Utjecaj religioznosti u liječenju pacijenata oboljelih od shizofrenije i depresije

Kos, Lana

Master's thesis / Diplomski rad

2016

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:689686

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







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Lana Kos

Utjecaj religioznosti u liječenju pacijenata oboljelih od shizofrenije i depresije

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2016

Diplomski rad izrađen je u Klinici za psihijatriju, Kliničkog bolničkog centra Zagreb pod vodstvom prof.dr.sc. Alme Mihaljević-Peleš i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2015/2016.

POPIS I OBJAŠNJENJE KRATICA

SIPPS – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

PANSS – Ljestvica pozitivnih i negativnih simptoma shizofrenije

HAM-D17 – Hamiltonova ocjenska ljestvica za depresiju

CGI – Ljestvica općih kliničkih dojmova

SCSORF – Upitnik snage religijskog vjerovanja Santa Clara

DUREL – Duke University Religion Index

RCOPE – Kratka ljestvica religijskog sučeljavanja

ORA – „Organizacijska“ religijska aktivnost

NORA – „Ne-organizacijska“ religijska aktivnost

IR – „Intrinzična“ religioznost

SADRŽAJ

1. **SAŽETAK**
2. **SUMMARY**
3. **UVOD**.....1

3.1. DEPRESIJA.....2

3.1.1. Povijest 2

3.1.2. Epidemiologija.....3

3.1.3. Etiologija 3

3.1.4. Klinička slika.....4

3.1.5. Liječenje.....5

3.1.6. Liječenje i religioznost.....6

3.2. SHIZOFRENIJA.....7

3.2.1. Povijest 7

3.2.2. Epidemiologija.....8

3.2.3. Etiologija 8

3.2.4. Klinička slika 8

3.2.5. Liječenje 9

3.2.6. Liječenje i religioznost.....10

3.3. RELIGIOZNOST I PSIHIČKI POREMEĆAJI.....10

4. **HIPOTEZA I CILJ**.....12
5. **ISPITANICI I POSTUPAK**.....13
6. **REZULTATI**.....15
7. **RASPRAVA**.....19
8. **ZAKLJUČAK**.....22
9. **ZAHVALE**.....23

10. LITERATURA.....24

11. ŽIVOTOPIS.....27

1. SAŽETAK

Utjecaj religioznosti u liječenju pacijenata oboljelih od shizofrenije i depresije

Lana Kos

Svrha i cilj: Religioznost je oduvijek bila važan aspekt života ljudi, ali i način sučeljavanja sa simptomima različitih psihijatrijskih poremećaja. Vođeni navedenim spoznajama, odlučili smo napraviti presječno istraživanje, čiji je cilj bio istražiti povezanost između religioznosti i težine simptoma depresivnog poremećaja i shizofrenije.

Postupak: Istraživanje je provedeno na 100 pacijenata oba spola: 50 oboljelih od depresije i 50 oboljelih od shizofrenije u fazi oporavka bolesti. Osim demografskih podataka, pacijenti su testirani izabranim ocjenskim ljestvicama za težinu bolesti: CGI, HAM-D17, PANSS i samoprocjenske ljestvice religioznosti: SCSORF, DUREL i RCOPE.

Rezultati: Istraživanjem nismo utvrdili razliku između različitih aspekata religioznosti, poput institucionalizirane i neinstitucionalizirane vjerske aktivnosti, intrizične religioznosti, čvrstine religijskog vjerovanja, pozitivnog i negativnog religijskog sučeljavanja, između oboljelih od depresije i shizofrenije. Međutim u cijeloj skupini bolesnika obuhvaćenih istraživanjem, institucionalizirana je religijska aktivnost bila granično povezana s ukupnom težinom bolesti mjereno CGI ljestvicom ($\beta=0.123$; $p=0.074$), kao i negativno religijsko sučeljavanje ($\beta=0.040$; $p=0.056$). Analizom težine bolesti zasebno za bolesnike s depresijom i sa shizofrenijom – koju predstavlja ukupnu HAM-D17 ocjenu u depresiji i PANSS u shizofreniji, utvrdili smo pozitivnu korelaciju između negativnog religijskog sučeljavanja i težine simptoma u depresivnih pacijenata ($\beta=0.614$; $p=0.041$).

Zaključak: Zaključno možemo reći da rezultati istraživanja ukazuju da depresivni pacijenti svoju bolest dijelom doživljavaju kao kaznu. Drugi aspekti religioznosti nisu bili povezani s težinom simptoma, kako depresije, tako i shizofrenije. Premda je većina pacijenata s depresijom i shizofrenijom navela da se smatraju religioznim osobama, nisu se međusobno razlikovali po aspektima religioznosti.

KLJUČNE RIJEČI: depresija, shizofrenija, religioznost

2. SUMMARY

Influence of religiosity on treatment outcomes in schizophrenic and depressive patients

Lana Kos

Purpose: Religion has always been considered an important part of human life, as well as a mechanism of coping with psychiatric problems. The aim of this study was to investigate the association between religious coping and severity of symptoms of depression and schizophrenia.

Method: The study was conducted on 100 patients of both sexes: 50 depressed and 50 schizophrenic patients in the recovery phase of the disease. In addition to demographic data, patients were tested selected rating scales for severity of illness: CGI, HAM-D17, PANSS and self- rating scales of religiosity: SCSORF, DUREL and RCOP.

Results: There were no differences in different aspects of religiosity, such as institutional and non-institutional religious activity, total intrinsic religiosity score, the degree of religious faith, as well as positive and negative religious coping, between patients with depression and schizophrenia. However, in the whole group of patients, institutional religious activity (β=0.123; p=0.074) and negative religious coping (β=0.040; p=0.056) were only slightly associated with overall severity of the disease measured by the CGI scale. Further analysis severity of diseases, separately for patients with depression and schizophrenia – measured by total HAM-D17 score in depression and PANSS in schizophrenia, we found a positive correlation between negative religious coping and severity of symptoms in depressed patients (β = 0.614; p = 0.041).

Conclusion: Those findings suggest that severely depressed patients consider their disease as punishment. No other aspects of religiosity were associated with severity of symptoms, neither in patients with depression, nor in those with schizophrenia. While majority of patients with depression or schizophrenia have claimed to be religious, they did not differ in terms of different aspects of religiosity.

KEY WORDS: depression, schizophrenia, religiousness

3. UVOD

Religioznost je jedna od najstarijih ljudskih potreba i jedna od najstarijih konstanti, koje nalazimo u svim kulturama i civilizacijama. Veza između čovjekova zdravlja i duhovnosti, vjere i cijeloga spektra psihofizičkih bolesti, u novije je vrijeme u središtu zanimanja mnogih znanstvenika. Štoviše, moglo bi se reći da religioznost više nije potpuno izuzeta iz medicinske prakse.

Većina provedenih istraživanja našla je da viša razina religioznosti pozitivno utječe na mentalno zdravlje kao što su zadovoljstvo životom, sreća, viši moral i pozitivno raspoloženje (1). Također, stupanj religioznosti može se povezati s manjom vjerojatnosti za depresiju, suicidalnim mislima ili pokušajima te zlouporabom alkohola i droga (1). Radi toga postoji stalna potreba za poboljšanjem razumijevanja posrednih čimbenika kao što je religioznost u medicinskoj praksi (1).

Od početka devedesetih godina medicinska istraživanja vezana uz religioznost su u porastu. Unatoč povećanom broju publiciranih radova na tu temu, sistematizirani prikaz temeljen na dokazima (evidence-based) dostupnih podataka na području psihijatrije nije učinjen u posljednjih 20 godina (2). Provedene studije uglavnom su se fokusirale na opisivanje religije ili religioznosti u kontekstu duševnih smetnji, dok je samo 7% uključivalo intervencije (2). Između 43 publikacije koje zadovoljavaju kriterije, trideset i jedna (72.1%) naišla je na poveznicu između razine duhovne/religiozne involviranosti i blažih mentalnih poremećaja, osam (18.6%) ih je imalo miješane rezultate (pozitivne i negativne) i dvije (4.7%) negativne. Među njima 79% radova koji su uključivali depresiju naišli su na pozitivnu korelaciju s religioznosti dok su s druge strane rezultati nekoliko istraživanja vezanih uz shizofreniju bili miješani (2).

Depresija i shizofrenija duševni su poremećaji koji utječu na doživljaj svijeta oko sebe, emocije i razmišljanje, te time i ponašanje osobe u okruženju u kojem se nalazi. Oba poremećaja mogu bitno utjecati na radno i socijalno funkcioniranje bolesnika. Upravo narušeno funkcioniranje potiče interes istraživanja različitih čimbenika, pa tako i na planu religioznosti s ciljem postizanja što boljeg stanja bolesnika i time oporavka njihove radne i socijalne funkcionalnosti te kvalitete života oboljelih.

3.1. DEPRESIJA

Riječ „depresija“ podrijetlom je iz latinskog jezika – latinski depressio dolazi od deprimere, što znači potisnuti, pritisnuti, udubiti ili potlačiti (3). Spada u skupinu poremećaja karakteriziranih kao poremećaji raspoloženja. Vrlo je učestala, pa tijekom života čak jedan od 7 ljudi ima šansu oboljeti od depresije. Može se javiti u svim dobnim skupinama, ali najučestalija je u srednjoj životnoj dobi. Unatoč tome, u posljednje vrijeme dobna granica pojave depresije pomiče se prema mlađim dobnim skupinama i tada posebice zahvaća adolescente.

3.1.1. Povijest

O depresiji se prvi puta pisalo još u antičko doba. Među prvima ju je opisao i klasificirao Hipokrat. Važan doprinos razumijevanju te bolesti dao je i Galen u svojem djelu „O melankoliji“, gdje je detaljno naveo različite oblike bolesti. Sve do 1621. godine, to je bilo glavno štivo o depresiji, kada je Robert Burton unaprijedio razumijevanje depresije svojom knjigom „Anatomija melankolije“. Emil Kraepelin 1921. uveo je naziv manično depresivna psihoza koji je obuhvaćao depresiju, maniju, povratno depresivni poremećaj i ciklotimiju, čime je dao veliki značaj razumijevanju depresije. Jedno od najvećih imena u povijesti psihijatrije bio je Sigmund Freud. On

je razradio pojam gubitka na način da osoba ljutnju zbog gubitka usmjerava prema sebi i tim je fenomenom objasnio tipične depresivne simptome. Smatrao je da nisu sve depresije psihogeno uvjetovane, već da postoje i biološki determinirane depresije. Posljedica je bila prilagodba liječenja uz primjenu različitih terapijskih postupaka uključujući: psihoterapiju i farmakoterapiju (4).

3.1.2. Epidemiologija

Poremećaji raspoloženja među najučestalijim su „velikim“ psihijatrijskim poremećajima. Broj osoba s depresivnim poremećajima raste kontinuirano od 1910. godine u svim industrijaliziranim zemljama svijeta (5). Depresivni poremećaji mogu se javiti u širokom dobnom rasponu, od dječje dobi pa do duboke starosti, ali se uočava trend sve češće pojave depresije u mlađih dobnih skupina, gdje su najčešće pogođeni upravo adolescenti. Danas se depresija nalazi na četvrtom mjestu od svih bolesti, a smatra se da će do 2020. godine biti na drugom mjestu. Depresija ima ponavljajući karakter, što znači da će u više od polovice bolesnika nakon prve epizode uslijediti druga epizoda bolesti (4). Depresija je često neprepoznati poremećaj, visok je postotak neliječenih i neprimjereno liječenih slučajeva. Gotovo dvostruko češće javlja se u žena u odnosu na muškarce. Učestalost depresije za muškarce procjenjuje se na oko 11%, a za žene 19%. Iako je uzrok još uvijek nedovoljno poznat, pretpostavlja se da su uzrok poremećaj funkcije neurotransmitora, poglavito serotonina.

3.1.3. Etiologija

Danas je prihvaćena hipoteza da je patofiziološki mehanizam nastanka depresije heterogen i da se usprkos brojnim istraživanjima, još uvijek ne znaju precizno svi etiološki procesi koji su u podlozi ovog poremećaja. Biološki, psihološki i socijalni

faktori najviše su doprinijeli shvaćanju depresivnog poremećaja, a nova istraživanja na području genetike, slikovnih prikaza mozga i molekularne biologije objašnjavaju utjecaj stresa i životnih okolnosti na gene i neurobiološke procese mozga (6). Postoji genska podloga za razvoj bolesti. Ona je vidljiva u povećanoj učestalosti poremećaja raspoloženja u nekim obiteljima, gdje je rizik za obolijevanje dva do tri puta veći u odnosu na zdravu populaciju. Biološke teorije objašnjavaju nastanak depresije poremećajem ravnoteže monoamina, hipotalamo-hipofizne osi i glutamata. Najvažniji su nalazi koji upućuju na uključenost serotoninergičnog, noradrenergičnog i dopaminergičnog sustava. Važno je istaknuti i psihodinamsku teoriju čiji je začetnik Sigmund Freud. Prema njemu depresija je posljedica nezadovoljavajućeg procesa žalovanja zbog gubitka voljenog objekta. Ona predstavlja regres na oralnu fazu psihoseksualnog razvoja zbog čega bolesnik traži pažnju, nježnost i ljubav (4). Društvene teorije naglašavaju gubitak kao presudni pokretač depresije, koji pojačavaju teškoće u međuljudskim odnosima, a sve to prati osjećaj nezadovoljavajućeg društvenog djelovanja i potpore. Predrasude i društvena isključenost povećavaju vjerojatnost aktiviranja depresivnih simptoma.

3.1.4. Klinička slika

Depresija je bolest koja se javlja u epizodama. Kada se depresija javi prvi put, govori se o depresivnoj epizodi, a simptomi potrebni za postavljanje dijagnoze trebaju trajati najmanje dva tjedna. Za dijagnosticiranje nove depresivne epizode mora postojati razmak od najmanje dva mjeseca bez depresivnih simptoma prije nego što se pojavi nova depresivna epizoda. Tada je to ponavljajući depresivni poremećaj (7). Prvu depresivnu epizodu obilježavaju sniženo raspoloženje i gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti. Uz njih u depresiji se mogu javiti i mnogi drugi simptomi. U gotovo polovice oboljelih prva depresivna epizoda javlja se prije 40. godine života.

Depresija se, ovisno o broju i težini simptoma može podijeliti u blagu, srednje tešku i tešku s i bez psihotičnih simptoma. Vanjski izgled često je zapušten. U većini slučajeva bolesnici su izrazito psihomotorno usporeni, iako ponekad mogu biti i agitirani, što se često vidi u starijih bolesnika. Klasična je slika depresivnog bolesnika koji sjedi vrlo oskudnih pokreta, klonule glave i pogleda usmjerenog u pod. Bolesnik može lako zaplakati. Raspoloženje je depresivno s bezrazložnom tugom i žalosti. Psihomotorika može biti otkočena, kada se simptomi agitacije očituju nemirnim premještanjem na stolici, kršenjem prstiju, a ponekad i čupanjem kose. U depresivnih bolesnika mogu se ponekad javiti sumanute ideje ili halucinacije, pa se tada to opisuje kao psihotična depresija. U njihovom misaonom sadržaju stalno se javljaju ideje gubitka, krivnje, patnje, suicida i smrti. Većina njih smanjeno komunicira s okolinom, a na pitanja uglavnom odgovara jednosložnim riječima ili kimanjem glave i ponekad uskraćuje odgovor. Suicidalne ideje mogu se pojaviti u različitim oblicima – kao misli, ali i kao jasni suicidalni planovi. U nepsihotičnom obliku depresije, nema sumanutih ideja i halucinatornih doživljavanja, ali su oni prisutni u psihotičnom obliku bolesti (8).

3.1.5. Liječenje

Svako liječenje depresije ima dvije faze. Akutna faza liječenja i faza održavanja, te prevencija relapsa bolesti. Osnovu u liječenju ovih poremećaja predstavljaju lijekovi – antidepresivi, iako je važno spomenuti da najbolji rezultat daje kombinacija farmakoterapijskih i psihoterapijskih mjera. Djelovanje lijekova koji se koriste u depresiji nastupa s latencijom od dva, tri, četiri, a ponekad i šest tjedana. Depresivne se epizode mogu liječiti u velikom broju u gotovo 70-80% slučajeva. Često se u liječenje dodaju anksiolitici, a za pojedine oblike bolesti antipsihotici, stabilizatori raspoloženja i hormoni (9).

Blaga depresija može proći spontano, ali ako su prisutni tjelesni simptomi treba primijeniti antidepresiv. U liječenju najčešće se primjenjuju SIPPS-i i to često u kombinaciji s benzodiazepinima, te psihoterapija.

Liječenje umjereno teške depresivne epizode temelji se na primjeni SIPPS-a u kombinaciji s psihoterapijom. Ako SIPPS-i nisu dovoljni dodaju se antidepresivi drugog mehanizma djelovanja npr. dualni antidepresivi. Uz njih često u kombinaciji idu anksiolitici, a prema potrebi i sedativni antipsihotici.

U teškoj depresivnoj epizodi bez psihotičnih simptoma, ovisno o simptomima predlaže se primjena SIPPS-a u kombinaciji s nekim noradrenergičnim ili dopamin-noradrenergičnim antidepresivom, uz psihoterapiju. Unatoč tome, još uvijek preostaje 30-ak % bolesnika koji ne reagiraju na liječenje. Tada se radi o terapijski refrakternoj, depresiji.

Liječenje psihotične depresije provodi se slično. Samo se u terapiju dodaju antipsihotici, najbolje treća generacija (tzv. atipični antipsihotici). Uz njih dodatno u obzir mogu doći i stabilizatori raspoloženja.

Antidepresivi se moraju uzimati dugo vremena, u protivnom, ako se liječenje prekine u prvih šest mjeseci doći će do relapsa bolesti u 50% bolesnika (4).

3.1.6. Liječenje i religioznost

U liječenju depresije farmakoterapija je neizbježan faktor, međutim, kako je depresija multifaktorska bolest, postoje i alternativne metode koje mogu doprinijeti osnovnom liječenju. Tu se napominje važnost religiozne komponente, kao snažnog čimbenika koji osobito u blažim oblicima bolesti može imati pozitivan učinak na ishod liječenja. Depresivnim bolesnicima zdraviji mehanizmi obrane često su slabiji pa trebaju pomoć izvana, što ih ohrabruje u bolesti.

3.2. SHIZOFRENIJA

Shizofrenija je teški duševni poremećaj. Označava često kroničnu, ozbiljnu mentalnu bolest koja primarno pogađa sposobnost razmišljanja, s otežanom percepcijom stvarnosti. U konačnici uzrokuje promjenu ponašanja i neugodne osjećaje, te slabo izražavanje emocija. U svijetu danas pogađa oko 24 milijuna ljudi. Najčešće manifestacije uključuju slušne halucinacije, paranoidne ideje, bizarne sumaute ideje, dezorganizirani govor i misli, a bolest je praćena značajnom socijalnom i radnom disfunkcionalnošću. Prvi se simptomi obično javljaju u mladih odraslih ljudi. Premda je poremećaj u velikoj mjeri lječiv, ipak je to kompleksna i nerazumljiva bolest, koju prati snažna stigmatizacija bolesnika (10).

3.2.1. Povijest

Krajem 19. stoljeća pojavljuju se prvi kliničari i istraživači koji pokušavaju definirati kriterije za dijagnosticiranje shizofrenije s ciljem da se predvidi tijek bolesti, liječenje i prognoza. Emil Kraepelin opisuje da uz kliničke simptome halucinacija i sumanosti postoji i kognitivna komponenta te koristi Morelov pojam *dementia praecox*. 1911. godine nastaje naziv shizofrenija (grč. *shizos* – rascjep), a utemeljio ga je Eugen Bleuler. Tim je nazivom želio istaknuti simptom rascjepa između pojedinih dijelova ličnosti: mišljenja, emocija i ponašanja, koji postoji u bolesnika sa shizofrenijom. On u opisu kliničke slike navodi primarne i sekundarne simptome. Primarni su: autizam, ambivalencija, poremećaj asocijacija i poremećaj afekata (koncept „4 a“ simptoma). Prema njemu su sekundarni simptomi halucinacije i sumanute ideje, oni koje je Kraepelin smatrao glavnim simptomima (11).

3.2.2. Epidemiologija

Incidencija shizofrenije u svijetu iznosi 0,5 do 1%. Pojavljuje se 1,4 puta češće u muškaraca u odnosu na žene i uglavnom se u muškaraca javlja u ranijoj dobi. Pojava simptoma je najčešće u mlađe odraslo doba (12). Shizofrenija u dječjoj dobi je vrlo rijetka, kao i pojava bolesti u srednjim i kasnim godinama života. Estrogeni u žena imaju zaštitni učinak na dopaminske neurone, pa su žene u povećanom riziku za recidiv shizofrenije postpartalno i početkom menopauze (11).

3.2.3. Etiologija

Još uvijek nije poznat uzrok shizofrenije. Glavne hipoteze o etiologiji shizofrenije su promjena genske ekspresije, neuroimunološka teorija, hipotoksično oštećenje mozga – prenatalno i perinatalno što uključuje neurorazvojnu te neurodegenerativnu teoriju mozga. Osim navedenih, važan faktor za razvoj bolesti su i čimbenici okoline. Procjenjuje se da u 20% do 30% slučajeva čimbenici okoline utječu na pojavu shizofrenije. Pri tome najčešće izučavan čimbenik je sociodemografski status (13).

3.2.4. Klinička slika

Svaki od simptoma shizofrenije može se pojaviti u okviru nekog drugog duševnoga ili tjelesnoga poremećaja. Osim toga ne postoji jednoznačno mišljenje o prisutnosti i odsutnosti pojedinih simptoma. Nekada je za postavljanje dijagnoze važnije što kaže bolesnik (npr. glasovi), nego što je opažanje kliničara (npr. zaravnjeni afekt). Simptomi shizofrenije teško narušavaju pojedine domene psihološkog i socijalnog funkcioniranja, dok neke domene mogu biti pošteđene (11). Osoba kojoj je dijagnosticirana shizofrenija može iskusiti halucinacije (najčešće slušne halucinacije), deluzije (često bizarne ili deluzije proganjanja) i neorganizirane misli i govor. Misli i govor mogu varirati od gubitka toka misli, do rečenica samo djelomično

povezanih u značenju, pa do nesuvislosti poznate kao „salata od riječi“, što se vidi u težim oblicima bolesti. Društveno povlačenje, nemar u higijeni, te gubitak motivacije i moći rasuđivanja, sve su to učestale pojave vezane uz shizofreniju. Često postoji i obrazac emocionalnih teškoća, na primjer manjak emotivnih reakcija. Također, društvena samoizolacija je česta pojava. Teškoće s radnim pamćenjem i dugotrajnim pamćenjem, pažnjom, izvršnim funkcioniranjem, također se često javljaju. U jednom rijetkom podtipu, osoba može biti većinom nijema, te ostati nepomična u bizarnim položajima ili pokazivati besciljnu uznemirenost, što su sve znakovi katatonije (14).

3.2.5. Liječenje

Temeljna terapija shizofrenije su lijekovi – antipsihotici. Liječenje ovisi o fazi bolesti, a može se provoditi ambulantno ili hospitalno. Međutim, za što bolji uspjeh u liječenju ove složene bolesti moraju se koristiti svi mogući načini liječenja koji će imati optimalan učinak na tijek bolesti, pa se stoga liječenje shizofrenih bolesnika provodi farmakoterapijom te psihosocijalnim metodama liječenja i rehabilitacijom. Lijekovi prvog izbora danas su antipsihotici druge generacije. Preporuča se dati prednost ovim antipsihoticima zbog toga što imaju znatno širi spektar djelovanja na pozitivne, negativne, kognitivne i afektivne simptome. Uz to izazivaju manje nuspojava pa na taj način mogu utjecati na povećanje suradljivosti u liječenju, a time i na povoljniji ishod liječenja. Mogu se u većine bolesnika primjenjivati peroralno, ali se daju i intramuskularno u jako teških bolesnika. Antipsihotici druge generacije osobito se primjenjuju u liječenju prve epizode bolesti, što je najčešće kod mlađih bolesnika, kako zbog povoljnijeg djelovanja, tako i zbog toga što izazivaju manje nuspojava čime se povećava suradljivost bolesnika. Ne postoje definitivne preporuke koliko se dugo vremena provodi liječenje nakon prve psihotične epizode. U praksi se provodi

jednu do dvije godine, ali ako se radi o osobi koja bi ponovnom psihotičnom epizodom puno izgubila, prekid terapije nije adekvatna odluka (15).

3.2.6. Liječenje i religioznost

Prilikom liječenja shizofrenije religioznost se može ukomponirati jedino kao dodatak osnovnom psihijatrijskom liječenju. Religijski je aspekt osobe tijekom akutne faze bolesti uglavnom značajno narušen, međutim tijekom remisije može biti potpuno normalan i pružiti pacijentu veliku podršku.

3.3. RELIGOZNOST I PSIHIČKI POREMEĆAJI

Unazad par desetljeća religiozna komponenta u liječenju psihičkih bolesti sve je više u centru pažnje brojnih istraživača. Dosadašnja saznanja uglavnom dovode u pozitivnu korelaciju izraženu religijsku crtu osobe s poglavito blažim oblikom depresivnog poremećaja, dok kod shizofrenije postoji djelomično pozitivna, a djelomično negativna korelacija (2).

Istraživanje provedeno na 44 žene pokazalo je da je utjecaj molitve na liječenje depresije i anksioznosti održao pozitivan učinak i jednu godinu nakon intervencije. Molitve su trajale jedan sat dnevno kroz šest tjedana. Uočen je značajno niži stupanj depresije, više optimizma i veća razina duhovnosti u ispitanica, nego što je to bilo prije intervencije (16).

Dodatno, napravljen je osvrt na osamdesetak objavljenih i neobjavljenih istraživanja koja su ispitivala povezanost vjerske pripadnosti i involviranosti s religijskim učinkom na depresivne simptome i na depresiju kao bolest. Nađeno je da ljudi određenih vjerskih pripadnosti mogu imati povišen rizik za simptome depresije. S druge strane,

osobe bez vjerske pripadnosti imaju povećan rizik za oboljevanje u odnosu na one koji su vjernici (17).

Naredno istraživanje bilo je usmjereno na utjecaj religijske komponente u kognitivno bihevioralnoj terapiji gerijatrijskih pacijenata oboljelih od depresije. Dokazano je da uključivanje religije uz osnovnu terapiju može poboljšati prihvaćanje liječenja ove populacije i njegovu učinkovitost. U studiji je navedeno da napredak u liječenju depresivnih bolesnika nastupa ranije kada je religioznost uključena u liječenje u odnosu na liječenje bez religijskog aspekta, iako se na kraju postiže podjednaki učinak (18).

Studija provedena među 253 pacijenta oboljelih od shizofrenije u Latinskoj Americi rađena je kako bi se ocijenila kvaliteta života bolesnika. Zaključeno je da su socio-kulturalni i ekonomski čimbenici, uključujući pri tom i religijski čimbenik imali pozitivan učinak na kvalitetu života, a pritom i na ishod zdravstvenog stanja. Ipak, ti odnosi nisu bili toliko značajni u usporedbi s težinom simptoma, koja je ostala najvažnija odrednica u definiranju kvalitete života shizofrenih bolesnika (19).

U opisu postojećih članaka religija i duhovnost imaju značajnu ulogu u životima mnogih ljudi, uključujući i pacijente sa shizofrenijom. Dostupni dokazi sugeriraju da za neke pacijente religioznost potiče nadu, te daje značenje i svrhu njihovim životima, dok kod drugih indicira duhovni očaj (20). Također, pacijenti oboljeli od shizofrenije mogu izražavati deluzije i halucinacije religioznog tipa. Religioznost u takvih pacijenata može utjecati i na integraciju u društvo, na rizik od suicida i zlouporabu narkotika. Unatoč tome, religija može koristiti kao učinkovita metoda za podnošenje bolesti te suradnju shizofrenih pacijenata, pa time u konačnici i na ishod liječenja (20).

4. HIPOTEZA I CILJ

Vođeni navedenim spoznajama, odlučili smo napraviti presječno istraživanje religioznosti u naših depresivnih i shizofrenih bolesnika, hospitaliziranih u razdoblju od 2014. do 2015. g. u Klinici za psihijatriju KBC Zagreb.

Glavni cilj našeg rada bio je istražiti povezanost između obilježja religioznosti i dijagnostičkih kategorija, depresije i shizofrenije. Glavna znanstvena pretpostavka rada bila je da postoji povezanost između obilježja religioznosti i težine shizofrenije ili depresije.

Ciljevi istraživanja su nam bili istražiti povezanost težine bolesti i različitih aspekata religioznosti, kao i povezanost religioznosti s dobi, spolom i dijagnozom bolesnika. Testiranjem osjećaja religioznosti u kliničkoj skupini pacijenata sa shizofrenijom i depresijom, željeli smo utvrditi da li su neki bolesnici više religiozni od drugih i kako se religioznost odražava na stupanj i težinu kliničkih simptoma.

5. ISPITANICI I POSTUPAK

U istraživanje su uključeni bolesnici oba spola, u dobi od 18 do 65 godina. Nakon što su svi pacijenti detaljno obaviješteni o istraživanju, pročitali su i potpisali informirani pristanak. Sva testiranja provedena su u Klinici za psihijatriju KBC.

U fazi oporavka od shizofrenije ili depresivnog poremećaja, uzeti su podaci o dobi, spolu, obrazovanju, te podaci o tijeku poremećaja. Potom je provedena ocjena trenutačnog psihičkog stanja simptoma poremećaja. Za shizofreniju pacijenti su ocjenjeni PANSS i CGI ocjenskim ljestvicama, dok su oni koji boluju od depresije ocijenjeni HAM-D17 i CGI ocjenskim ljestvicama (21;22;23). Za ocjenu religioznosti koristili su se samoocjenski upitnici: Upitnik snage religijskog vjerovanja Santa Clara (SCSORF), Duke University Religion index (DUREL) i Kratka ljestvica religijskog sučeljavanja (RCOPE) (24;25;26). DUREL „religijski indeks“ ima tri domene: a) ORA - „organizacijska“ religijska aktivnost. Ocjenjuje se odgovorom na jedno pitanje. Najniža ocjena je 1 a najviša 6. Veća ocjena označava intenzviniju „institucionaliziranu“ aktivnost; b) NORA - “ne-organizacijska“ religijska aktivnost. Ocjenjuje se odgovorom na jedno pitanje. Najniža ocjena je 1, a najviša 6. Što je ocjena veća intenzivnija je „neinstitucionalizirana“ aktivnost; c) IR -„intrinzčna“ religioznost. Ocjenjuje se s 3 pitanja. Najniža ocjena je 3, a najviša 15. Veća ocjena je intenzivnija „intrinzična religioznost“.

SCSORF „čvrstina religijskog vjerovanja“ ima 10 pitanja. Najniža ocjena je 10, a najviša 40. Što je ocjena veća, čvršće je religijsko vjerovanje.

Kratki RCOPE „religijsko sučeljavanje“ ima 2 domene - „pozitivno religijsko sučeljavanje“ i „negativno religijsko sučeljavanje“. Svaka domena sastoji se od 7

pitanja. Najniža ocjena za svaku od domena je 7, a najviša 28. Ako je ocjena veća izraženije je „pozitivno“ ili „negativno“ religijsko sučeljavanje.

Ukupno trajanje testiranja po pacijentu trajalo je 60 minuta. Anketa je provođena kroz samo jedan razgovor. Istraživanje nije bilo invazivno, a zbog zaštite podataka svi su podaci o pacijentima bilježeni rednim brojem.

6. REZULTATI

U istraživanju je bilo uključeno 100 bolesnika: 50 s depresijom i 50 sa shizofrenijom. Prosječna životna dob oboljelih od depresije bila je 56 godina u rasponu od 22-86 godina. Prosječna životna dob shizofrenih bolesnika bila je 36 godina u rasponu od 20-60 godina života. Udio depresivnih muškaraca u istraživanom uzorku ispitanika je 64% (32), a žena 36% (18). Udio muškaraca oboljelih od shizofrenije bio je 26% (13) i 74% (37) žena. Pozitivnu obiteljsku anamnezu, imalo je 40% depresivnih i 38% shizofrenih bolesnika. U bolesnika s depresijom dužina trajanja liječenja u trenutku provođenja ankete u prosijeku je bila oko 9 godina, dok kod onih sa shizofrenijom nešto duže, oko 10 godina. Zabilježena razina suicidalnosti koju smo označavali sa 1) nije bilo ni misli ni pokušaja suicida; 2) suicidalne misli i 3) pokušaj suicida, pokazala je da je nešto više zabilježenih pokušaja suicida bilo u depresivnih pacijenata (32%), dok su suicidalna razmišljanja zabilježena s većom učestalošću u pacijenata sa shizofrenijom (38%). Kako smo primarno u radu željeli otkriti odnos između religijske komponente i bolesti, važno je spomenuti i podatak da se 42 (84%) depresivnih bolesnika i 46 (92%) shizofrenih izjasnilo religioznima.

Ostali podaci ispitanika sažeti su u Tablici 1.

Tablica 1. Demografska obilježja i osnovni anamnestički podaci o ispitanicima prema dijagnozi. Podaci su medijani (raspon) ili broj (postotak).

	Depresija (n=50)	Shizofrenija (n=50)
Dob (godine)	56 (22-86)	35 (20-60)
Udio muškaraca	32 (64)	13 (26)
Bračni status 1/2/3/4	7 (14)/28 (56)/10 (20)/5 (10)	27 (54)/20 (40)/2 (4) 1 (2)
Roditeljstvo 0/1/2/3	9 (18)/13 (26)/24 (48)/4 (5)	34 (68)/6 (12)/8 (16)/2 (4)
Uvjeti življenja 1/2/3	16 (32)/32 (65)/2 (4)	6 (12)/42 (84)/2 (4)
Radna sprema 1/2/3/4	11 (22)/7 (14)/1 (2)/31 (62)	12 (24)/17 (34)/6 (12)/15 (30)
Stručna sprema 1/2/3/4/5	4 (8)/4 (8)/31 (62)/4 (8)/7 (14)	0 /7 (14)/35 (70)/2 (4)/6 (12)
Pozitivna obiteljska anamneza	20 (40)	19 (38)

Trajanje liječenja (godine)	9 (0.1-58)	10 (0.1-36)
Suicidalnost 1/2/3	22 (44)/12 (24)/16 (32)	20 (40)/ 19 (38)/ 11 (22)
Subj. kvaliteta života 1/2/3	13 (26)/20 (40)/17 (34)	12 (24)/27 (54)/11 (22)
Smatraju se religioznim	42 (84)	46 (92)
Vjera 0/1/2/3/4	5 (10)/43 (86)/0/0/2 (4)	4 (8)/44 (88)/0/0/2 (4)
Simptomi ($HAMD_{17}$, PANSS)	17 (6-31)	118.5 (74-168)
CGI	4.5 (3-6)	5 (3-7)

Većina pacijenata su naveli da se smatraju religioznim osobama, 84% pacijenata s depresijom i 92% pacijenata sa shizofrenijom. Ukupan zbroj bodova na HAM-D17 ocjenskoj ljestvici za težinu simptoma depresije bio je 17 (raspon 6-31), a prosječan zbroj bodova na PANSS ocjenskoj ljestvici za shizofreniju bio je 118.5 (raspon 74-168). Međutim, prosječna težina simptoma izmjerena CGI ocjenskom ljestvicom bila je 4.5 (raspon 3-6) za depresivne, a 5 (raspon 3-7) za shizofrene pacijente.

Za ocjenu religioznosti koristili su se samoocjenski upitnici: Duke University Religion index (DUREL),Upitnik snage religijskog vjerovanja Santa Clara (SCSORF) i Kratka ljestvica religijskog sučeljavanja (RCOPE). Rezultati ljestvica prikazani su prema dijagnozi u Tablici 2.

Tablica 2. Rezultati na ljestvicama religioznosti – medijan (raspon)

	Depresija (n=50)	Shizofrenija (n=50)
DUREL		
ORA – kako često crkveni/religijski susreti?	3 (1-6)	4 (1-6)
NORA – kako često osobne religiozne aktivnosti?	1 (1-6)	3 (1-6)
IR – iskusio sam prisutnost nadnaravnog	5 (1-5)	3 (1-5)
IR – moja religioznost je u podlozi svih nastojanja	1 (1-5)	2 (1-5)
IR – trudim se prenijeti religiju u sva područja života	1 (1-5)	2 (1-5)
IR – TOTAL	7 (3-15)	7 (3-15)
SCSORF		
Vjera mi je jako važna u životu	4 (1-4)	3 (1-4)
Molim se svakodnevno	4 (1-4)	2 (1-4)

Vjera mi daje snagu	4 (1-4)	3 (1-4)
Vjera mi daje značenje i svrhu u životu	3 (1-4)	3 (1-4)
Redovit sam u svojoj crkvi	2 (1-4)	2 (1-4)
Moja vjera je važan dio moje ličnosti	3 (1-4)	2 (1-4)
Moj odnos s Bogom mi je vrlo važan	4 (1-4)	3 (1-4)
Volim društvo ljudi koji dijele moja vjerska uvjerenja	1 (1-4)	1 (1-4)
Na vjeru gledam kao izvor utjehe	4 (1-4)	3.5 (1-4)
Vjera utječe na mnoge moje životne odluke	3 (1-4)	3 (1-4)
SCSORF – TOTAL	32 (10-40)	26 (10-40)
KRATKI RCOPE – Pozitivno sučeljavanje		
Želio sam ojačati vezu S Bogom	3 (1-4)	2 (1-4)
Tražio sam Božju ljubav i brigu	3 (1-4)	3 (1-4)
Tražio sam pomoć Boga da smanji moju ljutnju	3 (1-4)	2 (1-4)
Želio sam ostvariti planove uz Božju pomoć	3 (1-4)	3 (1-4)
Pokušao sam vidjeti kako bi me Bog osnažio	3 (1-4)	2 (1-4)
Tražio sam oprost za svoje grijehe	4 (1-4)	4 (1-4)
Fokus na vjeru da bih prestao brinuti	2.5 (1-4)	3 (1-4)
POZITIVNO – TOTAL	21 (7-28)	18 (7-28)
KRATKI RCOPE – Negativno sučeljavanje		
Pitao sam se je li me Bog napustio	1 (1-4)	1 (1-4)
Osjećao sam se kažnjenim od Boga zbog neodanosti	1 (1-4)	1 (1-4)
Pitao sam se što sam učinio da me Bog kažnjava	1 (1-4)	1 (1-4)
Preispitivao sam se voli li me Bog	1 (1-4)	1 (1-4)
Pitao sam se je li me moja crkva napustila	1 (1-4)	1 (1-4)
Zaključio sam da je to vražje djelo	1 (1-4)	1 (1-4)
Sumnjao sam u Božju moć	1 (1-4)	1 (1-4)
NEGATIVNO – TOTAL	10 (7-25)	10 (7-22)

Da bi odgovorili na pitanje da li je religioznost povezana s težinom bolesti ili ne, provedene su dvije analize. U prvoj, svi su bolesnici razmatrani zajedno, a kao mjera težine bolesti korišten je CGI (veća ocjena – teža bolest). U drugoj, zasebno su analizirani bolesnici s depresijom i sa shizofrenijom. Mjera težine bolesti bio je ukupni PANSS odnosno HAM-D17 ocjena.

U Tablici 3 prikazano je da ne postoji združenost bilo kojeg od aspekata religioznosti i težine bolesti mjereni CGI ljestvicom. Ipak, uočena je statistički granično značajna

povezanost između „intenzivnije institucionalizirane vjerske aktivnosti“ i teže bolesti (p=0.074), kao i između „negativnog religijskog sučeljavanja“ i teže bolesti (p=0.056).

Tablica 3.

	β (95% C)	P
Institucionalizirana vjerska aktivnost	0.123 (-0.012, 0.258)	0.074
Neinstitucionalizirana vjerska aktivnost	0.068 (-0.038, 0.174)	0.207
Intrinična religioznost	0.044 (-0.009, 0.098)	0.101
Čvrstina religijskog vjerovanja	-0.009 (-0.030, 0.011)	0.361
Pozitivno religijsko sučeljavanje	-0.008 (-0.039, 0.021)	0.562
Negativno religijsko sučeljavanje	0.040 (-0.001, 0.081)	0.056

Tablica 4 pokazuje negativnu združenost između intenzivnijeg negativnog religijskog sučeljavanja i težih simptoma bolesti u depresivnih bolesnika. Također i u bolesnika sa shizofrenijom uočena je tendencija težih simptoma bolesti uz izraženije negativno religijsko sučeljavanje, no nije dostigla statističku značajnost.

Tablica 4.

	β (95% C)	P
Depresija		
Institucionalizirana vjerska aktivnost	0.414 (-1.110, 1.938)	0.586
Neinstitucionalizirana vjerska aktivnost	-0.535 (-1.633, 0.563)	0.330
Intrinična religioznost	-0.092 (-0.676, 0.493)	0.753
Čvrstina religijskog vjerovanja	0.113 (-0.105, 0.330)	0.302
Pozitivno religijsko sučeljavanje	0.171 (-0.152, 0.495)	0.290
Negativno religijsko sučeljavanje	0.419 (0.019, 0.819)	0.041
Shizofrenija		
Institucionalizirana vjerska aktivnost	-0.188 (-4.761, 4.384)	0.934
Neinstitucionalizirana vjerska aktivnost	1.765 (-1.846, 5.375)	0.329
Intrinična religioznost	0.957 (-0.758, 2.672)	0.266
Čvrstina religijskog vjerovanja	-0.209 (-0.877, 0.461)	0.532
Pozitivno religijsko sučeljavanje	0.007 (-0.959, 0.974)	0.988
Negativno religijsko sučeljavanje	0.614 (-0.844, 2.072)	0.400

7. RASPRAVA

U našem istraživanju nismo utvrdili razliku između različitih aspekata religioznosti, poput institucionalizirane i neinstitucionalizirane vjerske aktivnosti, intrizične religioznosti, čvrstine religijskog vjerovanja, pozitivnog i negativnog religijskog sučeljavanja, između oboljelih od depresije i shizofrenije.

Istraživanje je međutim pokazalo da postoji granično značajna povezanost između „intenzivnije institucionalizirane vjerske aktivnosti“ i teže bolesti (p=0.074), ocjenjeno CGI ljestvicom. Nalaz upućuje da osobe koje su teže bolesne imaju veću težnju odlasku u crkvu i prakticiranju religijskih susreta kao jedan vid samopomoći i utjehe. Dodatno, rezultati su pokazali da postoji korelacija između „negativnog religijskog sučeljavanja“ i teže bolesti (p=0.056). Pacijenti koji imaju teške oblike bolesti stoga češće smatraju da je njihova bolest nastupila kao vid kazne ili rezultat duhovne degradacije.

Pojedinačnom analizom rezultata studije depresivnih pacijenata uočena je združenost između intenzivnijeg „negativnog religijskog sučeljavanja“ i težih simptoma bolesti. Pri tome važno je istaknuti da su dosadašnja istraživanja našla uglavnom pozitivnu korelaciju između blažih oblika depresivnog poremećaja i religioznosti. Studija koja je provela sistematizirani prikaz temeljen na dokazima sastojala se od 43 publikacije, od kojih je trideset i jedna (72.1%) naišla na poveznicu između razine duhovne / religiozne involviranosti i blažih mentalnih poremećaja, osam (18.6%) ih je imalo mješane rezultate (pozitivne i negativne) i dvije (4.7%) negativne. Među njima 79% radova koji su uključivali depresiju naišli su na pozitivnu korelaciju s religioznosti, dok su s druge strane rezultati nekoliko istraživanja vezanih uz shizofreniju bili mješani (2).

Moreira-Almeida A. i suradnici 2006. godine zaključili su da u većini kvalitetno provedenih istraživanja viša razina religiozne involviranosti pozitivno utječe na mentalno zdravlje kao što su zadovoljstvo životom, sreća, viši moral i pozitivan afekt. Također, stupanj religioznosti može se povezati s manjom vjerojatnosti za depresiju pa tako i suicidalnim mislima (1).

Istraživanje koje su proveli Sandeep Grover i suradnici, a temeljilo se na prikupljanju postojećih članaka, sugeriralo je da religioznost može u pacijenata sa shizofrenijom utjecati na integraciju u društvo, na rizik od suicida i zlouporabu narkotika, ali isto tako i koristiti kao uspješna metoda za podnošenje bolesti i u konačnici na pozitivan ishod liječenja (20).

U komparativnoj studiji pacijenata koji boluju od shizofrenije, koje je provedeno u Švicarskoj, Kanadi i SAD-u, proveden je intervju među 276 pacijenata između 18 i 65 godina. Glavni zadatak bio je utvrditi ulogu duhovnosti i religije na živote oboljelih i na njihovo podnošenje bolesti. Rezultati su predstavili da je u sve tri države religijska komponenta viša nego među općom populacijom. Dokazalo se da je korisna u 87% ispitanika, što znači da osigurava pozitivan doživljaj selfa i lakšu borbu sa bolešću. S druge strane, među 13 % ispitanih predstavljala je negativni čimbenik u liječenju (27).

Dok su prethodne studije uglavnom istraživale učinak na liječenje oboljelih od shizofrenije, mi smo u našoj studiji istraživali povezanost između bolesti i religioznog osjećanja. Rezultat našeg istraživanja za bolesnike sa shizofrenijom govori u prilog tendenciji povezanosti težih simptoma bolesti uz „negativno religijsko sučeljavanje“, iako nije dosegao statističku značajnost. Na kraju možemo zaključiti da u shizofrenih bolesnika, kao i u depresivnih, teško bolesni pacijenti češće prakticiraju institucionalizirane vjerske aktivnosti (dakle češće idu u crkvu, na molitve, mise i sl.),

a teško depresivni bolesnici, uz to imaju osjećaj da „ih je bog napustio“, odnosno bolest je kazna za nešto što su u životu učinili ili su propustili učiniti.

8. ZAKLJUČAK

Depresija i shizofrenija duševni su poremećaji koji utječu na doživljaj svijeta oko sebe, emocije i razmišljanje te time i ponašanje osobe u okruženju u kojem se nalazi. Oba poremećaja mogu bitno utjecati na radno i socijalno funkcioniranje bolesnika. Upravo narušeno funkcioniranje potiče interes istraživanja različitih čimbenika, pa tako i na planu religioznosti s ciljem postizanja što boljeg stanja bolesnika i time oporavka njihove radne i socijalne funkcionalnosti te kvalitete života oboljelih. U našem istraživanju možemo zaključiti da religioznost i prakticiranje duhovnosti može predstavljati povoljan čimbenik kod lakših i srednje teških oblika kako depresivnog tako i shizofrenog poremećaja. S druge strane, govorimo li o teškim epizodama ima mješani utjecaj, djelom pozitivan, djelom negativan. Postoji povećana težnja da se osobe s teškim oblikom bolesti češće i više okreću prakticiranju religijskih susreta i odlasku u crkvu, ponajprije kao vid borbe sa bolešću i u konačnici utjehe. Također, rezultati naše studije uputili su nas da postoji tendencija težih simptoma depresije i shizofrenije i tzv. „negativnog religijskog sučeljavanja“, što znači da osobe koje su teško bolesne imaju često negativističan stav o sebi i svojoj bolesti, pa razloge za oboljevanje opravdavaju bilo kao posljedicu Božje kazne ili rezultat neodanosti.

U konačnici važno je napomenuti potrebu da moderna psihijatrija postane integrativna tj. holistička. Pri tome joj cilj treba biti vraćanje čovjeka u funkcionalnost, obitelj i na radno mjesto te podizanje kvalitete života. Sve se to postiže primarno farmakoterapijom, ali i shvaćanjem da je čovjek kompleksno biće, biološko, socijalno, psihološko i duhovno.

9. ZAHVALE

Prvenstveno se zahvaljujem svojoj mentorici, prof.dr.sc. Almi Mihaljević-Peleš, na neizmjernom strpljenju, podršci i vođenju tijekom izrade ovog znanstvenog rada.

Zahvaljujem se doc.dr.sc. Marini Šagud i prof.dr.sc Vladimiru Trkulji koji su mi također pružali veliku podršku.

Zahvaljujem se svojim roditeljima i bratu na ljubavi, strpljenju i podršci tijekom čitavog studija.

Hvala Luciji, Sandi i Matei koje su mi uljepšale godine studija i učinile ih nezaboravnim.

Hvala Viktoru na ljubavi i potpori.

10. LITERATURA

1. Moreira-Almeida A i sur.; Religiousness and mental health: a review, Revista Brasileira de Psiquiatria, 2006. 28(3):242-50
2. Bonelli RM, Koenig HG; Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review, Journal of Religion and Health, 2013. 52(2):657-73
3. Mihaljević-Peleš A i Šagud M (ur); Antidepresivi u kliničkoj praksi, Zagreb, Medicinska Naklada, 2014.
4. Mihaljević-Peleš A: Poremećaji raspoloženja u Dražen Begić, Vlado Jukić i Vesna Medved (ur) Psihijatrija (160-176) Zagreb, Medicinska Naklada, 2015.
5. http://www.cybermed.hr/centri_a_z/depresija/epidemiologija_depresije
6. Ivan Miko; Etiologija depresije. Diplomski rad. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2015.
7. http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16133/Dijagnoza-i-tijek-depresije.html
8. http://www.cybermed.hr/centri_a_z/depresija/klinicka_slika_depresije
9. http://www.sretneveze.com/expert/depres.html
10. http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authority.20110810105810844
11. Medved V: Shizofrenija i srodni poremećaji u Dražen Begić, Vlado Jukić i Vesna Medved (ur) Psihijatrija (142-160) Zagreb, Medicinska Naklada, 2015.
12. Picchioni MM, Murray RM; Schizophrenia, BMJ, 2007. 335:91–5
13. http://www.cybermed.hr/centri_a_z/shizofrenija/etiologija_shizofrenije
14. https://hr.wikipedia.org/wiki/Shizofrenija#cite_note-1
15. http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16148/Lijecenje-shizofrenije.html

16. Boelens PA i sur.; The effect of prayer on depression and anxiety: maintenance of positive influence one year after prayer intervention, The International Journal of Psychiatry in Medicine, 2012. 43(1):85-98
17. McCullough ME i sur.; Religion and depression: a review of the literature, Twin Research, 1999. 2(2):126-136
18. Paukert AL i sur.; Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression, Journal of Psychiatric Practice, 2009. 15(2):103-12
19. Caqueo-Urizar A i sur.; Religion involvment and quality of life in patients with schizophrenia in Latin America, Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 2016. 51(4):521-8
20. Grover S, Davuluri T, Chakrabarti S; Religion, Spirituality and Schizophrenia: A Review, Indian Journal of Psychological Medicine, 2014. 36(2):119-124
21. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA; The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia, Schizophr Bull 1987. 13(2):261-76
22. Busner J, Targum SD; The clinical Global Impressions Scale, Psychiatry (Edgmont), 2007. 4(7):28-37
23. Zimmerman M i sur.; Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale, Journal of Affective Disorders, 2013. 150(2):384-8
24. Lewis CA i sur.; The Santa Clara Strenght of Religious Faith Questionnaire: Confirmatory Factor Analysis, Pastoral Psychology, 2001. 49(5)
25. Koening HG, Bussing A; The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemological Studies, Religions, 2010. 1(1):78-85
26. Pargament K, Feuille M, Burdzy D; The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping, Religions, 2011. 2(1):51-76

27. Mohr S i sur.; 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, 2012. 44(1):29-52

11. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 8. studenog 1989. godine u Puli.

Završila sam Opću gimnaziju Pula, u Puli 2008. godine.

2009. godine upisujem Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu koji završavam u srpnju 2016. godine.

Aktivno se služim engleskim i talijanskim jezikom.