliteti koji specifično uključuju duhovnost pojedinca. Jedan od njih je duhovno augmentirana kognitivno-bihevioralna terapija (*Spiritually Augmented Cognitive-Behavioral Therapy*, SACBT), a drugi grupna terapija utemeljena na duhovnosti. One omogućavaju pacijentima da koncipiraju i nose se s bolešću u kontekstu vlastite duhovnosti, te pritom izbjegnu negativno sučeljavanje i osjećaj otuđenosti od pružatelja zdravstvene skrbi (Mizock, 2012).

5. ZAKLJUČAK

Iako je posljednjih godina porastao interes za istraživanje religioznosti u psihijatrijskih pacijenata, većina studija još uvijek je presječnog tipa. Stoga je nemoguće znati je li religioznost uzrok razlikama u brojnim aspektima bolesti ili osobe s takvim kliničkim karakteristikama pridaju veću važnost svojoj religioznosti. Potrebna su longitudinalna istraživanja koja mogu odgovoriti na ova pitanja. U svakom slučaju, te razlike su dovoljno značajne da zaslužuju pažnju pružatelja zdravstvene skrbi, uključujući ne samo liječnike, nego i medicinske sestre i socijalne radnike. Štoviše, u životima većine religioznih pacijenata izražena je uloga religijskih autoriteta i zajednice, te bi holistički pristup terapiji trebao uzeti u obzir i njegovanje pozitivnih odnosa s tim osobama. Poznavanje karakteristika i potreba religioznih pacijenata sa shizofrenijom moglo bi omogućiti njihovim skrbnicima da prilagode očekivanja i usmjere pažnju na bitne elemente terapijskog procesa, kao što je poticanje pozitivnog religijskog sučeljavanja te izbjegavanje negativnog.

6. ZAHVALE

Zahvaljujem mentorici doc.dr.sc. Branki Aukst Margetić na strpljenju i pomoći prilikom izrade diplomskog rada. Zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima na potpori koja mi je omogućila i dala motivaciju za pisanje ovog rada. Zahvaljujem svojoj djevojci Ivi na svakodnevnoj i neumornoj podršci.

7. LITERATURA

1. Abdel-Khalek AM, Korayem AS, Leste D (2021) Religiosity as a predictor of mental health in Egyptian teenagers in preparatory and secondary school. *The International Journal of Social Psychiatry* ;67(3):260-268.
<https://doi.org/10.1177/0020764020945345>
2. Amadi KU, Aguocha CM, Attama MC, Onu JU, Odinka PC, Nduanya CU, Muomah RC, Ndukuba AC (2021) Religiosity and treatment adherence among out-patients with schizophrenia, *Mental Health, Religion & Culture*, DOI: 10.1080/13674676.2020.1826916
3. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
<https://doi-org.ezproxy.frederick.edu/10.1176/appi.books.9780890425596>
4. Aukst-Margetić B, Margetić B (2005) Religiosity and health outcomes: review of literature. *Collegium Antropologicum*, 29(1), 365–371.
5. Aukst Margetić B, Jakovljević M (2010) Odnos religioznosti i shizofrenije. Ur. Jakovljević M. u: *Duhovnost u suvremenoj medicini i psihijatriji*. Katedra za psihijatriju medicinskog fakulteta Sveučilišta u Mostaru. Pro Mente Zagreb. str.180-198.
6. Borrás L, Mohr S, Brandt PY, Gilliéron C, Eytan A, Huguelet P (2007) Religious beliefs in schizophrenia: their relevance for adherence to treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1238–1246.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbl070>
7. Borrás L, Mohr S, Brandt PY, Gillieron C, Eytan A, Huguelet P (2008) Influence of spirituality and religiousness on smoking among patients with schizophrenia or schizo-affective disorder in Switzerland. *The International*

Journal of Social Psychiatry, 54(6), 539–549.

<https://doi.org/10.1177/0020764008091424>

8. Begić D, Jukić V, Medved V (ur.) (2015) Psihijatrija. Zagreb: Medicinska Naklada
9. Das S, Punnoose VP, Doval N, Nair VY (2018) Spirituality, religiousness and coping in patients with schizophrenia: A cross sectional study in a tertiary care hospital. *Psychiatry Research*, 265, 238–243.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.030>
10. Duñó R, Oliva JC, Tobeña A, Palao D, Labad J (2020) Religiosity and Psychotic Ideation in Stable Schizophrenia: A Role for Empathic Perspective-Taking. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 10(2), 53.
<https://doi.org/10.3390/bs10020053>
11. Dutton E, Madison G (2022) “Blessed are the Nations with High Levels of Schizophrenia”: National Level Schizophrenia Prevalence and Its Relationship with National Levels of Religiosity. *J Relig Health* 61, 6–22.
<https://doi.org/10.1007/s10943-021-01353-z>
12. Dyga K, Stupak R (2018) Ways of understanding of religious delusions associated with a change of identity on the example of identification with Jesus Christ. Sposoby rozumienia urojeń religijnych związanych ze zmianą tożsamości na przykładzie identyfikacji z Jezusem Chrystusem. *Psychiatria Polska*, 52(1), 69–80. <https://doi.org/10.12740/PP/64378>
13. Ellis L, Farrington DP, Hoskin AW (2019) *Handbook of Crime Correlates (Second Edition)*, Chapter 3 - Institutional Factors, Pages 105-162, Academic Press, ISBN 9780128044179

14. Gearing RE, Alonzo D, Smolak A, McHugh K, Harmon S, Baldwin S (2011) Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: implications for engagement and adherence. *Schizophrenia Research*, 126(1-3), 150–163. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.005>
15. George LK, Larson DB, Koenig HG, McCullough ME (2000) Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 102–116. <https://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.102>
16. Gottdiener WH, Haslam N (2002) The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: A meta-analytic review. *Ethical Hum. Sci. Serv.*, 4, 1–25.
17. Grover S, Davuluri T, Chakrabarti S (2014) Religion, spirituality, and schizophrenia: a review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(2), 119–124. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.130962>
18. Gurak KK, Weisman de Mamani A, Ironson G (2017) Does religiosity predict attrition from a culturally-informed family treatment for schizophrenia that targets religious coping? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(10), 937–949. <https://doi.org/10.1037/ccp0000234>
19. Holdcroft BB (2006) What is Religiosity. *Journal of Catholic Education*, 10 (1). <http://dx.doi.org/10.15365/joce.1001082013>
20. Hossain MZ, Rizvi MAK (2016) Relationship between religious belief and happiness in Oman: a statistical analysis, *Mental Health, Religion & Culture*, 19:7, 781-790, DOI: 10.1080/13674676.2017.1280009
21. Huang CL, Shang CY, Shieh MS, Lin HN, Su JC (2011) The interactions between religion, religiosity, religious delusion/hallucination, and treatment-seeking behavior among schizophrenic patients in Taiwan.

Psychiatry Research, 187(3), 347–353.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.014>

22. Huguelet P, Mohr S, Borrás L, Gillieron C, Brandt PY (2006) Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(3), 366–372.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.3.366>

23. Huguelet P, Mohr S, Jung V, Gillieron C, Brandt PY, Borrás L (2007) Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. *European Psychiatry : the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 22(3), 188–194. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.08.001>

24. Huguelet P, Borrás L, Gillieron C, Brandt PY, Mohr S (2009) Influence of spirituality and religiousness on substance misuse in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Substance Use & Misuse*, 44(4), 502–513. <https://doi.org/10.1080/10826080802344872>

25. Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Health Data Exchange (GHDx).

<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/27a7644e8ad28e739382d31e77589dd7>

26. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276.

<https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>

27. Kim D (2020) The Effect of Becoming Disabled on the Subjective Well-Being of Religious and Nonreligious People. *Journal of Religion and Health*, 59(2), 816–827. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00808-8>

28. Koenig HG, Bussing A (2010) The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions*, 1, 78-85. <http://dx.doi.org/10.3390/rel1010078>
29. Kos L, Šagud M, Mihaljević-Peleš A, Kutleša M, Kovač T, Trkulja V (2019) Religiosity and Severity of Symptoms in Croatian Patients With Major Depressive Disorder or Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(6), 515–522. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001003>
30. Li R, Ma X, Wang G, Yang J, Wang C (2016) Why sex differences in schizophrenia?. *Journal of Translational Neuroscience*, 1(1), 37–42.
31. Mishra A, Das B, Goyal N (2018) Religiosity and religious delusions in schizophrenia - An observational study in a Hindu population. *Asian Journal of Psychiatry*, 32, 35–39. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.011>
32. Mizock L, Millner UC, Russinova Z (2012) Spiritual and Religious Issues in Psychotherapy with Schizophrenia: Cultural Implications and Implementation. *Religions*, 3, 82-98. <https://doi.org/10.3390/rel3010082>
33. Mizuno Y, Hofer A, Frajo-Apor B, Wartelsteiner F, Kemmler G, Pardeller S, Suzuki T, Mimura M, Fleischhacker WW, Uchida H (2018) Religiosity and psychological resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder: an international cross-sectional study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(4), 316–327. <https://doi.org/10.1111/acps.12838>
34. Mohr S, Brandt PY, Borrás L, Gilliéron C, Huguelet P (2006) Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1952–1959. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1952>

35. Mohr S, Gillieron C, Borrás L, Brandt PY, Huguelet P (2007) The assessment of spirituality and religiousness in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 247–253.
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000258230.94304.6b>
36. Mohr S, Borrás L, Rieben I, Betrisey C, Gillieron C, Brandt PY, Perroud N, Huguelet P (2010) Evolution of spirituality and religiousness in chronic schizophrenia or schizo-affective disorders: a 3-years follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(11), 1095–1103.
<https://doi.org/10.1007/s00127-009-0151-0>
37. Mohr S, Perroud N, Gillieron C, Brandt PY, Rieben I, Borrás L, Huguelet P (2011) Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 177–182. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.012>
38. Mohr S, Borrás L, Nolan J, Gillieron C, Brandt PY, Eytan A, Leclerc C, Perroud N, Whetten K, Pieper C, Koenig HG, Huguelet P (2012) Spirituality and religion in outpatients with schizophrenia: a multi-site comparative study of Switzerland, Canada, and the United States. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 44(1), 29–52. <https://doi.org/10.2190/PM.44.1.c>
39. Nolan JA, McEvoy JP, Koenig HG, Hooten EG, Whetten K, Pieper CF (2012) Religious coping and quality of life among individuals living with schizophrenia. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 63(10), 1051–1054.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201000208>
40. Oman D, Lukoff D (2018) Mental Health, Religion, and Spirituality. In: Oman, D. (Ur.) *Why Religion and Spirituality Matter for Public Health*. Religion,

Spirituality and Health: A Social Scientific Approach, vol 2. Springer, Cham.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-73966-3_13

41. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM (2005) The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 247–253. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.247>
42. Pargament K, Feuille M, Burdzy D (2011) The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions*, 2, 51-76. <https://doi.org/10.3390/rel2010051>
43. Pastwa-Wojciechowska B, Grzegorzewska I, Wojciechowska M (2021) The Role of Religious Values and Beliefs in Shaping Mental Health and Disorders. *Religions*; 12(10):840. <https://doi.org/10.3390/rel12100840>
44. Robles-García R, López-Luna S, Páez F, Escamilla R, Camarena B, Fresán A (2014) History of religious delusions and psychosocial functioning among Mexican patients with paranoid schizophrenia. *Journal of Religion and Health*, 53(6), 1622–1633. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9727-9>
45. Röhrich F, Basdekis-Jozsa R, Sidhu J, Mukhtar A, Suzuki I, Priebe S (2009) The association of religiosity, spirituality, and ethnic background with ego-pathology in acute schizophrenia, *Mental Health, Religion & Culture*, 12:6, 515-526, DOI:10.1080/13674670902800133
46. Rudaleviciene P, Stompe T, Narbekovas A, Raskauskiene N, Bunevicius R (2008) Are religious delusions related to religiosity in schizophrenia?. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 44(7), 529–535.
47. Rudaleviciene P, Adomaitiene V, Stompe T, Narbekovas A, Meilius K, Raskauskiene N, Rudalevicius J, Bunevicius R (2010) Delusions of

- persecution and poisoning in patients with schizophrenia: sociocultural and religious background. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 46(3), 185–192.
48. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (2017) *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Eleventh edition. Philadelphia: Wolters Kluwer
49. Shah R, Kulhara P, Grover S, Kumar S, Malhotra R, Tyagi S (2011) Relationship between spirituality/religiousness and coping in patients with residual schizophrenia. *Quality of Life Research : an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 20(7), 1053–1060. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9839-6>
50. Smolak A, Gearing RE, Alonzo D, Baldwin S, Harmon S, McHugh K (2013) Social support and religion: mental health service use and treatment of schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 49(4), 444–450. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9536-8>
51. Tabak NT, Weisman de Mamani A (2014) Religion's effect on mental health in schizophrenia: examining the roles of meaning-making and seeking social support. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 8(2), 91–100. <https://doi.org/10.3371/CSRP.TUWE.021513>
52. Triveni D, Grover S, Chakrabarti S (2017) Religiosity among patients with schizophrenia: An exploratory study. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(4), 420–428. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_17_1
53. Triveni D, Grover S, Chakrabarti S (2021) Does religiosity in persons with schizophrenia influence medication adherence. *Indian Journal of Psychiatry*, 63(3), 228–232. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_413_20

54. Weber SR, Pargament KI (2014) The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358–363.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000080>
55. World Health Organization (1992) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization
56. Yeniaras V, Akarsu T (2017) Religiosity and Life Satisfaction: A Multi-dimensional Approach. *Journal of Happiness Studies*. 18. [10.1007/s10902-016-9803-4](https://doi.org/10.1007/s10902-016-9803-4).

8. ŽIVOTOPIS

Rođen sam 14. svibnja 1997. u Rijeci. U Zagrebu završavam V. gimnaziju, te iste godine upisujem Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Tijekom fakulteta djelujem kao demonstrator na katedrama za anatomiju, patofiziologiju i psihijatriju.

Rekreativno se bavim biciklizmom. Tečno se služim engleskim jezikom.