

Između negiranja i konsternacije. U čemu se sastoji i o čemu ovisi ispravna percepcije krize i bolesti?

ANDRIJANA ŠANTIĆ* – DUNJA DEGMEČIĆ**

• <https://doi.org/10.31823/d.31.4.5> •

UDK: 159.942: 615.85 • Pregledni članak

Primljeno: 26. travnja 2022. • Prihvaćeno: 30. studenoga 2023.

* Andrijana Šantić,
dr. med., Klinika za
psihijatriju, KBC
Osijek – Medicinski
fakultet Osijek,
Sveučilište Josipa
Jurja Strossmayera u
Osijeku, J. Huttlera
4, 31 000 Osijek,
Hrvatska, andrijana.
miskovic1@gmail.
com

** Prof. prim. dr. sc.
Dunja Degmečić,
dr. med., Klinika za
psihijatriju, KBC
Osijek – Medicinski
fakultet Osijek,
Sveučilište Josipa
Jurja Strossmayera u
Osijeku, J. Huttlera 4,
31 000 Osijek,
Hrvatska, ddegmecic@
gmail.com

Sažetak: *Analizirajući relevantna istraživanja shvaćanja međudjelovanja okolišnih kulturnih i socioekonomskih čimbenika na zdravstveno stanje te daljnjim proučavanjem dostupne literature dolazimo do širine i jednostavnosti definiranja pojmovna bolesti i kriznoga stanja. Shvaćanje bolesti i suočavanje s njom uvijek je individualno, što uporište pronalazi u vlastitoj predodžbi bolesti. Krizno stanje označava poremećaj psihosocijalne ravnoteže koji je posljedica nekoga nepovoljnoga događaja ili prolongiranih, često dugotrajnih, nepovoljnih životnih okolnosti. Cilj je ovoga preglednoga rada pojasniti osnovne elemente koji doprinose stvaranju percepcije bolesti i kriznoga stanja pacijenta te važnost empatije terapeuta tijekom sudjelovanja u liječenju pacijenata, što podrazumijeva stvarno dijeljenje osjećaja tereta, uz zadržavanje profesionalne objektivnosti i kontroliranja terapijskoga plana.*

Ključne riječi: *percepcija; zdravlje; bolest; homeostaza; krizno stanje; empatija.*

Uvod

Shvaćanje vlastitoga zdravstvenoga stanja nastaje međusobnim utjecajem okolišnih, kulturnih i socioekonomskih čimbenika. Posljedično tomu percepcija dobroga zdravlja rapidno pada starenjem pojedinaca.¹ U nastavku rada poja-

¹ G. GIORGI, L. I. LECCA, J. M. LEON-PEREZ, S. PIGNATA, G. TOPA, N. MUCCI, Emerging Issues in Occupational Disease: Mental Health in the Aging Working Population and Cognitive Impairment-A Narrative Review, u: *Biomed Res Int* 2020.

snit ćemo pristup pojmu zdravlja, koje je prema Andriji Štamparu označavalo »stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti«. Upravo iz toga razloga stanje bolesti dobiva svoju jednostavnost u definiranju i širinu u opisivanju. Bolest kao pojava za sobom povlači niz promjena koje se tiču osobnoga funkcioniranja i postojanja. Iako velik dio pacijenata dijeli pojedine dijagnostičke kategorije, shvaćanje i suočavanje s bolesti uvijek je individualno. Osnovni razlog tomu jest stvaranje vlastite predodžbe bolesti. Percepciji bolesti pristupamo pomoću osobne kontrole, kontrole tretmana i koherentnosti. Percepcija bolesti izravno utječe na ponašanja, strategije suočavanja i emocionalne odgovore na bolest, a time i razvoj tjelesnoga i psihičkoga oporavka nakon što se bolest već pojavila. Pojam krize ili kriznoga stanja označava poremećaj psihosocijalne ravnoteže koji je posljedica nekoga nepovoljnoga događaja. Krizno je stanje, zapravo, poremećaj prilagodbe koji je posljedica prolongiranih, često dugotrajnih, nepovoljnih životnih okolnosti. Osnovni je element koji stvara percepciju bolesti i kriznoga stanja pacijenta empatija terapeuta.² Ona podrazumijeva stvarno dijeljenje osjećaja tereta, uz zadržavanje profesionalne objektivnosti i kontrolnih sposobnosti vezanih za terapijski plan. Cilj je ovoga rada kritički pristupiti pojmovima zdravlja, bolesti i shvaćanja kriznoga stanja kao osnovnim sastavnicama života pojedinca. Stoga smo sustavno pretraživali baze podataka PubMed i Embase za studije koje izvješćuju o ranije navedenim pojmovima objavljenim između 1. siječnja 2000. i 1. siječnja 2021. godine, na engleskom ili hrvatskom jeziku. Studije su identificirane korištenjem pojmovima za pretraživanje koji se odnose na zdravlje, bolest, krizno stanje, njihove posljedice i dugotrajno praćenje. Za pretraživanja su kombinirani izrazi medicinskih predmetnih naslova (MeSH) i riječi slobodnoga teksta. Referentne liste relevantnih radova provjerene su za dodatne studije. Naše detaljne strategije pretraživanja predstavljene su u *Dodatnim metodama* u kojima smo odabrali pretraživanje knjiga i dokumenta, uz cjelovite dostupne članke objavljene u ranije navedenom razdoblju.

1. Osobno shvaćanje zdravlja

Zapadnim pristupom zdravlje se kao fenomen opisuje stanjem potpunoga blagostanja organizma, odnosno njegova idealno usklađenoga funkcioniranja na tjelesnoj, emocionalnoj, društvenoj i duhovnoj razini pojedinca. Takvu definiciju dobili smo od Svjetske zdravstvene organizacije koja izjednačava zdravlje pojedinca s kvalitetom njegova življenja.³ Holizam (*grč. holos*) se populistički proteže u medijima

² L. LORETTU, G. C. NIVOLI, P. MILIA, C. DEPALMAS, M. CLERICI, A. M. A. NIVOLI, *Il colloquio in situazioni psichiatriche di crisi [Clinical interview in psychiatric difficult situations]*, u: *Rivista di Psichiatria* 52(2017.)4,150–157.

³ V. HALAUK, *Kvaliteta života u zdravlju i bolesti*, u: *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru*, 2013., sv. 7, 251–257.

kao općeprihvaćeno načelo pristupa zdravlju pojedinca kao cjelini koja se ne može promatrati po pojedinim tjelesnim entitetima.⁴ Taj pristup omogućava shvaćanje kako postoji veza između materijalne i nematerijalne čovjekove dimenzije te obuhvaćanje obiju dimenzija što doprinosi poboljšanju kvalitete ljudskoga života, a samim time i zdravlja. Na ljestvicama životnih prioriteta visoko prvo mjesto zauzima vrijednota zdravlja, kojoj se pridaje najveća važnost u današnjem društvu.^{5,6} Shvaćanje zdravlja kao takvoga ni u jednom trenutku ne predstavlja problem dokle god se pojedinac može nositi s njegovom odsutnošću. Problem nastaje kada zdravstvena ograničenja, bolest i starost postanu okupacija cjelokupnoga društva te se sve čini kako se čovjek s navedenim ne bi morao suočiti. U tom slučaju komercijalizam i funkcionalizam nadvladaju holistički pristup te on postaje uvjetovan tržištem što otežava suočavanje pojedinca s bolešću, patnjom, smrću. Tomu dodatno doprinosi moderna medicina sa svojim pristupom u kojem na sve moguće načine pokušava onеспособiti vlastitu sposobnost i spremnost prihvaćanja boli i prihvaćanja trenutačnoga stanja ograničavanjem osjeta organske boli i nelagoda.^{7,8,9} Homeostatski model procjene kvalitete života nameće nam činjenicu kako je naš subjektivni dojam kvalitete života stabilan do te mjere dok na njega ne utječu odraženi biološki procesi i okolinski čimbenici. Promjene u navedenim čimbenicima matematički dovode do promjena kvalitete života i narušavanja homeostaze.¹⁰ Iako prateći dostupnu literaturu najčešće kvalitetu vlastitoga života pripisujemo subjektivnoj procjeni određenih kriterija, pojedini autori tomu dodaju i element osobnoga temperamenta, karakteristike ličnosti koje utječu na dojam realnosti i osobno životno iskustvo. Pristup kvaliteti života na temelju zdravlja podrazumijeva mogućnost obavljanja aktivnosti u primarnoj životnoj okolini te bolesnikovo zadovoljstvo stupnjem funk-

⁴ N. BUBANDT, T. OTTO, Anthropology and the Predicaments of Holism, u: ISTI, *Experiments in Holism: Theory and Practice in Contemporary Anthropology*, West Sussex, UK, 2010., 1–15.

⁵ M. KRIZMANIĆ, V. KOLESARIĆ: Pokušaj konceptualizacije pojma »kvaliteta života«, u: *Primenjena psihologija* (1989.), 179–184.

⁶ R. A. CUMMINS, Personal Income and Subjective Well-Being: A Review, u: *Journal of Happiness Studies* (2000.)1, 133–158.

⁷ R. A. CUMMINS, Objective and Subjective Quality of Life: an interactive model, u: *Social Indicators Research* 52(2000.), 55–72.

⁸ Z. CHEN, G. DAVEY, Subjective Quality of Life in Zhuhai City, South China: A Public Survey Using the International Wellbeing Index, u: *Social Indicators Research* 91(2009.), 243–25.

⁹ V. SLONIM-NEVO, J. MIRSKY, L. RUBINSTEIN, B. NAUCK, The Impact of Familial and Environmental Factors on the Adjustment of Immigrants: A Longitudinal Study, u: *Journal of Family Issues* 30(2009)1, 92–123.

¹⁰ D. MELLOR, R. CUMMINS, E. KARLINSKI S. STORER, The Management of Subjective Quality of Life by Short-Stay Hospital Patients: An Exploratory Study, u: *Health and Quality of Life Outcomes* 39(2003.)1.

cioniranja i kontroliranja stadija bolesti. Medicinski bi ju definirali omogućavanjem što sličnijega načina života životu koji je prethodio bolesti i provedenoj medicinskoj intervenciji.¹¹ Slikovito bi tomu najbolje odgovarao prikaz triju povezanih i kružnicom presječenih krugova kojim u interakciju dolazi objektivno stanje bolesnika; subjektivni osjećaj blagostanja; sustav vlastitih vrijednosti i sklonosti pojedinca. Sva tri entiteta potrebno je promatrati iz dimenzije fizičke, materijalne, socijalne i emocionalne dobrobiti te osobnoga razvoja u odnosu na utjecaj okolinskih čimbenika.¹² Iz toga proizlazi kako je riječ o kognitivnoj komponenti subjektivnoga osjećaja blagostanja i da su ugodne i neugodne emocije te zadovoljstvo životom elementi koji su umjereno povezani i relativno nezavisni.¹³ U idealnim životnim uvjetima zdravlja i općega blagostanja bilo bi jednostavno održavati kvalitetu života na visokoj razini, no većina istraživača slaže se kako je idealno stanje teško postići jer na njega u velikoj mjeri utječu osobine ličnosti te psihičko stanje čovjeka. Brojna istraživanja potvrđuju kako je osnovni medijator ishoda liječenja te procjene kvalitete života u situacijama bolesti psihičko stanje, osobito stanja poput depresivnosti i anksioznosti. Teži se shvaćanju zdravlja kao rezervne snage za život, a ne kao jedinstvenoga cilja života.¹⁴ Zbog toga je nužno mijenjati vlastiti životni stil promjenom pojedinih obrazaca ponašanja što podrazumijeva prevenciju rizičnih ponašanja koja vode u ovisnosti ili kronična oboljenja te odvajanje vremena za odmor i duhovni razvoj. Također se naglasak stavlja na socijalnu podršku, jer je dokazano kako pojedinac bolje funkcionira u društvenoj zajednici, kada osjećaj pripadnosti stvara sigurnost i samopouzdanje. Dobri obiteljski odnosi izvor su zadovoljstva, dok narušena obiteljska stabilnost negativno utječe na zdravlje pojedinca i čini ga povučenim, tjeskobnim ili depresivnim. U očuvanju pozitivnih socijalnih odnosa najveći angažman treba preuzeti pojedinac i zajednica preko rada institucija i ustanova u cjelini.¹⁵

2. Shvaćanje bolesti i strategije suočavanja s bolesti

Kao što je ranije spomenuto kako shvaćanje zdravlja ovisi o više čimbenika, jednako tako pojam bolesti razlikuje se od čovjeka do čovjeka. Objašnjenje navedenoga

¹¹ G. VULETIĆ, R. MISAJON, Subjektivna kvaliteta života, u: G. VULETIĆ (ur.), *Kvaliteta života i zdravlje*, Osijek, 2011., 9–16.

¹² H. LEVENTHAL, L. A. PHILLIPS, E. BURNS: Modelling management of Chronic Illness in Everyday Life: A Common-Sense Approach, u: *Psychological Topics* 25(2016.)1, 1–18.

¹³ J. OGDEN, *The Psychology of Health and Illness: an open access course*, 2017. Dostupno na : https://my.uopeople.edu/pluginfile.php/57436/mod_book/chapter/160034/PSYC1111.Ogden.Psychology.of.Health.and.Illness.pdf (11. 4. 2022.).

¹⁴ S. WILLIAMS, *Where Are We with Education About Mental Health and Illness: A Survey Research*, Georgia, 2021.

¹⁵ A. ROGERS, D. PILGRIM, *A Sociology of Mental Health and Illness*, London, 2021.

pripisuje se osobnom shvaćanju oboljenja i dijagnoze. Shvaćanje vlastite bolesti daje značenje simptomima i konačno određuje strategije suočavanja s bolesti. Shvaćanje bolesti predodređeno je s više komponenata, među kojima je priroda bolesti uz pojavu s njom povezanih simptoma koja određuje svojevrsan identitet bolesti.¹⁶ Osobno shvaćanje dugotrajnosti zdravstvenoga problema također definira trajanje bolesti. Zatim navodimo važnost shvaćanja uzroka bolesti te kontrole bolesti počevši od alternativnih do konvencionalnih pristupa liječenju. Jedna od najvažnijih stavki vezanih za shvaćanje bolesti jest emocionalno shvaćanje bolesti.

Predodžba bolesti prediktor nam je za ozbiljnost shvaćanja savjeta liječnika te traženje pomoći, želju za ozdravljenjem, povratkom na radno mjesto te uspješno nošenje s bolešću. Zanimljivo je kako se osjećaj kontrole zdravstvenoga stanja i tretmana povezuje s bolesnikovom nadom za uspješnost tretmana u budućnosti te samim time poboljšava kvalitetu života pojedinca vezanu za zdravlje.¹⁷ Ako se bolesti pridaje viši identitet, ona je nositelj kontrole, te je ishod izlječenja manji.¹⁸

Pozivajući se na Beckov kognitivni model, znamo kako je ponašanje pojedinca posredovano načinom kojim tumači određeno stanje ili događaj.¹⁹ Iz toga proizlazi kako je vlastiti doživljaj bolesti reakcija bolesnika na bolest.²⁰ Stoga je za očekivati kako različiti ljudi imaju različite predodžbe istih bolesti ili dijagnoza, a time različita emocionalna shvaćanja bolesti i različite strategije suočavanja s bolešću. Shvaćanje vlastite bolesti doprinosi razvoju pojedinih psihičkih bolesti kao što su depresija i anksioznost što dodatno komplicira zdravstveno stanje i zdravstveni ishod.²¹

¹⁶ A. POKRAJAC-BULIAN, M. KUKIĆ, T. MOHORIĆ, Revidirani Upitnik percepcije bolesti – provjera mjernih karakteristika ljestvice atribucija uzroka bolesti, u: *Primenjena psihologija* 13(2020.)1, 71–90.

¹⁷ J. MARTINOVIĆ, J. OMBLA, A. SLIŠKOVIĆ, Osobna kontrola razvoja, osjećaj koherentnosti i zadovoljstvo životom kod osoba oboljelih od nekih kroničnih bolesti, u: *Klinička psihologija* 5(2012.)1–2, 5–19.

¹⁸ K. J. PETRIE, J. WEINMAN, Why Illness Perceptions Matter?, u: *Clinical Medicine* 6(2006.), 536–539.

¹⁹ J. S. BECK, *Osnove kognitivne terapije*, Jastrebarsko, 2011.

²⁰ K. J. PETRIE, L. A. JAGO, D. A. DEVCICH, The Role of Illness Perceptions in Patients with medical conditions, u: *Current Opinion in Psychiatry* 20(2007.), 163–167.

²¹ C. N. HALLAS, J. WRAY, P. ANDREOU, N. R. BANNER, Depression and Perceptions about Heart Failure Predict Quality of Life in Patients with Advanced Heart Failure, u: *Heart & Lung* 40(2011.), 111–121.

Leventhal je predlagao model samoregulacije, kojim je pojedinac bio potaknut da predstavlja tjelesne osjećaje.²² Na taj način stvara vlastitu predodžbu o bolesti stvarajući cjelovit prikaz kojem istodobno pridaje smisao.²³ Njegov model podrazumijeva pet komponenti koje se spominju: identitet bolesti (osoban dojam simptoma koji oboljeli pripisuje svojoj bolesti; uzroci bolesti (stav oboljeloga o razlozima i uzrocima koji su doveli do razvoja bolesti); vremenski tijek (vjerovanje bolesnika o trajanju bolesti); kontrola bolesti (vjerovanje kako oboljeli samostalno kontrolira tijek bolesti te kako se bolest može kontrolirati liječenjem); posljedice (značenje bolesti u životu oboljeloga).²⁴ Napominjemo kako je u slučaju tih pet komponenti varijabla i tjelesno doživljena (stvaran osjećaj boli) i mentalno predstavljena (uvjerenje kako tjelesna bol upozorava na bolest te da bolest izaziva iskustvenu bol).²⁵ Osobno iskustvo i anticipacija budućnosti stvara motivaciju za traženjem pomoći u vidu liječenja doživljene bolesti.

U današnje vrijeme percepcija bolesti može se provjeravati pomoću različitih validiranih upitnika koji pokazuju dobre psihometrijske karakteristike. U Republici Hrvatskoj u uporabi je Ljestvica atribucije uzroka bolesti koja se pokazala dobrom i pouzdanom za mjerenje percepcije atribucija uzroka bolesti, osobito u kroničnih bolesnika tijekom njihova praćenja za vrijeme te nakon primijenjenoga tretmana liječenja. Ljestvica atribucije uzroka bolesti dobra je i pouzdana mjera percepcija atribucija uzroka bolesti. Pravilna atribucija uzroka bolesti omogućuje uravnoteženo gledanje na sve kronične bolesti te preuzimanje primjerene odgovornosti za vlastito zdravlje. Na taj način pacijenti ne bi bili pasivni u suočavanju s bolešću, već bi se aktivno uključivali u poboljšanje vlastitoga tjelesnoga i psihološkoga zdravlja.²⁶

3. Krizno stanje

Prijelomni događaji u životu mogu narušiti ravnotežu psihičkoga funkcioniranja. Osim psihičke ravnoteže neposredno djeluju i na fizičku i socijalnu ravnotežu što može ključno obilježiti čovjekovo postojanje.²⁷ Bilo da je riječ o minuti ili o satima individualno je shvaćanje krize u svim slučajevima utemeljeno. Najbolje pojam kri-

²² N. JOKIĆ-BEGIĆ, B. BAGARIĆ, J. JURMAN, »www.depresija/anksioznost.hr« Informacije o depresiji i anksioznosti na internetskim stranicama, u: *Socijalna psihijatrija* 43(2015.), 209–218.

²³ H. LEVENTHAL, L. A. PHILLIPS, E. BURNS, Modelling Management of Chronic Illness in Everyday Life: A Common-Sense Approach, u: *Psychological Topics* 25(2016.), 1–18.

²⁴ J. OGDEN, *The Psychology of Health and Illness: An Open Access Course*.

²⁵ A. AFLAKSEIR, Role of Illness and Medication Perceptions on Adherence to Medication in a Group of Iranian Patients with Type 2 Diabetes, u: *Journal of Diabetes* 4(2012.)3, 243–247.

²⁶ J. OGDEN, *The Psychology of Health and Illness: An Open Access Course*.

²⁷ V. ŠENDULA JENGIĆ, S. KATALINIĆ, Krizna stanja i primjena mjera prisile u psihijatriji, u: *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci* 38(2017.)3, 1225–1240.

ze opisuje obrazloženje grčkoga glagola *krinein* koji je u medicinskoj terminologiji označavao trenutak preokreta u nekom stanju, bilo ono u trenutku zdravlja ili bolesti. Opisno bi označavao trenutak koji dijeli, koji komplicira, koje dovodi u teško ili problematično stanje koje zahtijeva preokret. Za Hipokrata je kriza označavala fazu u kojoj bolesnikovi tjelesni osjećaji, koji imaju osobine poput plime i oseke, mijenjaju smjer.²⁸ Iz psihijatrijske perspektive razlikujemo dvije vrste kriznih stanja; jednu se pripisuje razvojnim krizama, a drugu traumatičnim krizama. Razvojne krize podrazumijevaju psihosocijalne događaje koji su nužno praćeni emocionalnom krizom. Takvi su događaji na primjer: adolescencija, osnivanje obitelji, odlazak djece od kuće, menopauza i tomu slično.²⁹ Svi nose sa sobom mogućnost gubitka i preokreta nabolje ili nagore. Za razliku od razvojnih kriza, traumatične su krize neočekivane, slučajne i mogu ih uzrokovati različiti događaji i iskustva. Sve krize trebale bi biti sastavni dio svačijega života te se ne trebaju uvijek klasificirati kao bolesti. O poremećaju u sklopu kriznoga stanja govorimo isključivo ako je događaj ili iskustvo donijelo takvu mentalnu i fizičku promjenu pojedincu da je integritet njegove osobnosti u pitanju.³⁰ Naime ako je došlo do narušavanja emocionalne ravnoteže (gubitkom ili prijetnjom gubitkom) te osoba takvo stanje smatra neizdrživim i nepremostivim; s obzirom na vlastite vještine snalaženja, sposobnost prilagođavanja i upravljanja različitim situacijama, možemo reći da proživljava krizno stanje.³¹

Prema Lazarusovoj teoriji upravljanja, stresnoj situaciji pristupamo emocionalno i kognitivno. Emocionalno, iako bi trebalo biti vođeno ciljem, uglavnom je obrambeno i manje učinkovito i ne donosi dovoljno dobra rješenja u kriznim situacijama. Dok kognitivno podrazumijeva procjenu koliko je pojedina situacija signifikantna za pojedinca; zatim procjenu kako prevladati ili olakšati novonastalo oštećenje te je posljednja komponenta kako prevladati novonastali stres. Uobičajeno je uspješnija za rješavanje kritičnih situacija.³² Prema psihodinamičkoj teoriji također kombiniramo emocionalne i kognitivne komponente, ali pomoću pet različitih pristupa

²⁸ G. JOVANOVIĆ, Subverted Crisis and Critique, u: *Human Arenas* 4(2021.), 1–17. Epub ahead of print. PMID: PMC7801229.

²⁹ M. ŽURO, *Prevenција poremećaja ponašanja u dječjoj i adolescentnoj dobi: institucionalna i izvaninstitucionalna skrb*, Završni rad, Split, 2017.

³⁰ L. B. SHERWIN, E. LEARY, W. A. HENDERSON, Effect of Illness Representations and Catastrophizing on Quality of Life in Adults With Irritable Bowel Syndrome, u: *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 54(2016.)9, 44–53.

³¹ E. BROADBENT, C. WILKES, H. KOSCHWANEZ, J. WEINMAN, S. NORTON, K. J. PETRIE, A Systematic Review and Meta-Analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire, u: *Psychology & Health* 30(2015.)11, 1361–85.

³² V. KOSTRENIČIĆ, *Uloga anksioznosti i percepcije bolesti u zdravstvenim ishodima oboljelih od sindroma iritabilnog crijeva*, Diplomski rad, Rijeka, 2018.

upravljanju krizom. Prvi se temelji na upravljanju usmjerenom na probleme; drugi na regres koji podrazumijeva uporabu primitivnih oblika upravljanja; treća vrsta podrazumijeva poricanje i negiranje postojanja problema; četvrta podrazumijeva stanje inercije – pretvaranja kako ne postoji moguće rješenje problema; posljednji pristup podrazumijeva izražavanje osjećaja, što je najčešće pretjerano ili neprikladno i produbljuje problem te onemogućava nadzor nad njim.³³

Utješno je kako je kriza vremenski ograničena, a trajanje možemo pretpostaviti s obzirom na njezine karakteristične faze.³⁴ Pretkrizna faza podrazumijeva održavanje ravnoteže koristeći se osobnim tehnikama samopomoći i strategijama upravljanja situacijama, prepoznaje se ako je stresni događaj u iščekivanju. Suočavanje sa stresnim događajem dovodi do emocionalne neravnoteže i ranjivoga stanja. Doživljavanje situacije kao prijatne ili kao gubitka dovodi do povećane napetosti i anksioznosti. Pojava okidačkoga događaja dovodi do aktivne krizne situacije.³⁵ Okidački događaj uglavnom je dio postojećega problema; može biti važan, ali uglavnom objektivno djeluje beznačajnim; no upozorava na iscrpljenost prilagodbenih kapaciteta za održavanje napetoga ranjivoga stanja. Faza aktivne krize traje najčešće od šest do osam tjedana i prijelomno je razdoblje, kada većina traži stručnu pomoć, a nekolicina doživljava emocionalni slom jer ne može tolerirati tjeskobu i napetost, dok se jedan dio prikloni lošim obrascima ponašanja kao što su ovisnosti i auto-agresivne misli, ideje i pulzije. Produženje kriznoga stanja podrazumijeva razdoblje reintegracije, kada je potrebno započeti reorganizaciju kako bi konačno stanje nakon krize omogućilo postizanje visokih razina samostalnoga funkcioniranja.²⁶ Često se nošenje s kriznim situacijama veže za prošlost pojedinca, zbog čega se psihoterapijski nerijetko radi svojevrсни presjek osobina ličnosti koje su doprinijele trenutačnoj situaciji.

Ako je ishod krize dobar za pojedinca, to dovodi do jačanja ličnosti u suočavanju s budućim poteškoćama i kriznim događajima.³⁶ Krizna stanja djelomično se preklapaju s hitnim psihijatrijskim stanjima. Pristupa im se najčešće kao poremećaju prilagodbe koji se očituje simptomima dezorijentiranosti, naglašene anksioznosti,

³³ T. BAINES, A. WITTKOWSKI, A systematic review of the literature exploring illness perceptions in mental health utilising the self-regulation model, u: *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 20(2013.)3, 263–74.

³⁴ E. AMANDA, C. PATRICIA, *Trauma-Informed Care: How Neuroscience Influences Practice*, London, 2014., 1–162.

³⁵ H. LEVENTHAL, L. A. PHILLIPS, E. BURNS, The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management, u: *Journal of Behavioral Medicine* 39(2016.)6, 935–946.

³⁶ D. CAPPS, The decades of life: Relocating Erikson's stages, u: *Pastoral Psychology* 53(2004.)1, 3–32.

ljutnje, depresije, iritabilnosti, očaja praćenoga psihomotornom uznemirenosti. Akutna reakcija na stres najčešće se javlja kao posljedica kriznoga stanja i nemoćnosti samostalnoga nošenja s istim. Krizna stanja u sklopu težih psihički bolesti sa simptomima akutne psihotičnosti, intoksikacije, stanja s promjenama svijesti i afekta kao uvod u heteroagresivno ili autoagresivno ponašanje zahtijevaju posebnu hitnu psihijatrijsku intervenciju radi zaštite života i zdravlja bolesnika ili osoba u njegovoj okolini.²⁴ Najčešće je riječ o primjenama mjera prisile koje imaju svoje egzistencijalno i terapijsko opravdanje te se provode uz poštovanje zakonskih normi i etičkih načela te maksimalnu zaštitu tjelesnoga i duševnoga integriteta osobe nad kojom se vrši prisila.³⁷

Primjena psihofarmakoterapije i primjena psihoterapijskih tehnika najčešće podrazumijeva pristup bolesniku preko kriznih intervencija. Psihoterapijske tehnike omogućit će lakše podnošenje utjecaja pojedinih vanjskih stresora, a time i bolju kontrolu vlastite krizne situacije. Kriterij za uključivanje u psihoterapijski postupak jest intenzitet psihološke reakcije na krizno stanje. Društveno je prihvatljivo da manja krizna stanja budu razriješena intervencijom okoline i prijatelja. U slučaju da je riječ o osobama koje imaju osobne psihološke predispozicije za neadekvatno reagiranje u svakodnevnom životu, nužna je intervencija liječnika. Jedan od često korištenih terapijskih modela jest kognitivno-bihevioralna terapija, čiji je osnovni element educirati osobu o funkcionalnoj prirodi anksioznosti te o načinu na koji negativne misli potiču neugodne emocije te kako kontroliramo misli njihovim razlikovanjem od činjenica. Osim spomenutoga modela važno je navesti i psihodinamičku terapiju koja je izgrađena na Freudovoj psihoanalitičkoj teoriji traume. Kod toga modela pozornost se usmjerava na rješavanje nesvjesnih sukoba izazvanih kriznim stanjem te način kojim uključujemo normalne mehanizme prilagodbe te prizivamo u svijest ono što je u nesvjesnom.³⁸ Tim činom omogućavamo da kriznom stanju damo značenje u kontekstu vlastite osobnosti, osobnih stavova i ranijih iskustava pojedinca. Također je poželjno spomenuti i uporabu socioterapije koja je dio rehabilitacije u kojoj se u terapijske svrhe koristimo dimenzijom skupine. Cilj je poboljšati funkcioniranje bolesnika i ojačati njegove sposobnosti socijalne prilagodbe te u konačnici reintegrirati bolesnika u zajednicu. Članove se potiče na bolje sporazumijevanje i na kompromis te ih se uči toleranciji i prihvaćanju različitosti. Bolesnika se uči vještini svladavanja njegove emocionalne nape-

³⁷ H. MIDDLETON, Sociological Perspectives of Coercion in Psychiatry, u: B. VÖLLM, N. NEDOPIL (ur.), *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care. Legal, Ethical and Practical Challenges*, 2016. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/301793828_The_Uses_of_Coercive_Measures_in_Forensic_Psychiatry_A_Literature_Review (11. 4. 2022.).

³⁸ N. JANOWITZ, Freud's Legacy and Modern Theories of Ineffable Trauma, u: *Am J Psychoanal* 79(2019.)2, 212–229.

tosti, a ne analizi njegovih osjećaja prema drugima, što je, zapravo, razlika prema psihoterapiji. Kada je riječ o psihoterapijskom pristupu, potrebno je izgraditi terapijsko povjerenje kako bi bolesnik prihvatio terapeuta kao pomoćnika.³⁹ Potrebno je potaknuti nadu u male promjene koje su realne i koje može ostvariti. Osnova pristupa u cjelini mora biti empatija koja podrazumijeva spremnost i sposobnost da se terapeut psihički stavi u poziciju druge osobe, da osjeća njegove osjećaje i njegov unutarnji svijet, a zadrži vlastitu objektivnost i identitet. Pomoću terapijske komunikacije zdravstveni tim može osigurati holističko praćenje terapijskoga odnosa i pacijentova povjerenja u vidu praćenja rezultata liječenja, razvoja štetnih učinaka i praćenja zadovoljstva pacijenata što omogućava identificiranje prepreka u daljnjem liječenju. Biopsihosocijalni model skrbi pruža vodič za pristup pacijentima, a tehnike terapijske komunikacije dobro se integriraju u identificiranje biopsihosocijalnih čimbenika koji doprinose zdravlju i bolesti kod pacijenta.⁴⁰

Zaključak

S obzirom na to da je Europa postala kontinent starije životne dobi, osobno shvaćanje dobroga zdravlja pomoću praćenja kvalitete života u rapidnom je opadanju. U istraživanju Europske unije iz 2022. godine, koje je zahvatilo različite dobne skupine, udio muškaraca koji su procijenili dobro zdravlje bio je veći od udjela žena, a ta se razlika s godinama razmjerno povećavala; dok je kvaliteta života opadala.⁴¹ Upravo iz tih razloga potrebno je uputiti pojedinca na ono što život čini kvalitetnim te kako u sklopu vlastitih mogućnosti povećati kvalitetu života.

Pozitivan učinak svakako čini rad na razvoju iskustva medicinskoga osoblja, što se pokazalo kao važan čimbenik prezentacije empatije. Na toj razini nužno je omogućiti edukaciju i pohađanje tečajeva o empatiji kako bi prvotno zdravstveni djelatnici, a zatim i ostali poboljšali svoj pristup i suradnju sa sugovornicima, bilo da je riječ o pacijentu ili članovima njegove obitelji.⁴²

³⁹ S. ISLAM, N. FREY. Psychotherapy for the Treatment of Acute Musculoskeletal Pain: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet], Ottawa (ON), Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2020 Apr 17. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563005/> (11. 4. 2022.).

⁴⁰ F. BORRELL-CARRIÓ, A. L. SUCHMAN, R. M. EPSTEIN, The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry, u: *Annals of Family Medicine* 2(2004.)6, 576–82.

⁴¹ EUROPSKA UNIJA, The Life of Women and Men in Europe 2022 INTERACTIVE EDITION. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/womenmen/index.html?lang=en> (26. 1. 2023.).

⁴² N. RENJE, *Važnost empatije u radu zdravstvenog djelatnika*, Završni rad, Zagreb, 2018.

Unatoč postojanju krize društva, pri čemu se osvrćemo na zahlađenje odnosa u društvu te poticanje individualizma kao vrhunca vlastitoga ostvarenja, nameće nam se činjenica kako je ranijih godina opća melankolija društva bila manje zastupljena. To bi se moglo pripisati upravo globalizaciji interneta, a posljedično i društvenih mreža koje bi primarno trebale poboljšati komunikaciju među pojedincima, čemu često ne svjedočimo.^{43,44} Nažalost, onemogućile su prijenos emocionalne podrške i dodatno izložile pojedinca lavini kaskadnih informacija o simptomima koji vode u bolest, što nerijetko dovodi do još jednoga zdravstvenoga problema, somatiformnoga poremećaja – hipohondrijaze. Osim različitih preventivnih programa koji podrazumijevanju poduzimanje mjera koje produžuju životni vijek, smatramo kako će u budućnosti jednako tako biti potrebno voditi edukacije o prihvaćanju starenja kao dijela životnoga ciklusa te prihvaćanju smrti kao jedine inačice završetka tjelesnoga životnoga ciklusa.

⁴³ J. F. HELLIWELL, R. LAYARD, J. D. SACHS, J. E. DE NEVE, L. B. AKNIN, S. WANG (ur.), *World Happiness Report 2022*, New York, 2022. Dostupno na: https://happiness-report.s3.amazonaws.com/2022/Appendix_1_StatiscalAppendix_Ch2.pdf (11. 4. 2022.).

⁴⁴ E. PACI, La globalizzazione della medicina e la cultura locale [Medical globalization and local culture.], u: *Recenti Progressi in Medicina* 108(2017)3, 113–116.

BETWEEN DENIAL AND CONSTERNATION WHAT DOES THE CORRECT PERCEPTION OF CRISIS AND ILLNESS CONSIST OF, AND WHAT DOES IT DEPEND ON?

Andrijana ŠANTIĆ* – Dunja DEGMEČIĆ**

Summary: *Analyzing relevant research on understanding the interaction of environmental cultural and socioeconomic factors on health and further studying the available literature, we come to the breadth and simplicity of defining the terms »illness« and »crisis«. Understanding and dealing with illness is always individual and based on personal perception of illness. A crisis means a disorder of psychosocial balance resulting from an adverse event or prolonged, often long-lasting, unfavorable life circumstances. This review aims to clarify the basic elements that contribute to creating the perception of illness and crisis of patients and the importance of empathy of therapists participating in the treatment of patients, which implies real sharing of feelings of burden while maintaining professional objectivity and controlling a treatment plan.*

Keywords: *perception; health; illness; homeostasis; crisis; empathy.*

* Andrijana Šantić, M.D., Clinic for Psychiatry, University Hospital Center Osijek – Faculty of Medicine Osijek, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, J. Huttlera 4, 31000 Osijek, Croatia, andrijana.miskovic1@gmail.com

** Full Prof. Dunja Degmečić, Ph.D., M.D., Clinic for Psychiatry, University Hospital Center Osijek – Faculty of Medicine Osijek, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, J. Huttlera 4, 31000 Osijek, Croatia, ddegmecic@gmail.com