Pastoral psihički oboljelih odraslih osoba u Republici Hrvatskoj

Mazić, Janjka

Doctoral thesis / Disertacija

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Catholic Faculty of Theology / Sveučilište u Zagrebu, Katolički bogoslovni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:222:883368

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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

Repository / Repozitorij:

Repository of the Catholic Faculty of Theology
University of Zagreb







Sveučilište u Zagrebu
Katolički bogoslovni fakultet

Janjka Mazić

PASTORAL PSIHIČKI OBOLJELIH ODRASLIH OSOBA U REPUBLICI HRVATSKOJ

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2021.

Sveučilište u Zagrebu

Katolički bogoslovni fakultet

Janjka Mazić

PASTORAL PSIHIČKI OBOLJELIH ODRASLIH OSOBA U REPUBLICI HRVATSKOJ

DOKTORSKI RAD

Mentori:
izv. prof. dr. sc. Nikola Vranješ
doc. dr. sc. Josip Bošnjaković

Zagreb, 2021.



University of Zagreb

Catholic Faculty of Theology

Janjka Mazić

PASTORAL CARE OF MENTALLY ILL ADULTS IN THE REPUBLIC OF CROATIA

DOCTORAL DISSERTATION

Supervisors:
Assoc. Prof. Nikola Vranješ, PhD
Assist. Prof. Josip Bošnjaković, PhD

Zagreb, 2021.

Katolički bogoslovni fakultet – Sveučilište u Zagrebu
Catholic Faculty of Theology – University of Zagreb

IZJAVA O AUTORSTVU DOKTORSKOGA RADA

Izjavljujem da je moj doktorski rad *Pastoral psihički oboljelih odraslih osoba u Republici Hrvatskoj* izvorni rezultat mojeg rada te da su svi korišteni izvori, kako objavljeni tako i neobjavljeni, primjereno citirani ili parafrazirani te navedeni u popisu literature na kraju rada.

U Zagrebu, _____ _____

(datum i godina) (vlastoručni potpis studenta/studentice)

INFORMACIJE O MENTORIMA

Izv. prof. dr. sc. NIKOLA VRANJEŠ

Rođen je 20. kolovoza 1976. u Korenici, općina Plitvička Jezera. Teologiju u Rijeci, Područni studij Katoličkoga bogoslovnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, završio je 2002. godine. Za svećenika Riječke nadbiskupije zaređen je 2003. godine. Iste je godine upućen na postdiplomski studij u Rim. Postdiplomsku je specijalizaciju iz područja pastoralne teologije započeo na Papinskom Lateranskom Sveučilištu u Rimu na kojemu je 2005. magistrirao, a doktorirao 2008. godine. U jesen 2008. godine započeo je raditi na Teologiji u Rijeci, Područnom studiju Katoličkog bogoslovnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Od 2009. godine zaposlen je na istome Fakultetu za potrebe Teologije u Rijeci, na Katedri pastoralne teologije. Od srpnja 2011. vršio je službu Povjerenika za sveučilišni pastoral Riječke nadbiskupije. Na radno mjesto docenta na Katedri pastoralne teologije izabran je 2012. godine. Od ljeta 2013. godine vrši službu župnika župe sv. Jurja mč. - Drenova u Rijeci.

Od 2019. djeluje na radnom mjestu izv. prof. na Katedri pastoralne teologije KBF-a Sveučilišta u Zagrebu za potrebe područnog studija Teologije u Rijeci. Na Teologiji u Rijeci predaje sljedeće kolegije: Fundamentalni pastoral, Pastoral sakramenata, Pastoral braka i obitelji te izborne kolegije i seminare. Na KBF-u Sveučilišta u Zagrebu djeluje i kao nastavnik pastoralne teologije na doktorskom studiju te je mentor nekoliko doktorskih i licencijatskih radova.

Tri je godine bio glavni i odgovorni urednik Riječkog teološkog časopisa u prvom mandatu, a drugi mandat započeo mu je 2021. godine. Bio je i član Hrvatske sekcije Europskoga društva za katoličku teologiju sa sjedištem u Leuvenu. Član je Vijeća HBK za laike, Vijeća za život i obitelj i Vijeća za katehizaciju i novu evangelizaciju. Do sada je objavio veći broj znanstvenih i stručnih radova i pet knjige iz pastoralne teologije. Redovito sudjeluje u radu domaćih i međunarodnih znanstvenih simpozija i stručnih skupova.

Doc. dr. sc. JOSIP BOŠNJAKOVIĆ

Rođen je 29. rujna 1978. u Vukovaru. Diplomirao na Katoličkom bogoslovnom fakultetu u Đakovu Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku. Za svećenika Đakovačko-osječke nadbiskupije zaređen 2003. godine u Đakovu. Na Papinskom Sveučilištu Salezijana 2004. upisuje dodiplomski studij iz psihologije odgoja i pod vodstvom prof. Zbigniewa Formella, SDB priprema diplomski rad na temu *La dimensione emozionale come atteggiamento socio-affettivo dell'educatore* (Emotivna dimenzija kao socio-afektivni stav odgojitelja) koji je obranio u veljači 2007. godine. Na istom Sveučilištu, upisuje postdiplomski studij, također iz psihologije odgoja, i pod vodstvom prof. Eugenia Fizzottia, SDB, piše magistarski rad na temu *La vita come apertura incondizionata (Unbedingte Offenheit) nel pensiero di Karl T. Jaspers e Viktor E. Frankl* (Život kao bezuvjetna otvorenost u mislima K.T. Jaspersa i Viktora E. Frankla) koji uspješno brani u lipnju 2008. godine i postiže akademski naslov magistra psihologije odgoja.

Doktorirao je 2012. na temu *Gli Stati dell'Io Sé tra gli adolescenti cresciuti sotto le condizioni di pace e sotto le condizioni belliche e postbelliche. Ricerca empirica tra gli adolescenti di due regioni (Istria e Vukovarsko-srijemska) di Croazia (Stanja Ja među adolescentima odraslim u okolnostima mira, rata i poraća. Empirijsko istraživanje među adolescentima dviju Županija (Istarska i Vukovarsko-srijemska) u Hrvatskoj).*

Višu školu za specijalizaciju iz kliničke psihologije završava 2013. stekavši diplomu psihoterapeuta, usmjerenja transakcijskog analitičara. Od 2013. godine upisan je u Hrvatsku psihološku komoru te u Savez psihoterapijskih udruga Hrvatske.

Od 2019. godine predsjednik je Hrvatskog društva bračnih i obiteljskih savjetovatelja.

Član je Nadbiskupijskog pastoralnog povjerenstva; voditelj je Savjetovališta u Đakovačko-osječkoj nadbiskupiji; vanjski je suradnik u Bogoslovnom sjemeništu u Đakovu; član je ITAA – International Transactional Analysis Journal, EATA – Europian Association of Transactional Analysis. Te IAPR – International Association for the Psychology of Religion. Uz redoviti znanstveno-nastavni rad, također, daje usluge psihoterapije te, preko raznih stručnih predavanja, promiče interdisciplinarni pristup psihologije i teologije.

ZAHVALE

Za naslov ovoga rada, izabrane riječi, *Pastoral psihički oboljelih odraslih osoba u Republici Hrvatskoj,* opisuju ne samo temu ovdje podastrijete teološke disertacije nego se u bitnom podudaraju s karizmom redovničke zajednice kojoj pripadam i uz čije sam dopuštenje, interes i potporu mogla pisati ovaj rad. Družba sestara milosrdnica svetog Vinka Paulskoga već četiri stoljeća odjelotvoruje karizmu milosrdne ljubavi u susretu s bolesnicima i nemoćnima, a na hrvatskim prostorima sestre milosrdnice više od 175 godina djeluju u raznim ustanovama koje skrbe za bolesnike. Zahvaljujem svim sestrama Družbe sestara milosrdnica, Provincije Majke Dobrog Savjeta, koje su mi na bilo koji način pomogle i podržavale me u pisanju rada.

Nakon obrane licencijskog rada, neposredan poticaj za obradu ove teme došao je od izv. prof. dr. sc. Nikole Vranješa. Velika i iskrena zahvala mentoru za poticaje i praćenje ovog istraživanja. Njegovo vjerno služenje u teološkim istraživanjima i nauku o pastoralnom djelovanju u Crkvi te njegov kako efektivni tako i humani način praćenja, poticaj su i uzor meni za moje redovničko služenje. Zahvalna sam i doc. dr. Josipu Bošnjakoviću koji je velikodušno prihvatio sumentorstvo i svojom strpljivošću, razumijevanjem i savjetima usmjeravao ovaj rad glede jasnijeg pogleda na pojedina pitanja te interdisciplinarnog pristupa odabranoj temi. Također, u pozadini ovog rada jesu moja iskustva doživljenje ljubavi u mojoj obitelji; iskrena hvala mojim roditeljima, sestri i bratu kojih se rado spominjem i zahvaljujem za podršku tijekom pisanja rada.

Zahvaljujem svim profesorima na poslijediplomskom studiju, gospođici Animariji Đurak iz Referade PDS-a te svim djelatnicima Katoličkog bogoslovnog fakulteta u Zagrebu. Zahvalna sam ravnateljima škola koji su imali razumijevanja i izlazili mi u susret tijekom pisanja rada, kao i kolegama i kolegicama s kojima radim. Srdačna hvala svim osobama koje su na razne načine pridonije ostvarenju ovoga rada: lekturom, prijevodom, potporom, savjetom, a osobito molitvom. Neka svi idejni doprinosi, koji su na neki način ugrađeni u ovaj rad, donose plodove za Crkvu i društvo.

SAŽETAK

Pastoral bolesnika bremenito je područje crkvenog djelovanja koje zahtijeva neprestano promišljanje i razlučivanje aktualnog stanja u kontekstu promjena koje nudi suvremeno društvo. U fokusu znanstvenog istraživanja doktorskog rada nalazi se pastoral psihički oboljelih osoba u svjetlu današnjih društveno-socijalnih prilika. Radom se nastoji ukazati na potrebu sustavnog i organiziranog pastorala psihički oboljelih osoba.

Doktorski rad *Pastoral psihički oboljelih odraslih osoba u Republici Hrvatskoj* koncipiran je u četiri poglavlja. Premda je središnja tema ovog rada pastoral psihički oboljelih osoba, potrebno je bilo stvoriti širi kontekstualni okvir koji se odnosi na govor o zdravlju i bolesti u biblijskom kontekstu i kontekstu suvremenog društva. Prvo poglavlje polazi od predstavljanja biblijskog poimanju zdravlja te ukazuje se osnovne karakteristike psihičkih poremećaja depresije, shizofrenije i posttraumatskog stresnog poremećaja. Drugo poglavlje najprije predstavlja razumijevanje zdravlja u suvremenom društvenom kontekstu, a zatim organizaciju skrbi za psihički oboljele osobe koja se ostvaruje u zdravstveno-socijalnim ustanovama u Republici Hrvatskoj. Treće poglavlje metodom teološko-pastoralnog razlučivanja polazi od sakramentalnog izvorišta pastorala bolesnika te u svjetlu glavnih elemenata sakramenata propituje mogućnosti aktivnog sudjelovanja psihički oboljelih osoba u životu Crkve. Poseban naglasak stavljen je na aktualnu pastoralnu praksu koja je prisutna u bolnicama i ustanovama socijalne skrbi te doprinos pastoralu psihički oboljelih odraslih osoba koji se prepoznaje u radu crkvenih bračnih i obiteljskih savjetovališta u Republici Hrvatskoj. U prvom dijelu četvrtog poglavlja izložena je dinamična narav pastorala psihički oboljelih osoba kako bi se, u drugom dijelu istog poglavlja, na temelju teološko-pastoralnog razlučivanja, ispitale pretpostavke glede pastorala psihički oboljelih osoba te prepoznali izazovi za pastoralno djelovanje. Donošenje perspektiva za pastoralno djelovanje usmjereno je prema ostvarivanju i unaprjeđenju pastorala psihički oboljelih osoba.

Ključne riječi: zdravlje, bolest, mentalno zdravlje, psihički oboljele odrasle osobe, pastoralna praksa, perspektive djelovanja.

SUMMARY

In caring for the sick, the Church, in its activities, is faced with many different situations from the lives of the afflicted. Different perceptions on health and disease, the complexity of approaching patients burdened with various illnesses, cooperation with medical staff, and communication with the families of the sick are the structure behind these multifarious pastoral activities. Pastoral care of the ill is a challenging sphere within the Church, requiring continuous reflection and discernment of the current state in terms of developments offered by modern society. The focus of the scientific research in this doctoral thesis is the pastoral care of the mentally ill in society and the opportunities society offers, which enables this study to address issues directly related to unveiling perspectives of church activities in this area of pastoral care.

The doctoral thesis *Pastoral Care of Mentally Ill Adults in the Republic of Croatia* is divided into four chapters. Although the central theme of this paper is the pastoral care of the mentally ill, it was necessary to set up a broader contextual framework related to the communication of health and disease as determining factors in human life as a whole. It encompasses the biblical description of health and illness, which opens with the concept of man as God's creation and the understanding of health and illness from our contemporary point of view, and relies on the concept of man as seen and represented in today's society. In order for the research results to remain within the scope of this work, the study is limited to those experiences that directly deal with the objective of this work, and examines the current state of pastoral care of mentally ill adults in the Croatian health system today.

The first chapter, *Mental Health and Mental Illness in Light of the Theology of Health and Illness,* opens with the theology of health and illness centred around the biblical notion of health and these two inseparable realities of existence, and explores mental health and mental disorders in this context. All those involved in pastoral care of the mentally ill – medical staff included – will face not only religious matters, but also questions concerning the origin of the disease, and will find themselves in situations where they will be able to answer them. This chapter highlights the basic characteristics of the following mental disorders: depression and schizophrenia. The criteria for choosing specifically these disorders are their high incidence and complexity of treatment. Because this paper is focused on the current state in Croatia, it shall describe elements of post-traumatic stress disorder as a consequence of the Homeland War, present to this day, and its permanent side effects on Croatian veterans and their families, but also other civilians who have suffered numerous traumas. To understand mental disorders and for the sake of clarity of research, this chapter will draw attention to key concepts and terms related to the concept of mental illness.

The second chapter, *Position and Role of People with Mental Disorders in Today's Social Context,* is about understanding health and illness as we see it today. Also presented are difficulties directly related to impaired mental health. In this sense, the social environment of the mentally ill poses great challenges for the organisation of medical and other care, especially because of the stigma and prejudice that are deeply rooted in all levels of society. Discrimination and stigmatisation of the mentally ill often leads to internalisation of the stigma, or self-stigmatisation, which makes it difficult to lead a life in equality, and hinders the functioning and integration of mentally ill people into the community.

The third chapter, *Theological-Pastoral Discernment of the Current State of Pastoral Care of Mentally Ill Adults,* is based on the sacramental source of pastoral care of the sick, the main elements of which assess opportunities for active participation of the mentally ill in the life of the Church. From a theological-pastoral view, the pastoral care of mentally ill persons calls for the involvement of the Church community in the salvation of souls, through the proclamation of the Word, liturgy and prayers, as well as service and witness of Christian charity. These dimensions thus act as the structural walls of the Church's holy community and are indispensable elements of theological-pastoral discernment. Particular emphasis is placed on today's pastoral care in hospitals and welfare centres. The work of church marriage and family counselling centres in the Republic of Croatia has also been recognised in the pastoral care of the mentally ill.

The final, fourth chapter, is entitled *Perspectives of Pastoral Care of Mentally Ill Adults.* The first part presents the dynamics of pastoral care of the mentally ill. The essence of a pastoral encounter with a mentally ill person is always Jesus and his approach to the sick, as a fundamental determinant in the encounter between them and the Church. To understand the condition of the mentally ill, in highlighting the positive effect of interdisciplinary dialogue, we reach a recommendation for action, and recognise the challenges of pastoral action with the mentally ill. One opportunity for action is hospital pastoral care. It takes place in a specific environment and as such contributes to reducing tensions between psychiatry and religion, and becomes *the place* to strengthen Christian faith and hope in the lives of the mentally ill. Pastoral care of the mentally ill should also direct attention to unravelling the possibilities a sick person has to overcome everyday difficulties. In other words, pastoral care for the mentally ill must gear towards helping discover healthy potentials that every person possesses, regardless of their mental disorder. Through service and witness to Christian charity, doors open to integrate the sick into the community of faith and life, and contributes to its quality. In this sense, a perspective of action that may contribute to the pastoral care of the mentally ill ought to be

carried out within religious congregations, especially those whose charism, guided by Jesus Christ, have devoted their lives to serving the sick. The pastoral care of the mentally ill necessitates a relationship that is reflected in the link between the mentally ill, their families, and the parish community.

Regarding the assigned objective of the research, scientific-theological analyses examined the dynamics of a pastoral approach to the sick, and in light of today's social circumstances pointed to the possibilities of finding opportunities for action. Pastoral care, as part of a holistic approach to treatment of the mentally ill, requires an evangelisation of the sick and the community as a whole, and addresses quality of life according to the Christian understanding of health and disease. Providing pastoral care for mentally ill adults calls for a variety of interactive approaches that work together towards recovery, and promote the quality of life of the mentally ill. It is necessary, therefore, to develop suitable pastoral models, to strengthen and broaden existing ones, and to enable the sick to grow in faith, despite their illness and lack of mental and often physical strength. With this in mind, it is important to continuously acknowledge human dignity and emphasise that no one is any less human because of their illness. Even in sickness and reduced mental or physical strength, man is created in the image of God, with inalienable value and dignity, and holds a place in society and community of the people of God – the Church.

Keywords:
health, illness, mental health, mental disorder, quality of life, pastoral care of mentally ill adults, perspectives of action

SADRŽAJ

INFORMACIJE O MENTORIMA I

ZAHVALE III

SAŽETAK IV

SUMMARY V

SADRŽAJ VIII

UVOD 1

I. POGLAVLJE 5

MENTALNO ZDRAVLJE I PSIHIČKE BOLESTI U SVJETLU TEOLOGIJE ZDRAVLJA I BOLESTI 5

1.1. Biblijsko razumijevanje zdravlja i bolesti 6

1.1.1. Stvaranje čovjeka 6

1.1.1.1. Čovjek – Božje stvorenje i slika Božja 6

1.1.1.2. Čovjek – cjelovito biće 8

1.1.2. Zdravlje i bolest u Starom zavjetu 10

1.1.2.1. Zdravlje u Starom zavjetu 11

1.1.2.2. Vrste bolesti i liječenje u tekstovima Starog zavjeta 12

1.1.3. Zdravlje i bolest u Novom zavjetu 15

1.1.3.1. Zdravlje u Novom zavjetu 15

1.1.3.2. Bolesti i skrb za bolesnike u tekstovima Novog zavjeta 16

1.1.4. Smisao zdravlja, bolesti i ozdravljenja u Bibliji 19

1.1.5. Mentalno zdravlje u kontekstu biblijskog razumijevanja zdravlja 21

1.1.5.1. Pojam osobe u Bibliji 24

1.1.5.2. Osoba u psihijatriji 25

1.2. Psihičke bolesti i poremećaji u kontekstu teologije zdravlja i bolesti 26

1.2.1. Terminološka pojašnjenja 28

1.2.2. Shizofrenija 30

1.2.2.1. Epidemiologija i etiologija shizofrenije 31
1.2.2.2. Klinička slika shizofrenije 33
1.2.3. Depresija 35
1.2.3.1. Epidemiologija i etiologija depresije 35
1.2.3.2. Klinička slika depresije 37
1.2.4. Posttraumatski stresni poremećaj 39
1.2.4.1. Epidemiologija i etiologija posttraumatskog stresnog poremećaja 41
1.2.4.2. Klinička slika posttraumatskog stresnog poremećaja 42
II. POGLAVLJE 43
MJESTO I ULOGA OSOBA S POTEŠKOĆAMA MENTALNOG ZDRAVLJA U DANAŠNJEM DRUŠTVENOM KONTEKSTU 43
2.1. Razumijevanje zdravlja i bolesti u današnjem društvenom kontekstu 44
2.1.1. Kultura shvaćanja zdravlja 44
2.1.1.1. Sakralizacija zdravlja 45
2.1.1.2. Mit o vječno mladim ljudskim bićima 48
2.1.2. Kultura shvaćanja bolesti 49
2.1.2.1. Suvremeni pristup bolesti – zanemarivanje dostojanstva čovjeka? 50
2.1.2.2. Kriza identiteta 51
2.1.3. Kultura zaborava starijih osoba 52
2.1.3.1. Odnos prema smrti 54
2.1.3.2. Koncept smrti – pokazatelj odnosa prema životu 55
2.2. Problemi mentalnog zdravlja i učestalost javljanja psihičkih poremećaja 56
2.2.1. Prevencija mentalnog zdravlja 57
2.2.2. Psihijatrija – bremenita i plemenita disciplina medicine 58
2.3. Organizacija medicinske i druge skrbi za osobe s poteškoćama mentalnog zdravlja 60
2.3.1. Psihijatrijske ustanove 60
2.3.2. Ustanove socijalne skrbi za osobe s mentalnim oštećenjem 62

2.3.3. Deinstitucionalizacija – humani pristup psihički oboljelim osobama 62
2.4. Kvaliteta života osoba koje boluju od psihičke bolesti 65
2.4.1. Učinak dugotrajne hospitalizacije 67
2.4.2. Stigmatizacija psihički oboljelih osoba 68
2.4.2.1. Samostigmatizacija i metode prevencije samostigmatizacije 69
2.4.2.2. Strategije za prevladavanje stigme 71
III. POGLAVLJE 75
TEOLOŠKO-PASTORALNO RAZLUČIVANJE AKTUALNOG STANJA PASTORALA SA PSIHIČKI OBOLJELIM ODRASLIM OSOBAMA 75
3.1. Pastoral bolesnika 76
3.1.1. Sakramentalno izvorište pastorala bolesnika: sakramenti ispovijedi, bolesničkog pomazanja i euharistije 77
3.1.1.1. Priprava za slavlje sakramenata 77
3.1.1.2. Zajedništvo s Kristom u slavlju sakramentalnog susreta 79
3.1.1.3. Poslanje bolesnika – stvarnost svagdašnjeg života u snazi slavljenog otajstva 81
3.1.2. Ugovor o dušobrižništvu u bolnicama i ostalim zdravstvenim ustanovama te ustanovama socijalne skrbi 82
3.1.2.1. Stručne i osobne kompetencije pastoralnog djelatnika potrebne za ophođenje s bolesnicima 83
3.1.2.2. Prikladan prostor za duhovne potrebe 85
3.1.2.3. Zdravstveni djelatnici u ulozi sudionika pastoralne skrbi 85
3.2. Pastoralno djelovanje u području pastorala psihički oboljelih osoba 87
3.2.1. Suicidalni rizik i duhovne potrebe osoba koje su pokušale samoubojstvo 88
3.2.2. Nezrela religioznost 91
3.2.3. Pastoralna skrb za psihički oboljele osobe u kontekstu nosivih elemenata života i djelovanja Crkve 95
3.2.4. Prepreke u doživljavanju Božje nazočnosti i slike Boga u psihički oboljelih osoba 98

3.2.5. Odgovornost obitelji oboljelih i vjerničke zajednice 100

3.2.6. Crkvena i bračna obiteljska savjetovališta u Republici Hrvatskoj i pastoralna skrb za psihički oboljele osobe 103

IV. POGLAVLJE 107

PERSPEKTIVE PASTORALNOG DJELOVANJA SA PSIHIČKI OBOLJELIM ODRASLIM OSOBAMA 107

4.1. Dinamičnost pastorala psihički oboljelih odraslih osoba 108

4.1.1. Isusovi susreti s bolesnicima – temeljna odrednica u susretu Crkve sa psihički oboljelim osobama 108

4.1.2. Dijaloška narav pastorala psihički oboljelih osoba 110

4.1.3. Razumijevanje stanja psihički oboljelih osoba u svjetlu kršćanske vjere 113

4.2. Perspektive djelovanja u pastoralu psihički oboljelih odraslih osoba 114

4.2.1. Bolnički pastoral – djelovanje u specifičnom ambijentu 114

4.2.1.1. Umanjivati napetost između psihijatrije i religije 119

4.2.1.2. Učvršćivati kršćansku vjeru i nadu u životu psihički oboljelih osoba 120

4.2.2. Životna kriza uzrokovana psihičkom bolešću – perspektiva za otkrivanje zdravih potencijala osobe 121

4.2.3. Nužnost suodnosa u angažmanu obitelji i župne zajednice glede pastorala psihički oboljelih osoba 123

4.2.4. Pastoral u službi kvalitete života psihički oboljelih osoba 125

4.2.4.1. Važnost komunikacije u pastoralu psihički oboljelih osoba 127

4.2.4.2. Djelovanje Družbe sestara milosrdnica svetog Vinka Paulskoga u službi kvalitete života psihički oboljelih osoba 131

ZAKLJUČAK 136

BIBLIOGRAFIJA 141

KRATICE 159

ŽIVOTOPIS 160

UVOD

Prema nalogu što ga je dobila od Gospodina, Crkva je od početka djelovala u skladu sa svojom zadaćom i, po uzoru na svog Učitelja, pokazivala posebnu skrb za bolesne. U tom poslanju, Crkva se susreće s različitim životnim situacijama oboljelih osoba i svih onih koji su uključeni u brigu za oboljele osobe. Različito poimanje zdravlja i bolesti, pristup bolesnicima opterećenima raznim bolestima i stanjem u kojem se nalaze, suradnja s medicinskim osobljem te susret s obiteljima oboljelih predstavljaju okvire višeobličnog djelovanja Crkve koje je usmjereno prema spasenju čovjeka. Pritom je važno imati u vidu kako ostvarivanje crkvenih aktivnosti usmjerenih prema zaštiti zdravlja, koje je u kršćanskom smislu Božji dar, odnosno dobro koje omogućuje djelovanje i služenje bližnjemu, uvažava potrebe pojedinca koje su posljedica narušenog kako fizičkog tako i psihičkog zdravlja. U tom kontekstu zasebno područje u raznolikosti i zahtjevnosti crkvene skrbi za bolesnike predstavlja i briga za mentalno zdravlje, odnosno pozornost prema ljudskoj krhkosti i složenim životnim situacijama nastalim zbog prisutnosti psihičkog poremećaja. Pastoral bolesnika, dakle, bremenito je područje crkvenog djelovanja koje zahtijeva neprestano promišljanje i razlučivanje aktualnog stanja pastorala u kontekstu promjena koje nudi suvremeno društvo.

Činjenica da pripadam redovničkoj zajednici koja karizmu milosrdne ljubavi baštini od svetoga Vinka Paulskoga i svete Lujze de Marillac, bila je poticaj za istraživanje koje će biti usmjereno prema iznalaženju mogućnosti pastoralnog pristupa te koji će, u mnoštvu složenih situacija, odgovoriti na potrebe današnjeg čovjeka suočenog s patnjama psihičkih poremećaja. U tome, osobit poticaj dolazi iz dubinske Vinkove misli koju je moguće promatrati u njegovom suočavanju sa stvarnošću. Društvene prilike i materijalni mentalitet 17. stoljeća bili su poticaj svetom Vinku da, svojim djelovanjem i djelovanjem njemu bliskih suradnika, istakne cjelovit pristup čovjeku kojemu je bilo neophodno ne samo poviti nego i liječiti rane, kako tjelesne tako i duhovne naravi.

Problemi mentalnog zdravlja karakterizirani su visokom učestalošću kako u svijetu tako i u Republici Hrvatskoj. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije procjenjuje se da u svijetu, od ozbiljnih posljedica narušenog mentalnog zdravlja pati više od 450 milijuna ljudi. Pojavom pandemije izazvane virusom SARS-CoV-2 čovjek današnjice iznenada se našao pred zahtjevnošću životnih navika koje nose čitav niz negativnih posljedica po zdravlje i funkcioniranje ljudi, a izazovi mentalnog zdravlja postali su dio problema na globalnoj razini. Dakle, iako je vrijeme u kojem živimo obilježeno visokim tehnološkim napretkom i medicinskim dostignućima, posljedice narušenog mentalnog zdravlja dio su stvarnosti koja sve

više zauzima mjesto u svakodnevnom životu ljudi. S jedne strane, otkrivaju se nove bolesti, proizvodi se i primjenjuje sve veći broj lijekova razmjerno znanju, uzrocima i posljedicama bolesti, a s druge strane, pojavom bolesti otkriva se svojevrsna krizu čovjekove krhkosti i nemoći kada je u pitanju vjerničko osmišljavanje bolesti. Stoga, u skladu s poslanjem Crkve, pastoralne aktivnosti trebaju postati svrsishodno prenošenje Isusova načina razmišljanja, pristupa i djelovanja u naše doba. U tom kontekstu zasebno područje višeobličnog djelovanja Crkve, u skrbi i susretu s bolesnicima, zasigurno čine problemi narušenog mentalnog zdravlja, odnosno psihičke bolesti i poremećaji koji predstavljaju složenu tematiku te iziskuju zauzeti pastoralni angažman primjeren situaciji oboljelih osoba.

U fokusu se znanstvenog istraživanja ovog doktorskog rada nalazi pastoral psihički oboljelih osoba u svjetlu današnjih društveno-socijalnih prilika. Pastoral psihički oboljelih osoba zahtijeva posebnu osjetljivost i pristup primjeren situaciji psihički oboljeloj osobi. Ovakav pogled raspoznavanja pastoralnih aktivnosti usmjerenih prama psihički oboljelim osobama osobito je važan zbog upoznavanja osnovnih značajki psihičkih poremećaja te zbog razlučivanja načina na koji prisutnost pojave psihičkog poremećaja utječe na čovjekovo ponašanje i svakodnevno funkcioniranje. Takav pristup zapravo omogućuje da se sadržaj istraživanja usmjeri prema pronalaženju perspektiva u ovom segmentu crkvenoga djelovanja.

Doktorski rad *Pastoral psihički oboljelih odraslih osoba u Republici Hrvatskoj* koncipiran je u četiri poglavlja. Iz samog naslova daje se uočiti složenost problematike kojom se ovaj rad bavi. U prvom poglavlju *Mentalno zdravlje i psihičke bolesti u svjetlu teologije zdravlja i bolesti* polazi se od teologije zdravlja i bolesti utemeljene na biblijskoj predodžbi ovih dviju životnih stvarnosti. Za pristup mentalno oboljelima u pastoralnom djelovanju nije dovoljno upoznati duhovno stanje oboljelih nego treba poznavati i određene mentalne promjene s kojima žive psihički oboljele osobe. Važno je, prije svega, upoznati se s osnovnim značajkama poremećaja, trenutnom situacijom oboljelih osoba te mogućnostima pastoralnog pristupa. Stoga se, u nastavku prvog poglavlja, mentalno zdravlje i psihički poremećaji promatraju u kontekstu teologije zdravlja i bolesti te ukazuje na osnovne karakteristike psihičkih poremećaja depresije i shizofrenije. Kriterij izbora navedenih psihičkih poremećaja jesu njihova učestalost i zahtjevnost liječenja. Budući da se u ovom radu naglasak stavlja na hrvatsku stvarnost, u kontekstu pastorala psihički oboljelih osoba, osvrnut ćemo se na posttraumatski stresni sindrom koji, nakon Domovinskog rata, još uvijek ostavlja velike posljedice na život. Također, za razumijevanje psihičkih poremećaja i radi jasnoće istraživanja, u tom je poglavlju bilo potrebno ukazati na ključne pojmove i termine vezane uz koncept mentalnih bolesti.

U drugom poglavlju *Mjesto i uloga osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja* polazi se od razumijevanja zdravlja i bolesti s kojim se susreće čovjek današnjice. Na taj način, stvara se okvir unutar kojega se propituje mjesto i uloga koju zauzimaju psihički oboljele osobu u društvenim strukturama. Socijalno-društveni kontekst života psihički oboljelih osoba predstavlja velike izazove glede prevencije mentalnog zdravlja, načina organizacije medicinske i druge skrbi, a osobito glede postojanja stigme koja je duboko ukorijenjena u predrasudama svih društvenih skupina te otežava ravnopravan život i integriranje psihički oboljelih osoba u zajednicu.

Treće poglavlje *Teološko-pastoralno razlučivanje aktualnog stanja pastorala sa psihički oboljelim odraslim osobama* prikazuje aktualno stanje pastorala psihički oboljelih osoba. U tom poglavlju polazi se od sakramentalnog izvorišta pastorala bolesnika te u svjetlu glavnih elemenata propituju se mogućnosti aktivnog sudjelovanja psihički oboljelih osoba u životu Crkve. U teološko-pastoralnom promišljanju pastoral psihički oboljelih osoba podrazumijeva djelovanje crkvene zajednice prema spasenju osoba, putem navještaja riječi, liturgijskih slavlja i molitve te služenja i svjedočenja kršćanske ljubavi. Poseban naglasak se stavlja na aktualnu pastoralnu praksu, prisutnu u bolnicama i ustanovama socijalne skrbi te skrb za psihički oboljele osobe koja se odvija kroz rad *Crkvenih bračnih i obiteljskih savjetovališta* u Republici Hrvatskoj.

Posljednje, četvrto poglavlje *Perspektive pastoralnog djelovanja sa psihički oboljelim odraslim osobama* u prvome dijelu predstavlja dinamičnu narav pastorala psihički oboljelih osoba. U središtu pastoralnog susreta sa psihičkim oboljelim osobama uvijek je Isusov odnos prema bolesnicima kao temeljna odrednica u susretu Crkve i oboljelih osoba. U razumijevanju stanja psihički oboljelih osoba, osvjetljavanjem pozitivnog učinka interdisciplinarnog dijaloga dolazi se do preporuka za djelovanje, koje se iznose u drugom dijelu poglavlja. Na taj način otkriva se smjer pastorala psihički oboljelih osoba, ističu se okvirne teme za djelovanje te omogućuje, u obliku perspektiva za djelovanje, prepoznavanje onih metoda koje će podržavati djelovanje temeljeno na evanđeoskim susretima s bolesnicima.

Konačni opći cilj istraživanja uključuje propitivanje aktualnog stanja pastorala psihički oboljelih osoba. Znanstveno-teološkom analizom propituje se dinamiku pastoralnog pristupa oboljelim osobama te u svjetlu današnjih društveno-socijalnih prilika istražuju perspektive djelovanja u pastoralu sa psihički oboljelim osobama.

Znanstveni doprinos istraživanja ispituje se u odnosu na postavljeni hipotetski okvir koji se sastoji se od četiri hipoteze. Prva polazi od pretpostavke kako pastoralno djelovanje i prisutnost Crkve u ljudskim nevoljama, osobito onima koje su posljedica narušenog mentalnog

zdravlja, doprinosi kvaliteti života psihički oboljelih osoba. Druga hipoteza iznosi stav da se u nekim segmentima pastoralnog djelovanja sa psihički oboljelim odraslim osobama ne ostvaruju važni elementi pastorala sakramenata. Treća hipoteza progovara o potrebi interdisciplinarnog dijaloga teologije, psihologije i psihijatrije u pastoralu psihički oboljelih osoba. Četvrta hipoteza uobličena je u tvrdnju kako pastoralno djelovanje sa psihički oboljelim osobama doprinosi ostvarivanju cjelovitog pastorala bolesnika.

Važno je naglasiti kako pastoralni pristup psihički oboljelim osobama nema za cilj zamijeniti ulogu liječnika i medicinskog osoblja, nego pred pastoralnog djelatnika, u cilju što cjelovitijeg pastoralnog pristupa, postavlja zahtjev razumijevanja posebnosti stanja psihički oboljelih osoba. U potrazi za razumijevanjem psihičkih poremećaja i cjelovitog pastoralnog djelovanja cilj je razvijanje onih perspektiva djelovanja koje će s različitih motrišta pristupati osobi poštujući dostojanstvo i vrijednost osobe.

I. POGLAVLJE

MENTALNO ZDRAVLJE I PSIHIČKE BOLESTI U SVJETLU TEOLOGIJE ZDRAVLJA I BOLESTI

Kompleksnost tematike koja se odnosi na stvarnost zdravlja i bolesti pruža mogućnost mnogostrukih pristupa u promišljanju o ovim dvjema važnim odrednicama čovjekova života. Može se reći kako suvremeni čovjek zdravlju i bolesti pristupa jednodimenzionalno. Iako čovjek po naravi teži za smislom, promatrajući zdravlje pod prizmom očuvanja te u slučaju bolesti ponovnog zadobivanja zdravlja, suvremeni čovjek potiskuje promišljanje o smislu zdravlja i bolesti te u konačnici i promišljanje o smislu života.[1] Nasuprot ovakvom jednodimenzionalnom pristupu nalazi se kršćansko poimanje zdravlja koje upućuje na eshatološku stvarnost, na puninu života koja se tek očekuje.

U kontekstu pastoralnog pristupa psihički oboljelim osobama, usredotočenost na mentalno zdravlje i pojavu psihičke bolesti zahtijeva višedimenzionalan pristup. On se najprije odnosi na govor o zdravlju i bolesti kao važnim odrednicama u sveukupnosti čovjekova života i njegove stvorenosti. Budući da s biblijskog stajališta zdravlje predstavlja kategoriju koja nadilazi fizičko zdravlje i obuhvaća skladno djelovanje osobe u tjelesnom, duševnom i duhovnom aspektu, posve je razumljivo kako govor o mentalnom zdravlju i psihičkim bolestima svoje uporište traži u govoru o Bogu i čovjeku; Bogu koji je izvor čovjekova života i čovjeku kao cjelovitoj osobi, stvorenoj na *sliku Božju*.[2] Ovakav pristup jasnije iznosi važnost i aktualnost kršćanske antropologije koja počiva na teološkom razumijevanju starozavjetnog i novozavjetnog 'sadržaja' *slike Božje*. Kršćanska se antropologija temelji na tvrdnji da svaka osoba »ima svoj začetak u Drugom (pisan velikim slovom), te da joj je Drugi temelj, pa stoga svaki drugi čovjek, kao 'slika Božja', ujedno je za ljudsku osobu mogućnost vlastitog ostvarenja u pozitivnom odnosu, ali i granica slobode i samovolje.«[3] Stoga je u kontekstu teologije zdravlja

[1] »Čovjek postmoderne ne zanima se ni za prošlost ni budućnost. Živi sada i ovdje, bez metafizičkog nemira, bez utopija, bez vjere, bez ideoloških izvjesnosti, bez racionalnih temelja i kroči prema nepoznatom koje je napokon oslobođeno od svakoga smisla. To je usitnjen i ciničan čovjek nepovjerljiv prema svakom projektu koji bi trebao nuditi odgovor na pitanje postojanja.« Nela GAŠPAR, Odnos zdravlja i religije u postmodernoj, u: Aleksandra GOLUBOVIĆ – Iris TIĆAC (ur.), *Vječno u vremenu*. Zbornik u čast mons. prof. dr. sc. Ivanu Devčiću u povodu 60. obljetnice života, 30. obljetnice profesorskog rada i 10. biskupstva, Zagreb, 2010., 179.

[2] »Predstavljajući čovjeka kao sliku i priliku Božju, Biblija (usp. Post 1,26-27) ne namjerava toliko dati definiciju čovjeka, koliko istaknuti bitnu i tipičnu čovjekovu dimenziju, koja je u odnosnosti. Ona to čini polazeći od iskonske datosti stvarateljskog čina: ako je Bog čovjeku dao život, onda je to učinio da bude sudionik saveza koji treba vječno trajati.« Vincenzo BATTAGLIA, Slika, u: Aldo STARIĆ (ur.), *Enciklopedijski teološki rječnik*, Zagreb, 2009., 1054-1055.

[3] Ante MATELJAN (ur.), *Ecce homo! Medicinski i teološki pristupi.* Zbornik radova znanstvenog skupa, Split, ožujak 2018., 16.

i bolesti, za uočavanje vlastitosti mentalnog zdravlja kao i utjecaja psihičkih bolesti i poremećaja na život suvremenog čovjeka, važna biblijska predodžba i razumijevanje zdravlja i bolesti.

1.1. Biblijsko razumijevanje zdravlja i bolesti

Razumijevanje biblijskog i teološkog poimanja čovjeka pruža okvir unutar kojega postaje jasnija interpretacija čovjekove egzistencije uključujući različite životne situacije. U taj se koncept uklapaju zdravlje i bolest, dvije nerazdvojive stvarnosti čovjekove opstojnosti. Zdravlje i bolest u biblijskoj poruci polaze od koncepcije čovjeka kao Božjeg stvorenja i, posljedično tome, stvorenosti koja se tiče njegova cjelovita bića (usp. Post 1,27). To znači da je cjelovito razumijevanje čovjeka i svega što ga čini pojedinačnom, nezamjenjivom osobom s izvanrednim i neotuđivim dostojanstvom u središtu biblijskog razumijevanja čovjeka.[4] Stoga je važno, u razumijevanju zdravlja i bolesti, osvrnuti se na biblijsko-antropološke odrednice na kojima počiva teološko-antropološka interpretacija čovjekova zdravlja i bolesti.

1.1.1. Stvaranje čovjeka

Budući da je poimanje zdravlja određeno poimanjem samog čovjeka, pitamo se što o čovjeku možemo reći na temelju biblijske objave. Slijedom do sada rečenoga potrebno se, dakle, osvrnuti na neke odrednice čovjekove stvorenosti koje daju cjelovitiju sliku za biblijsko razumijevanje zdravlja i bolesti.

1.1.1.1. Čovjek – Božje stvorenje i slika Božja

Stvaranje čovjeka u kontekstu je stvaranja svega što postoji – neba i zemlje – iznad čega se čovjek ističe kao kruna stvaranja.[5] Čovjek je, dakle, Božje stvorenje. Bog stvara čovjeka na svoju sliku i na taj način čovjek postaje odraz Božjega otajstva i sva zbivanja ljudske opstojnosti mogu otkriti svoj smisao jedino u Bogu.[6] U prvoj biblijskoj knjizi, duplim izvješćem u dvadeset sedmom retku, potvrđuje se da je čovjek »slika Božja« (usp. Post 1,27). Na taj način pisac Knjige Postanka čovjekovo dostojanstvo stavlja u središte svog izvješća. Čovjekova stvorenost

[4] Usp. VIJEĆE HRVATSKE BISKUPSKE KONFERENCIJE ZA NAUK VJERE, *Čovjek stvoren »na sliku Božju« – njegova veličina i poziv*, Zagreb, 29. studenoga 2019., br. 4, u: http://hbk.hr/dokumenti-hbk/covjek-stvoren-na-sliku-bozju-njegova-velicina-i-poziv-vijece-hbk-za-nauk-vjere/ (7. III. 2021.).
[5] Usp. Ivica ČATIĆ, Načinimo čovjeka… (1,26). Antropološki naglasci u 1,1-2,4a, u: *Diacovensia*, 19 (2011.) 2, 171-213.
[6] Usp. DRUGI VATIKANSKI KONCIL, *Gaudium et spes. Pastoralna konstitucija o Crkvi u suvremenom svijetu* (7. XII. 1965.), br. 41, u: *Dokumenti,* Zagreb, [7]2008. (dalje: GS).

i posebnost potvrđuje se snažnim Božjim zahvatom koji se naglašava čak tri puta.[7] Ovakav prikaz stvaranja upućuje nas kako Bog pristupa stvaranju čovjeka s posebnom pažnjom, što nije slučaj kada je u pitanju stvaranje drugih bića. Slijedom navedenoga »slika Božja nije samo neka izvanjska oznaka, za čovjeka nešto dodatno, slučajno; to je nešto bitno, konstitutivno u čovjeku.«[8] Ipak, nije lako odrediti što sve uključuje tvrdnja da je čovjek slika Božja.

Prva i temeljna odrednica čovjeka kao slike Božje poseban je odnos prema Bogu. Po svojoj stvorenosti čovjek je u stalnom odnosu sa svojim Stvoriteljem. Čitav čovjekov život i njegovo djelovanje u Bibliji promatra se upravo iz perspektive čovjekova odnosa prema Bogu. Stoga je čovjeka nemoguće promatrati izvan tog odnosa, kao biće neovisno o Bogu. »Ne samo da čovjek potječe od Boga, koji mu daruje postojanje, nego i čitav čovjekov život odvija se u povezanosti s Bogom te je vječni život s Bogom konačni cilj čovjekove stvorenosti.«[9] Narav odnosa između Boga i čovjeka određena je dijalogom i uključuje darovanu slobodu čovjeka. Upravo po slobodi čovjek prihvaća svoju stvorenost i Božji poziv koji mu nudi zajedništvo života s Bogom. Dijaloška narav čovjekova odnosa s Bogom potvrđuje, također, čovjekovu sličnost s Bogom. Kako bi se uspostavio dijalog, među stranama treba postojati sličnost koja predstavlja temelj sporazumijevanja. Iz te sličnosti proizlazi čovjekova vrijednost i njegovo dostojanstvo.[10]

Stvaranje čovjeka na sliku Božju označava, nadalje, da je čovjek Božji predstavnik na zemlji. Bog je čovjeka obdario »svojim sposobnostima odgovornog vodstva i kreativnog razvijanja svega stvorenoga.«[11] Čovjek je, dakle, slika Božja time što ga je Bog 'ovlastio' da bude gospodar svoj zemlji (usp. Post 1,26). Tom ovlašću i svojom sposobnošću čovjek baštini i odražava Božje gospodstvo nad stvorenim svijetom. Povjerenjem, darovanim od Boga, čovjek zamjenjuje Boga kao upravitelj, pazeći pritom da nikada ne smetne s uma kako se nalazi u položaju odgovornosti pred Bogom. Sukladno ovoj perspektivi, čovjek je ovlašten i zadužen »da ovlada stvorenim svijetom, da ga podvrgne sebi na službu i da služeći se njime hvali Boga.«[12] U svojoj slobodi i suradnji čovjek je pozvan odgovoriti Bogu i njegovu pozivu, odnosno trajno i sve dublje rasti u svojoj sličnosti Bogu. Bog je, ujedno, Stvoritelj i konačni cilj

[7] Usp. Celestin TOMIĆ, Biblijsko poimanje čovjeka, *Crkva u svijetu*, 22 (1987.) 3, 234-235.
[8] *Isto*, 235.
[9] Valerija Nedjeljka KOVAČ, Zdravlje i bolest u Bibliji i kroz povijest kršćanstva, u: Adolf POLEGUBIĆ (ur.), *Sakrament bolesničkog pomazanja – Das Sakrament der Krankensalbung.* Zbornik radova, Frankfurt am Main, 2018., 36.
[10] Govor o dostojanstvu u Pastoralnoj konstituciji o Crkvi u suvremenom svijetu Drugog vatikanskoga sabora polazi od čovjekove stvorenosti na sliku Božju. Čovjek stvoren na *sliku Božju* obdaren je sposobnošću da spozna i ljubi svoga Stvoritelja. Usp. GS, br. 1
[11] Valerija Nedjeljka KOVAČ, Zdravlje i bolest u Bibliji i kroz povijest kršćanstva, 37.
[12] Marijan VUGDELIJA, *Čovjek i njegovo dostojanstvo u svjetlu Biblije i kršćanske teologije. Biblijsko-teološka antropologija*, Split, 2000., 42.

čovjekova života.[13] Dvije su, dakle, temeljne istine kršćanske antropologije. »Prva je da je Bog stvorio čovjeka, a druga je da čovjek, kao Božje stvorenje, zauvijek ostaje u egzistencijalnoj i ontičkoj povezanosti sa svojim Stvoriteljem.«[14] U okviru toga, darovan ovozemaljski život vodi čovjeka prema eshatološkoj punini postojanja 'kao Bog'.[15]

Još jedan vid čovjekove stvorenosti, u kontekstu biblijskog poimanja, pomaže boljem razumijevanju teologije zdravlja i bolesti. Naime, Bog čovjeka oblikuje od praha zemaljskoga. U upotrebi hebrejskog izraza *ʼāpār* – »prašina« otkriva se jedna od temeljnih karakteristika čovjekova bića: stvorenost. Čovjek stvoren od praha zemaljskoga prolazno je, krhko, ograničeno i smrtno biće.[16] To znači da je čovjek, kao biće koje nosi u sebi klicu božanskog života, po dahu koji mu Bog udahnjuje, omeđen prolaznošću i smrtnošću. Bog je čovjeka na neki način učinio svojim prebivalištem i obdario ga mogućnošću izbora. U svojoj slobodi čovjek pokazuje da je grešnik. »U bit slobode, naime, spada i mogućnost djelovanja protiv svog određenja i poziva. Čovjek, dakle, ostaje slobodan da Bogu rekne 'da' i 'ne'.«[17] U svojoj slobodi čovjek nije prihvatio sličnost s Bogom, zloupotrijebio je slobodu i usprotivio se Bogu. Ne želeći biti 'slika' nego 'sam Bog', na Božji poziv sličnosti, čovjek je odgovorio neposluhom i usprotivio se Bogu. Grijehom je, dakle, narušena čovjekova upućenost, iskonski zamišljen odnos, prema Bogu i ostalim stvorenjima, uključujući i odnos prema samome sebi.[18]

1.1.1.2. Čovjek – cjelovito biće

U Knjizi Postanka, u izvješću o stvaranju, Bog se ne obraća osobno ni jednom stvorenju osim čovjeku. Jedini je čovjek, dakle, Božji sugovornik na zemlji.[19] Ovaj odnos otvara pozadinu u koju Biblija smješta čovjeka stvorenog na *sliku Božju*. Čovjek je cjelovito biće i, kao što je već navedeno, biće određeno odnosom prema Bogu. Biblijsko gledanje na čovjeka kao cjelovito biće artikulirano je u nekoliko izraza: tijelo, duša, duh i srce. Svi ti termini kojima se u Starom

[13] Usp. Antun JAPUNDŽIĆ – Richard PAVLIĆ, Teološko-antropološka dimenzija zdravlja. Kršćanski doprinos suvremenom poimanju zdravlja, u: *Diacovensia*, 25 (2017.) 4, 607.
[14] Ladislav NEMET, *Teologija stvaranja*, Zagreb, 2003., 125.
[15] Usp. Valerija Nedjeljka KOVAČ, Zdravlje i bolest u Bibliji i kroz povijest kršćanstva, 37.
[16] Usp. Silvana FUŽINATO, »Nije dobro da čovjek bude sam«. Čovjek – biće odnosa (prema Post 2,4b-25), u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije i Srijemske biskupije*, CXLIV (2016.) 12, 4.
[17] Anton TAMARUT, Čovjek, slika Božja – biće susreta i dara, u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije i Srijemske biskupije*, CXLIV (2016.) 12, 14.
[18] Usp. Valerija Nedjeljka KOVAČ, Zdravlje i bolest u Bibliji i kroz povijest kršćanstva, 38.
[19] Čovjek je, dakle, stvorenje kome Bog govori. Posebnost čovjekova odnosa s Bogom ističe i dogmatska konstitucija o božanskoj objavi Drugog vatikanskog sabora. Konstitucija navodi kako »nevidljivi Bog (usp. Kol 1,15; 1 Tim 1,17), iz preobilja svoje ljubavi, oslovljava ljude kao prijatelje (usp. Izl 33,11; Iv 15,14-15) te s njima druguje (usp. Bar 3,38) da ih pozove i primi u zajedništvo sa sobom. Taj raspored objave zbiva se djelima i riječima iznutra međusobno povezanima tako da djela što ih je Bog izveo u povijesti spasenja očituju i potkrepljuju nauk i riječima označene stvari, a riječi razglašuju djela i osvjetljuju u njima sadržano otajstvo.« DRUGI VATIKANSKI KONCIL, *Dei Verbum. Dogmatska konstitucija božanskoj objavi* (18. XI. 1965.), br. 2, u: *Dokumenti* (dalje: DV).

zavjetu opisuje čovjeka naglašavaju čovjekovu jedinstvenost i cjelovitost. Drugim riječima, prema Bibliji čovjek jest tijelo, duša, duh i srce. U biblijskom, dakle, poimanju čovjek se sav izražava u svojim različitim vidovima, odnosno različiti vidovi promatranja čovjeka otkrivaju njegovu cjelovitost.[20]

Time što je tijelo, čovjek je biće sposobno komunicirati s drugima. Prema Knjizi Postanka čovjekovo tijelo povlašteni je trag Božjeg djelovanja (usp. Post 1-2). Biblija ne suprotstavlja tijelo i dušu. Tijelo označava čovjeka kao cjelinu, kao osobu (usp. Rim 6,12; 12,1).[21] Također, čovjek je biće prolazne egzistencije, dakle, mora umrijeti. Stoga Novi zavjet »bacajući novo svjetlo na čovjekovu konačnu sudbinu, a to je vječni život u zajedništvu s Bogom, još više uzdiže dostojanstvo tijela, koje je također pozvano, po uskrsnuću mrtvih, dijeliti sudbinu duše (Mt 5,31-46; Lk 6,20-26 i dr.).«[22]

Izraz *duša* povezan je uz disanje, dah, koji se shvaćaju kao očitovanja životnosti i vitalnosti.[23] Duša je prvo počelo koje pobliže određuje tijelo, pokreće tijelo na životne funkcije.[24] Značenje životnog daha podrazumijeva čitav spektar čovjekovih osjećaja i nagona, od mržnje do depresije (usp. Post 26,35; Suci 8,3). Drugim riječima, hebrejski izraz *nefeš* - »duša« u Bibliji označuje ljudski život i cijelu ljudsku osobu; nikad se ne zamišlja kao odvojeni dio ili element.[25] To je razlog zbog kojeg duša može biti »predmetom Božjega suda i što od njega može primiti kaznu ili nagradu. Nastavak egzistencije duše u Svetome pismu zamišlja se kao Božji dar i to je uvijek vezano uz uskrsnuće tijela.«[26] Duh je ono što čovjek prima od Boga i zbog toga je čovjek najuzvišeniji izraz Božje stvarateljske moći.[27] Bog je stvorio čovjeka i u nosnice mu je udahnuo dah života te duh stavlja čovjeka u poseban odnos s Bogom.[28] Uvučenošću čovjeka u odnos s Bogom ostvaruje se i potvrđuje čovjekov dar osobstva.[29]

Hebrejska riječ *leb* - »srce«, u biblijskom artikuliranju gledanja na čovjeka najčešće je upotrebljavani pojam. Srce predstavlja središte čovjekove vitalnosti i relacionalnosti.[30] Značenje riječi srce hebrejski jezik poima kao mjesto shvaćanja, rasuđivanja, promišljanja,

---

[20] Usp. Xavier LEON-DUFOUR (ur.), Čovjek, u: *Rječnik biblijske teologije,* Zagreb, [4]1993., 150.
[21] Usp. Richard PAVLIĆ – Martina VLAHOVIĆ, Čovjek – slika Božja. Teološka interpretacija i suvremeni izazovi, u: *Riječki teološki časopis*, 25 (2017.) 2, 368.
[22] Giovanni CAPPELLI, Tijelo/Tjelesnost, u: *Enciklopedijski teološki rječnik*, 1195.
[23] Usp. Marco SALVATI, Duša, u: *Enciklopedijski teološki rječnik*, 231.
[24] Usp. *Isto*, 232.
[25] Usp. *Katekizam katoličke Crkve*, Zagreb, 1994., br. 364 (dalje: KKC).
[26] Marco SALVATI, Duša, 232.
[27] Čovjek prima dah života izravno od Boga. Sugerira se intimna povezanost s Bogom. Upravo zbog toga, čovjek je živa duša. Čovjek ne posjeduje dušu, nego čovjek jest duša – živo biće. Usp. Richard PAVLIĆ, Muško i žensko stvori ih. Pečat kršćanske antropologije, u: *Riječki teološki časopis*, 22 (2014.) 2, 326.
[28] Usp. Valerija Nedjeljka KOVAČ, Zdravlje i bolest u Bibliji i kroz povijest kršćanstva, 39.
[29] Usp. Josip MARCELIĆ, Teološki pogled na čovjeka, u: *Crkva u svijetu*, 12 (1977.) 1, 11.
[30] Usp. Anđelo MALY, Biblijska antropologija zdravlja i bolesti, u: *Bogoslovska smotra,* 90 (2020.) 2, 343.

izbora; cio je onaj čovjek koji je sposoban promišljati i razumski odlučivati o svom djelovanju. »Iz srca se čini dobro ili zlo (usp. Br 24,13), srce se može okrenuti protiv nekoga (usp. Izl 14,5), srce sluša Riječ Božju (usp. Izl 9,21), srce može otvrdnuti (usp. Izl 7,14; 8,11.12.28; 9,7.34; 19,1). U navedenim tekstovima srce je subjekt osobnih čina, ono je središte čovjeka kao osobe, ono je organ intelektualne djelatnosti i ljudske volje. Srce je središte čovjeka u kojem se kriju ljudske misli i namisli, odluke i nakane.«[31] U srcu se nalazi osjećaji, i to oni najskrovitiji (usp. Iz 7,2; Ps 38,9-19; Br 15,39). Dakle, u Starom zavjetu srce se smatra središtem čovjeka koje nije samo vrelo životne dinamike tijela nego i mjesto psihičkog života te središte duhovnih, napose čuvstvenih sposobnosti.[32]

Slijedom navedenoga možemo reći kako starozavjetna koncepcija čovjeka polazi od Stvoritelja i usmjerena je prema Stvoritelju. Budući da Stari zavjet opisuje i razumije čovjeka kao cjelovito biće, može se zaključiti kako zdravlje i bolest u Bibliji nisu određeni samo tjelesnom stvarnošću nego se odnose na integritet čovjeka. Tako se zdravlje, prema onome što nalazimo u biblijskim izvještajima, označava kao 'biti dobro' u tjelesnom, psihološkom i u duhovnom aspektu čovjekova bića, odnosno zdravlje u Bibliji obuhvaća čovjeka u svoj složenosti njegova bića.[33] Unutar ovakva okvira, interpretacija čovjekova odnosa prema iskustvu zdravlja i bolesti uključuje, osim antropološke, i teološku dimenziju poimanja zdravlja i bolesti. Pri tom je važno imati u vidu kako biblijska objava ne pristupa bolesti i liječenju s medicinsko-znanstvenog stajališta, nego problem bolesti promatra u kontekstu religioznog motrišta. U perspektivi biblijskog poimanja, zdravlje se uvijek promatra u korelaciji s bolešću. Na taj način i trpljenje i bolest Biblija promatra u kontekstu poimanja čovjeka i svijeta u odnosu na nadnaravnu stvarnost, u odnosu na Boga i čovjekovo spasenje.[34]

1.1.2. Zdravlje i bolest u Starom zavjetu

Biblija ni na jednom mjestu ne donosi sustavan nauk o zdravlju, bolesti i ozdravljenju.[35] Za predodžbu starozavjetnog govora o tim dvjema važnim stvarnostima čovjekova života upućeni smo na uočavanje pojedinačnih biblijskih elemenata. Oni doprinose sintezi sveukupnog govora o zdravlju, bolesti i ozdravljenju u Starom zavjetu. Važno je imati na umu

[31] Adalbert REBIĆ, Čovjek u Bibliji Starog zavjeta, u: *Bogoslovska smotra*, 50 (1980.) 2-3, 172.
[32] Usp. Gennaro BOVE, Srce, u: *Enciklopedijski teološki rječnik*, 1093.
[33] Usp. Antun JAPUNDŽIĆ – Richard PAVLIĆ, Teološko-antropološka dimenzija zdravlja. Kršćanski doprinos suvremenom poimanju zdravlja, 604.
[34] Usp. Anđelo MALY, Biblijska antropologija zdravlja i bolesti, 340.
[35] »Traže li se u Bibliji definicije zdravlja i bolesti, znanstveni opisi tih pojmova neće se naći. Naći će se neki postupci potrebni da bi se sačuvalo zdravlje, opisi nekih bolesti i načini kako se biblijski čovjek s njima nosio.« Slavica DODIG, Jer ja sam Jahve koji daje zdravlje (Izl 15,26; 23,25; 1 Kr 17,17). Iskustvo Boga ozdravitelja i spasitelja, u: *Biblija danas*, XVII (2020.) 1, 4.

kako biblijsko poimanje zdravlja i bolesti ovisi o semitskom mentalitetu i kulturi u kojoj je nastajala Biblija. Biblijski pisac sve, pa i ove stvarnosti, povezuje s božanskim poretkom u svijetu te ih pripisuje izravno Bogu.[36]

1.1.2.1. Zdravlje u Starom zavjetu

Govor o zdravlju u kontekstu Staroga zavjeta ne odnosi se samo na fizičko stanje nego uključuje i duhovnu, mentalnu te emocionalnu dobrobit. No, valja imati na umu kako u starozavjetnoj misli zdravlje nije potpuna odsutnost bolesti niti zanemaruje normalni proces starenja koji ima za posljedicu oslabljene funkcije. Zdravlje u Starom zavjetu zahtijeva cjelovitost.[37] Ovakav pristup zdravlju izražava se riječju *šālôm*. Premda se *šālôm* u današnjem poimanju ograničava na pojam *mira*, u prijevodu ova hebrejska riječ ima višestruko značenje, kao npr. zdravlje, blagostanje, sreća, potpunost, spas i naravno mir.[38] Stoga se, u Starom zavjetu, pojam *šālôm* susreće kada se želi izraziti sve što je povezano sa životom, neovisno radi li se o životu pojedinca, skupine ili nacije (Post 29,6; 43,27-28).

Zdravlje, dakle, u starozavjetnom poimanju je posebna kvaliteta, utječe na integritet čovjeka kao osobe te se shvaća u odnosima prema Bogu, drugim ljudima i svijetu. Drugim riječima, zdravlje u Starom zavjetu osim što uključuje fizičko zdravlje odnosi se i na skladan čovjekov odnos s Bogom i s bližnjima, u svoj svojoj cjelovitosti i ispunjenosti.[39] Osim pojma *šālôm* u Starom zavjetu pojavljuju se riječi koje su povezane s potpunošću osobe, kao npr. život/živjeti, biti potpun, biti snažan i ozdraviti (usp. Izr 3,2; Iz 38,17). Kada Septuaginta prevodi hebrejsku riječ *šālôm*, onda rabi izraz *hygieia*/*hygiainō*[40] sa značenjem 'zdravlje', 'biti zdrav'.[41]

---

[36] Usp. Miljenko ODRLJIN, Biblijski pogled na zdravlje, u: Nediljko Ante ANIČIĆ – Nikola BIŽACA (ur.), *Kršćanstvo i zdravlje*. Zbornik radova teološkog simpozija, Split, 2006., 89-90.

[37] Usp. George W. REID, Zdravlje i ozdravljenje, u: *Biblijski pogledi*, 11 (2003.) 1-2, 158-159.

[38] U Bibliji se riječ *šālôm* pojavljuje gotovo 240 puta, a u izvedenicama više od 350 puta. Od toga, najčešće se pojavljuje u Psalmima te knjigama proroka Izaije i Jeremije. Unatoč čestom ponavljanju, pojam *šālôm* samo je 38 puta upotrijebljen u smislu mira, nasuprot ratu.

[39] George W. Reid navodi četiri široke kategorije kojima se opisuje zdravlje u Starom zavjetu: stanje cjelovitosti i ispunjenosti; stanje usklađenosti s Bogom i Božjim zakonom; stanje pravednosti – uključujući pravilan odnos prema Bogu i bližnjima te stanje fizičke osposobljenosti i snage, odnosno sposobnosti postizanja rezultata zbog dugog života. Usp. George W. REID, Zdravlje i ozdravljenje, 159-161.

[40] Riječ *hygiainō,* koja je korijen naše riječi »higijena«, rabila se kako bi se označio pronicljiv, sposoban, zdrav um i sređeno opće stanje čovjeka. U evanđeljima i pastoralnim poslanicama ima šire značenje i odnosi se na ozdravljenje cijele osobe.

[41] Usp. Anđelo MALY, Biblijska antropologija zdravlja i bolesti, 345.

1.1.2.2. Vrste bolesti i liječenje u tekstovima Starog zavjeta

Nasuprot zdravlju, u Starom zavjetu bolest se smatra Božjom disciplinarnom mjerom. U Ponovljenom se zakonu navodi: »Ja usmrćujem i oživljujem; ja udaram i iscjeljujem i nitko se iz moje ruke ne izbavlja« (Pnz 32,39b). Ovakav pristup bolesti upućuje da se bolest smatrala kao posebna Božja kazna za neki grijeh, ali isto tako kao i kušnja.[42] Biblijski čovjek jednostavnim jezikom opisuje bolesti te ih uglavnom shvaća kao slabost i nemoć tijela. U tom kontekstu u starozavjetnim izvješćima govori se o očnim bolestima, prvenstveno o sljepoći koja se pojavljuje kao kazna (usp. Izl 4,11; 2 Kr 6,18). S današnjeg medicinskog gledišta, zbog jednostavnosti jezika i pučkih izričaja, katkada je teško odrediti koju bolest starozavjetni pisac opisuje.[43] U nastavku donosimo popis bolesti opisanih u Starom zavjetu.[44]

[42] Usp. Luciano STERPELLONE, *Medicina u Bibliji*, Zagreb, 2020., 12-20.
[43] Usp. Slavica DODIG, *Biblijska medicina. O zdravlju, bolesti i smrti u Bibliji*, Zagreb, 2016., 51.
[44] Na temelju nekoliko izvora, Anđelo Maly donosi opis raznih bolesti u Starom zavjetu koji preuzimamo u cijelosti. Usp. Anđelo MALY, Biblijska antropologija zdravlja i bolesti, 346.; također, vidi: Slavica DODIG, *Biblijska medicina. O zdravlju, bolesti i smrti u Bibliji*, 52-53.

Tablica 1. Bolesti u Starom zavjetu

BOLEST	BIBLIJSKI NAVOD
kuga i različite epidemije	Izl 9,1-7; Lev 26,25; Pnz 8,21; 2 Sam 24,13; 1 Kr 8,37; 1 Ljet 21,12; 2 Ljet 6,28; 20,9; Sir 39,29; 40,9; Jr 18,21; 21,9; 27,13; Ez 5,17; 7,15; Heb 3,5
pošasti	usp. Iz 28,2
izrasline, čirevi	1 Sam 6,5
boginje/kozice	Izl 9,8-11; Job 2,7
guba i čirevi	2 Ljet 26,20
paraliza/ hromost i deformacije	Lev 21,18 2 Sam 19,27
sljepoća gluhoća nijemost	Lev 21,17-23 Izl 4,11
bjesnila ludila i epilepsija	Pnz 28,28 Br 24,4 – (Bileam) »pada i oči mu se otvaraju.«
sunčanica i toplinski udar	Jdt 8,3; 2 Kr 4,18-20
groznica	Pnz 28,22
tuberkuloza ili groznica	Lev 26,16; Ps 106,15; Iz 10,16
crijevni čirevi	Pnz 28,22
razni nametnici i paraziti	Izl 8,14-15
rak[45]	2 Ljet 21,14-19
krvožilni poremećaji[46]	1 Kr 15,23c
moždani i srčani udari	1 Sam 25,36-37
ženske bolesti – krvarenja	Lev 12; 15
smrtnost novorođenčadi	2 Sam 12,15-18
muške bolesti (prostata i prolijevanje sjemena)	Lev 15,2-15.16-18

[45] Biblijski navod odnosi se na dugotrajnu bolest crijeva. Usp. Anđelo MALY, Biblijska antropologija zdravlja i bolesti, 346.
[46] U biblijskom navodu Prve knjige o Kraljevima spominju se bolovi u nogama. Usp. *Isto*.

U životu starozavjetnog čovjeka prisutna je svijest kako se neke bolesti mogu spriječiti zdravim načinom života.[47] Za očuvanje zdravlja u Starom zavjetu bila su odgovorna četiri zvanja: proroci, kraljevi, svećenici i liječnici. O liječničkom znanju u Starom zavjetu zna se vrlo malo, iako je starozavjetni čovjek poznavao liječnika kojemu je pripadala višestruka uloga. Liječiti i otklanjati bol (usp. Sir 38,7), pripremati lijekove (usp. Sir 38,4; 38,14), štititi od zloduha (Tob 3,17) dužnost je liječnika. Također u Starom zavjetu, liječničko znanje slavi snagu djela Božjih (usp. Sir 38,6).[48] Za liječenje rana i ozljeda starozavjetni čovjek koristi prirodne lijekove poput ulja (usp. Izl 1,6; Lev 13-14), balzama (Jr 8,22; 46,11; 51,8), žuči (Tob 6,9) ili smokava (usp. 2 Kr 20,7; Iz 38,21). Treba imati u vidu da su uz liječnike, kraljeve i svećenike, proroci bili jedini koji su se zauzimali za zdravo društvo i zdravlje pojedinaca. U tom kontekstu, koncept i svrhu liječenja u Starom zavjetu treba promatrati holistički. Proroci, kao Božji poslanici, naglašavaju da je svaki pojedinac odgovoran za svoje zdravlje.

Ključnu tematiku o liječenju nalazimo u Knjizi Izlaska: »Jer ja sam Gospodin koji daje zdravlje« (Izl 15,26c).[49] Stoga, uz zaštitu zdravlja, prevenciju i liječenje bolesti, u Starom zavjetu na više mjesta susrećemo tekstove koji govore o skrbi za bolesnike (usp. 2 Kr 8,29; 9,16; 13,14; Job 2,19-13; Ps 41,7). Također, česta je bila i molitva za bolesnike. U drugoj knjizi o Samuelu, kralj David molitvom se obraća Bogu za ozdravljenje sina (usp. 2 Sam 12,16), a molitvu za bolesnike nalazimo i u Knjizi Brojeva (usp. Br 12,11-13; 21,7). Slijedom navedenoga zaključuje se kako u Starom zavjetu nije nepoznata molitva za bolesnike. Drugim riječima, različiti starozavjetni izvještaji potvrđuju činjenicu da je Bog Gospodar života i smrti.[50] Bog, gospodar života i smrti (usp. Pnz 32,39; 1 Sam 2,6) liječi i čovjek u svojoj bolesti mora imati povjerenje u Boga. Budući da liječenje nije samo fizički proces, molitva za ozdravljenje podrazumijeva i oproštenje grijeha (usp. Ps 41,3-4; 30,3-6; 2 Ljet 7,14).[51]

[47] Na više mjesta biblijski pisac govori o značenju umjerenosti za zdrav život, a osobito u mudrosnoj književnosti pojavljuju se tekstovi o značenju umjerenosti: »Jedi umjereno, kako se ne bi prejeo i pojedeno izbljuvao« (Izr 25,16); također, »Prekomjerno jelo donosi bolest i proždrljivost izaziva proljev. Mnogi pomriješe od neumjerenosti, a tko se čuva produžuje svoj život« (Sir 37,30-31).
[48] Usp. Slavica DODIG, *Biblijska medicina. O zdravlju, bolesti i smrti u Bibliji*, 74.
[49] Usp. Anđelo MALY, Biblijska antropologija zdravlja i bolesti, 349.
[50] U Knjizi Postanka Abraham moli za Abimeleka i njegove sluškinje te oni ozdravljaju (usp. Post 20,17); Psalmist, također, često moli Gospodina koji ga ozdravlja (usp. Ps 30,2; 103,3; 107,20; 147, 3; 6,2; 41,4).
[51] Usp. Anđelo MALY, Biblijska antropologija zdravlja i bolesti, 351.

1.1.3. Zdravlje i bolest u Novom zavjetu

1.1.3.1. Zdravlje u Novom zavjetu

Govor o zdravlju, bolesti i ozdravljenjima u Novom zavjetu, uz Djela apostolska, najviše je zastupljen u evanđeoskim tekstovima. Pojam zdravlje u Novom zavjetu izrijekom se spominje u Djelima apostolskim i Otkrivenju. Pisac Djela apostolskih naglašava da će Bog onomu tko u njega vjeruje vratiti potpuno zdravlje (usp. Dj 3,26), dok Knjiga Otkrivenja opisuje život u vječnom Jeruzalemu spominjući stablo za zdravlje ljudima (usp. Otk 22,2). Kako starozavjetni, tako i novozavjetni govor o zdravlju podrazumijeva ispunjen život, život u izobilju. Upravo je život što ga Isus svojim dolaskom nudi, život izobilja (usp. Iv 10,10). Uz ovozemaljsku dimenziju prolaznosti života, 'život u izobilju' uključuje i onu nebesku, dimenziju neprolaznosti života u kraljevstvu nebeskom.

Isusova djela, u službi navještaja Radosne riječi, obuhvaćaju i čudesna ozdravljenja od »bolesti, muka i zlih duhova« (Lk 7,21). Prepoznajući bolesnike u svojoj sredini, pristupajući im i ozdravljujući ih od raznih bolesti, Isus potvrđuje svoje poslanje od Boga koje se očituje u služenju ljudima. Sinoptička evanđelja izvješćuju kako Isus nakon krštenja na Jordanu dolazi u Galileju i započinje javno djelovanje (usp. Mt 4,12-17; Mk 1,14-15; Lk 4,14-15). U nastupnom govoru što ga je održao u Kafarnaumu, prema Mateju i Marku, Isus najavljuje blizinu kraljevstva Božjega i poziva na obraćenje. Razvidno je iz kasnijeg konteksta tih dvaju evanđelja »da pod nastupom Božjeg kraljevstva ili vladavine Isus misli milosnu naklonost Božju po njegovu propovijedanju i iscjeljivanju. Upravo zato svi se trebaju obratiti u smislu otvaranja za nešto novo što Bog po Isusu svima nudi (Mk 1,14-15; Mt 4,12-17).«[52]

Evanđelist Luka Isusov nastup u nazaretskoj sinagogi i pozivanje na Izaijino proroštvo, promatra kao Isusovo programatsko predstavljanje svojim sugrađanima (usp. Lk 16-20). Poput proroka »Isus se osjeća opunomoćenim i zaduženim da djeluje među siromasima, bolesnima i potlačenima.«[53] Pozivajući se na Izaijino proroštvo, Isus povezuje ozdravljenja s navještajem evanđelja i sebe predstavlja kao pomazanika Gospodnjega. Mesijanski prorok, kojega je prorekao Izaija, ima poslanje donositi radosnu vijest. Povezanost ozdravljenja i navještaja, u Isusovu poslanju, vidljiva je i u njegovom odgovoru Ivanovim učenicima koji su ga došli tražiti. Ivanovim učenicima Isus odgovara neka jave Ivanu što su vidjeli i čuli: »Slijepi progledaju, hromi hode, gubavi se čiste, gluhi čuju, mrtvi ustaju, siromasima se navješćuje evanđelje« (Lk

[52] Mato ZOVKIĆ, Isusovo poslanje siromasima, bolesnima i potlačenima (Lk 4,16-30), u: *Crkva u svijetu*, 34 (1999.) 3, 300.
[53] *Isto*, 301.

7,22). Događaj Isusova javnog nastupa u nazaretskoj sinagogi označio je posve jasno da se u Isusovo poslanje neizostavno uključuje i odnos prema bolesnicima.

1.1.3.2. Bolesti i skrb za bolesnike u tekstovima Novog zavjeta

Skrb za bolesnike zauzima istaknuto mjesto u Isusovu javnom djelovanju. Iz opisa Isusovih čudesnih ozdravljenja uočava se poseban empatijski pristup i odnos prema bolesnicima (usp. Mt 9,35-36). Opisujući Isusove susrete s bolesnicima i konkretan način pomaganja bolesnicima u evanđeljima spominju se sljedeće bolesti: guba, opsjednutost, sljepoća, uzetost, ognjica, krvarenje, vodena bolest, gluhoća, nijemost, padavica i zgrbljenost. U svojim govorima Isus još spominje hromost i sakatost, a evanđelisti kao i pisac Djela apostolskih opisuju osobe čija je koža pokrivena ranama ili čirevima. U nastavku donosimo popis bolesti kod Isusovih ozdravljenja[54] te popis ostalih bolesti koje se spominju u Novom zavjetu.[55]

[54] Usp. Domagoj RUNJE, Skrb za bolesnike – Kristovo poslanje, u: *Služba Božja,* 53 (2013.) ¾, 251-253.
[55] Usp. Slavica DODIG, *Biblijska medicina. O zdravlju, bolesti i smrti u Bibliji*, 84.; također, usp. Gian Maria COMOLLI, *Tutto ha inizio con il Vangelo… Compendio di Pastorale della Salute*, Tricase, 2017., 150-151.

Tablica 2. Bolesti u Novom zavjetu

BOLEST	BIBLIJSKI NAVOD
guba	Mt 8,1-4; Mk 1,40-45; 14,3; Lk 5,12-16; Lk 17,11-19
ognjica	Mt 8,14-15; Mk 1,29-31; Lk 4,38-39; Iv 4,46-54; Dj 28,8
uzetost /usahlost	Mt 8,5-13; 9,1-8; 12,9-14; Mk 2,1-12; 3,1-6; Lk 6,6-11; 5,17-26; 7,1-10; Iv 5,1-18
krvarenje	Mt 9,20-22; Mk 5,25-34; Lk 8,43-48
bolest očiju	Mt 9,27-31; 15,30-31; 20,29-34; 21,14; Mk 8,22-26; 14,3; 10,46-52; Lk 7,21-22;18,35-43; Iv 9,1-41
gluhoća i mucanje	Mk 7,31-37
opsjednutost i nijemost	Mt 9,32-34
opsjednutost, sljepoća i nijemost	Mt 12,22-24
opsjednutost i padavica	Mt 17,14-20; Mk 9,14-29; Lk 9,37-43
opsjednutost	Mt 8,28-34; 15,21-29; Mk 1,23-28; 7,24-30; Lk 4,31-37 Lk 8,26-39; Dj 8,7
vodena bolest	Lk 14,1-6
zgrbljenost	Lk 13,10-17
čirevi	Lk 6,20-21; Dj 12,23; Otk 16,2
rane	Lk 10,43; Dj 16,33
srdobolja /dizenterija	Dj 28,8

U tablici navedenih bolesti razvidno je da Novi zavjet naglašava tjelesna ozdravljenja. No ipak, Isusovo djelovanje svjedoči i o njegovu izravnom načinu suočavanja s bolestima, patnjama i opsjednućima. Na taj način Krist pokazuje kako želi zdravlje cijelog čovjeka te da svojom ozdraviteljskom snagom ljudima ne vraća samo fizičko nego i duševno zdravlje. Isusova ozdraviteljska snaga prvenstveno se pokazuje u odnosu na osobe koje mu se s povjerenjem obraćaju. Element vjere u čudima izlječenja prisutan je i u Djelima apostolskim (usp. Dj 4,23-30; 9,17.34; 14,10; 16,18). Dakle, vjera je ključni element izlječenja koja se susreću u novozavjetnom govoru o zdravlju i bolesti. U poslušnoj vjeri Ocu, Isus izvodi Božje spasenje ozdraviteljskim čudesnim djelima i svjedoči o Božjoj ponudi spasenja svakom čovjeku. Nadalje, neosporno je za novozavjetne pisce da se za tijelo treba brinuti. Fizička briga, briga za tijelo ne smije biti izostavljena (usp. Ef 5,29), no istodobno u ozdravljenjima je naglašena i ocrtava se duhovna briga za čovjeka koja je i puno važnija.[56]

Duhovna briga uključuje obraćenje, a obraćenje rađa vjeru koja ozdravlja, koja se manifestira kroz čudesno ozdravljenje.[57] U tom kontekstu evanđelisti ističu vjeru žene koja je bolovala od krvarenja (usp. Mt 9,21-22; Mk 5,34; Lk 8,48), dvojicu slijepaca i slijepca Bartimeja (usp. Mt 9,28; Mk 10,52; Lk 18,42) te jednog od deset ozdravljenih gubavaca (usp. Lk 17,19). Evanđelja bilježe bespomoćnost učenika koji nisu mogli činiti čudesa jer nisu imali vjere i Isus ih zbog toga prekorava (usp. Mt 17,14-21; Mk 9,14-29; Lk 9,37-43). Također, i u novozavjetnim biblijskim tekstovima, evanđelisti spominju osobe koje mole Isusa za ozdravljenje, odnosno posreduju za bolesnoga, bilo da je riječ o najužoj obitelji ili poznanicima. Dakle, uz vjeru bolesnika, u spomenutim čudesnim ozdravljenjima, ključnu ulogu ima i vjera onih koji mole Isusa za zdravlje bližnjih (usp. Mt 8,13; Lk 7,9; Mt 15,28).

Kao što je spomenuto, Isus osim tjelesnih izlječenja ozdravlja bolesti koje su u ono vrijeme smatrane opsjednućem đavla. Na taj način, opraštajući grijeh, Isus otklanja krivnju iz čovjekova života i pri tom odlučno odbija poimanje bolesti kao kazne za grijeh (usp. Iv 9,3). Pri tom je važno uočiti da se Isus ne predstavlja »kao nadliječnik ili genijalan nadriliječnik i iscjelitelj, nego kao onaj koji će čovjeku donijeti spasenje, koje je daleko više od svakog tjelesnoga izlječenja i zdravlja. Ali, da bi čovjek spoznao kako spasenje hoće obuhvatiti njega cijeloga, on čini i znakove tjelesnoga izlječenja.«[58] Ozdravljenja, dakle, izriču bit Isusova poslanja i uvijek su prilika da ljudi u Isusu prepoznaju od Boga poslanog Spasitelja. Učinjeni

[56] Usp. Anđelo MALY, Biblijska antropologija zdravlja i bolesti, 355-356.
[57] Usp. Adalbert REBIĆ, Isusov stav prema bolesnicima i vjeri kao snazi koja ozdravlja, u: *Vjesnik Đakovačke i Srijemske biskupije*, 130 (2002.) 3, 133-134.
[58] Hans Urs von BALTHASAR, Zdravlje između znanosti i mudrosti, u: *Communio,* 40 (2014.) 119, 6-7.

znakovi ozdravljenja potvrđuju Isusov stav prema bolesnicima i konačan cilj Isusove brige za spasenje čovjeka.[59] U središte pozornosti Isus ne stavlja vlastiti ugled nego čovjeka i njegovu patnju. Kristovo suosjećanje s patnicima i brojna iscjeljenja svjedočanstvo su Božjeg pohoda svom narodu (usp. Lk 7,16).[60] Dakle, Isusova su ozdraviteljska djela, nad slijepima, hromima, gubavcima i gluhima (usp. Lk 7,22) objava eshatološkog vremena koje je nastupilo pojavom Isusa, Sina Božjeg.[61] Polazeći od ove spasonosne Isusove poruke, zdravlje u Novom zavjetu predstavlja predokus konačnog spasenja. Upravo u toj perspektivi i današnji pastoralni pristup zahtijeva promicanje i produbljivanje teologije zdravlja jer zdravlje zauzima jedan od važnih aspekata Kristova nauma spasenja čovjeka i kao takvo nezaobilazno je mjesto teološko-pastoralnog promišljanja.[62]

1.1.4. Smisao zdravlja, bolesti i ozdravljenja u Bibliji

U kontekstu biblijskog razumijevanja bolesti i ozdravljenja nameću se određena pitanja na koja je potrebno odgovoriti kako bi se sintetiziralo biblijsko poimanje ovih složenih stvarnosti čovjekova života. Jedno od njih tiče se svakako poruke koju biblijski pisac govorom o zdravlju i bolesti te ozdravljenju želi prenijeti budućim naraštajima. Sasvim je sigurno za biblijskog pisca da zdravlje obuhvaća širi spektar razumijevanja tog složenog pojma u koji je uključena i teološka dimenzija zdravlja. To znači da se zdravlje za biblijskog pisca odnosi na »dugi život Bogu bliskih pojedinaca i naroda te vjernost Bogu, skladan odnos s bližnjima i s Bogom.«[63] Dakle, holistički pristup zdravlju, prema biblijskoj starozavjetnoj baštini, uključuje čovjekovo tjelesno i duševno zdravlje.

Kao što zdravlje uključuje mnoge aspekte čovjekova života, tako i bolest narušava postojeću tjelesnu, psihičku i socijalnu ravnotežu. U teološkom smislu, pak, bolest se očituje u poremećenom odnosu prema sebi, prema bližnjima, a to ujedno znači i narušen odnos s Bogom.[64] Dakle, bolest u teološkom smislu označava narušen odnos s Bogom, a ozdravljenje povratak u Božju blizinu. Budući da bolest narušava čovjekov odnos prema Bogu, nameće se

[59] Pripovijedajući o čudima evanđelist Matej u središte događaja ozdravljenja stavlja spasenjski susret, a ne događaj čuda. Da su bolesnike koji su bolovali od različitih bolesti donosili Isusu, za Mateja je od trajnog značenja. U tom značenju Matej daje manju važnost Isusovom propovijedanju te želi istaknuti poziv čitateljima da, bez obzira na okolnosti, od Isusa traže spasenje. Usp. Meinrad LIMBECK, *Matejevo evanđelje*, Zagreb, 2009., 115-116.
[60] Usp. KKC, br. 1503
[61] Usp. Paul-Gerhard MÜLLER, *Lukino evanđelje*, Zagreb, 1996, 62-63.
[62] Usp. Nikola VRANJEŠ, Cjeloviti pastoral bolesnika i zdravstvenih djelatnika, u: *Služba riječi,* 53 (2013.) ¾, 354-355.
[63] Slavica DODIG, Jer ja sam Jahve koji daje zdravlje (Izl 15,26; 23,25; 1 Kr 17,17). Iskustvo Boga ozdravitelja i spasitelja, 3.
[64] Usp. Slavica DODIG, *Biblijska medicina. O zdravlju, bolesti i smrti u Bibliji*, 108.

potreba govora o etiološkoj dimenziji bolesti u Bibliji. Najprije treba reći da se biblijski pogled na pojavu bolesti ne ograničava na naturalističku teoriju bolesti, odnosno biblijski pogled nije prvenstveno usredotočen na naravni uzrok bolesti. Bolest i ozdravljenje utječu na cijelu osobu te stoga biblijsko gledište »priznaje duhovni element u onome što se danas definira kao patološki uzrok bolesti.«[65]

U biblijskim izvještajima o prvim patrijarsima nema spomena o bolestima. Vrlo sažeti izvještaji govore o smrtnoj bolesti ili fizičkoj nesposobnosti čime se pruža svjedočanstvo o nezainteresiranosti biblijskog pisaca za problem ozbiljne i duže bolesti. »Premda izostanak takvih izvještaja ne mora značiti da bolesti nije bilo, on je potpuno u skladu s uvjerenjem da se otpornost prvih ljudi prenosila s naraštaja na naraštaj, iako svaki put u sve slabijoj mjeri. Primjer starosti patrijarha prilikom smrti podupire ovu tvrdnju.«[66] Bog je onaj koji iscjeljuje bolest te stoga suradnički odnos s Bogom vodi iscjeljenju, harmoniji tijela i duha (usp. Izl 15,26). Na temelju ovakvog pristupa, biblijski pisac o uzrocima bolesti govori na dvostruki način: Bog kao uzrok bolesti i osobni grijeh kao uzrok bolesti.

Brojna mjesta u Bibliji dovode pojavu bolesti u vezi s Bogom (usp. Lev 26,14-16; Br 12,9-15; Pnz 28,21-22; 1 Sam 5,6-12; 2 Sam 12,15; 1 Kr 13,4; 2 Kr 5,28; Job 5,17-18; Jr 16,3-4). No, takav način gledanja nipošto ne znači da Bog preuzima inicijativu za bolest jer Bog je stvorio čovjeka za sreću. Pojava bolesti protivna je izvornom Božjem naumu. Sva prirodna događanja i ljudske relacije moraju se promotriti u svjetlu Božje prisutnosti. Bolest je »kazna kojom Bog kažnjava čovjeka (usp. Izl 4,6; Job 16,12; 19,21; Ps 39,11). Bolest je jedno od glavnih prokletstava što će zadesiti nevjerni Božji narod (Pnz 28,21).«[67] Iskustvo bolesti treba uroditi jasnijom sviješću pojedinca i društva o grijehu. Stoga su i brojne molitve za ozdravljenje popraćene i priznanjem vlastitih prijestupa. No, ovdje se nameće pitanje: ako je bolest posljedica grijeha, što je s bolešću i patnjom pravednika? U tom slučaju, u primjerima pravednika koji trpe, bolest je prikazana kao providonosna kušnja. Upravo se Jobovo iskustvo patnje protivi uvjerenju da patnju treba smatrati posljedicom grijeha. Također, izvještaj o Ezekijinoj teškoj bolesti patnju ne pripisuje nekom njegovom grijehu (usp. 2 Kr 20). Slijedom navedenoga jasno je da iskustvo bolesti pravednika ima pokazati svjedočanstvo njegove vjernosti. U knjizi proroka Izaije, sluga Jahvin, Pravednik i Patnik, bolesti daje vrijednost okajanja za prijestupe grješnika (usp. Iz 53,4).[68]

[65] George W. REID, Zdravlje i ozdravljenje, 162.
[66] *Isto*, 161.
[67] Mladen PARLOV, Zdravlje i bolest: stvarnosti duha, u: *Služba Božja,* 46 (2006.) 2, 174.
[68] Usp. *Isto*, 174.

U Novom zavjetu, Isus ne tumači bolest u strogoj perspektivi kazne za grijeh. U susretu sa slijepcem od rođenja, Isus objašnjava svojim učenicima da postojanje bolesti nije dokaz da je osoba učinila grijeh: »Niti sagriješi on niti njegovi roditelji, nego je to zato da se na njemu očituju djela Božja« (Iv 9,3). Ovakvim stavom Isus ispravlja odnosno nadopunjava starozavjetno poimanje uzročno-posljedičnog odnosa između bolesti i grijeha. Iscjeljujući tjelesne i duhovne bolesti, Isus se prikazuje kao onaj koji ima moć pobijediti bolest i darovati ozdravljenje. Svojim iscjeliteljskim djelovanjem Isus ozdravlja ali i oslobađa od sotonske moći i moći grijeha. Stoga Isusova ozdravljenja znače i više od tjelesnog ozdravljenja jer bolesniku vraćaju ljudsko, religiozno i društveno dostojanstvo te integritet. Isusova su, dakle, ozdravljenja znak uspostavljanja Božjeg kraljevstva na zemlji. Svojim djelovanjem Isus nije dokinuo bolest, nego šalje poruku da je na djelu Božja sila koja će na kraju pobijediti. Uzevši patnje i boli na sebe »Isus bolesti daje novi smisao: odsad one, kao i svaka vrst patnje, imaju vrijednost otkupljenja.«[69]

1.1.5. Mentalno zdravlje u kontekstu biblijskog razumijevanja zdravlja

Sukladno tematskom okviru prvog poglavlja, nakon iznošenja važnih odrednica biblijskog poimanja zdravlja i bolesti, slijed razmišljanja zahtijeva promotriti mentalno zdravlje u odnosu na biblijski pristup zdravlju i bolesti. Najprije, promišljanje o mentalnom zdravlju zahtijeva odrediti sam pojam »mentalnog zdravlja«. U suvremenoj znanosti sintagmom »mentalno zdravlje« označava se stvarnost koja podrazumijeva više od samog odsustva psihičke bolesti. Svjetska zdravstvena organizacija definira mentalno zdravlje kao »stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresovima, može raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi svojoj zajednici.«[70] U kontekstu definicije mentalno zdravlje ne znači biti uvijek ugodno raspoloženi jer životna stvarnost mnogo puta, pa i svakodnevno, suočava ljude s poteškoćama i stresnim situacijama koje rezultiraju različitim reakcijama: zabrinutost, ljutitost, osjećaj prestrašenosti, tužno držanje i dr. Ukoliko osoba prihvaća ovakve situacije, koje za posljedicu imaju ispoljavanje negativnih emocija, mentalno je zdrava jer spremno pristupa stvarnosti koristeći svoje resurse, vještine i sposobnosti. S jedne strane, produktivne aktivnosti svakodnevnih pothvata, uključujući osjetila, emocije i intelekt, pomažu da se osoba razvija unatoč negativnim emocijama koje su neminovna pratnja svakodnevnog života. S druge strane, neproduktivne aktivnosti štete i uzrok su povrede

[69] Mladen PARLOV, Zdravlje i bolest: stvarnosti duha, 175.
[70] WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Mental health: strengthening our response*, u: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response (1. III. 2021.).

same osobe i životne okoline pojedinca.[71] Prema definiciji, također je naglašena važnost sveobuhvatnog i multidisciplinarnog pristupa zdravlju. Takav pristup uključuje usmjerenost prema čovjeku, a promicanje i prevencija poremećaja postaju potencijal za održavanje i unaprjeđenje mentalnog zdravlja.[72]

Mentalno zdravlje podrazumijeva životnu plodnost koja se ostvaruje ukoliko osoba ima sposobnost da se prilagođava, nosi s teškoćama i stresom. Dobro mentalno zdravlje uključuje fleksibilnost i rješavanje problema na najbolji mogući način s obzirom na trenutne prilike. Ukoliko je mentalno zdravlje narušeno, gubi se fleksibilnost, a posljedica gubitka korištenje je uvijek iste strategije za suočavanje s problemom bez obzira je li takva strategija prikladna za rješavanje trenutnih teškoća. Opasnost postaje tim veća ako se izbjegava suočavanje s poteškoćama. Mentalno zdravlje je, dakle, dio općeg zdravlja i predstavlja važan resurs za pojedinca, obitelj i okolinu. Drugim riječima, osnovna načela na području mentalnog zdravlja tiču se održavanja ravnoteže između pojedinca i okoline što mentalno zdravlje čini znatnim društvenim resursom. Može se reći da ovakav koncept mentalnog zdravlja svoje izvorište pronalazi u biblijskoj starozavjetnoj baštini.

Čovjek stvoren na 'sliku Božju' odgovoran je prema svom Stvoritelju i ima odgovornost prema stvorenom svijetu. Stoga je u djelovanju Crkve, osobito u pastoralu bolesnika kao jednom od najzahtjevnijih područja tog djelovanja, potrebno aktualizirati promišljanje o mentalnom zdravlju u kontekstu biblijskog razumijevanja zdravlja.[73] Biblijski govor o zdravlju promatra čovjeka kao jedinstveno, cjelovito biće. Stvaranjem čovjeka na svoju sliku Bog je u izvoru čovjekova identiteta. U trenutku kada stvara čovjeka, Bog progovara o sebi kao o zajedništvu: »I reče Bog: 'Načinimo čovjeka na svoju sliku'…« (Post 1,26). Prvim biblijskim retkom kojim se opisuje stvaranje čovjeka, biblijski pisac progovara da je čovjek stvoren za zajedništvo: »Na svoju sliku stvori Bog čovjeka, (…) muško i žensko stvori ih« (Post 1,27). Nadalje, prema biblijskom izvješću Bog je čovjeka stvorio na svoju sliku da mu bude blizak.

[71] Usp. Ljiljana MUSIĆ – Diana JOVIČIĆ BURIĆ – Martina MARKELIĆ – Sanja MUSIĆ MILANOVIĆ, Zdravstvena pismenost u području mentalnog zdravlja, u: *Socijalna psihijatrija*, 48 (2020.) 3, 325-326.

[72] U sklopu HZJZ, Odjela za mentalno zdravlje, od 2014. djeluje Savjetovalište za mentalno zdravlje. Usluge Savjetovališta »temelje se na boljem razumijevanju pozitivnog mentalnog zdravlja, zdravstvenom obrazovanju i pružanju informacija, motiviranju na ulaganje u mentalno zdravlje i osobni razvoj, motiviranju i pružanju podrške osobama u traženju stručne pomoći i tretmana, pružanju prve psihološke pomoći i emocionalne podrške, pružanju pomoći u navigaciji kroz sustav te umrežavanju s dionicima društva koji razvijaju i provode aktivnosti na području mentalnog zdravlja.« HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO, Odjel za promicanje mentalnog zdravlja, u: https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/odjel-za-mentalno-zdravlje-i-prevenciju-ovisnosti/ (3. VI. 2021.).

[73] Usp. Nikola VRANJEŠ, Pastoralna skrb za psihički oboljele osobe. Temeljne odrednice, u: *Crkva u svijetu,* 46 (2011.) 3, 301.

Sličnost Bogu označava da je čovjek jedinka i zajedništvo baš kao što je i sam Bog, singularno-pluralno biće.[74] Sličnost je i u tome da je čovjek vladar prirode te mu je povjereno dati ime stvorenjima (usp. Post 2,19). Time što je svaki čovjek – kao pojedinac i društvo – slika Božja i ima svoj začetak u Bogu, mentalno zdravlje temelj je za funkcioniranje pojedinca i zajednice koje se odvija u relaciji, odnosno upućenosti na drugoga.[75] Dakle, osoba s dobrim mentalnim zdravljem ključna je za dobrobit zajednice jer je sposobna stvarati uvjete za suočavanje sa životnim situacijama, otvorena je učenju i vježbanju vještina za izgradnju kvalitetnih odnosa.

Prema brojnim istraživanjima, rane intervencije na razini zajednice kao što je ulaganje u kvalitetno roditeljstvo i promoviranje mentalnog zdravlja od najranije dobi, kroz učenje emocionalnih i socijalnih vještina, imaju pozitivan utjecaj na mentalno zdravlje djece i mladih koji se nastavlja i u odrasloj dobi.[76] Izrazito je važno da država[77] i svi segmenti društva prepoznaju ulogu i važnost mentalnog zdravlja te u cilju promocije mentalnog zdravlja i prevencije mentalnih poremećaja štite osnovna ljudska prava.[78] Kao što je razvidno iz rečenoga,

---

[74] Usp. Ivan GOLUB, Čovjek slika Božja (Post 1,26). Nov pristup starom problemu, u: *Bogoslovska smotra*, 41 (1971.) 4, 381-394.

[75] Blagoslov je dar koji je neposredno vezan za život. To znači da dobro koje blagoslov donosi nije neki određeni predmet, samo neki određeni dar. S tim u vezi, blagoslov se ne odnosi se na 'imati' nego 'biti'. Dakle, blagoslivljanje je stvaralački i životvorni dar. Odmah na početku Biblije otkriva se smisao blagoslova: Bog daje blagoslov: »I blagoslovi ih Bog…« (Post, 1,28), ali i čovjek daje blagoslov. Tako pisac Knjige Postanka navodi da Bog govori Abrahamu: »Blagoslovit ću te, ime ću ti uzveličati i sam ćeš biti blagoslov« (Post 12,2). Dalje, u sljedećim poglavljima, susret Abrahama i Melkisedeka svjedoči o prvom biblijskom svećeniku koji blagoslivlja (usp. Post 14,18). Sve to ukazuje na veličinu čovjeka te da poticaj blagoslova nije u ljudskom činu nego u Božjem stvaranju. Bog je izvor i počelo svakog blagoslova. Blagoslov je dar koji dolazi iz Božje ruke, vidljivi znak njegove ljubavi prema svim ljudima. Usp. Niko BILIĆ, *Biblija i duševno zdravlje. Svetopisamski pogled na čovjekovu psihu*, Zagreb: amdg.eu (online), 2017., u: https://amdg.ffrz.hr/amdg_aiv/Biblija_i_dusevnozdravlje_bilicRebro14_12_17.mp3 (18. VI. 2021.); usp. Jean GIBLET, Blagoslov, u: *Rječnik biblijske teologije*, 53-63.

[76] Usp. Bruno ANTOLIĆ – Miranda NOVAK, Promocija mentalnog zdravlja: Temeljni koncepti i smjernice za roditeljske i školske programe, u: *Psihologijske teme*, 25 (2016.) 2, 327-333.

[77] Nacionalna strategija zaštite i promocije mentalnog zdravlja i prevencije mentalnih poremećaja važna je zbog odgovornosti za promicanje i podršku stvaranja društva u kojem je mentalno zdravlje svih njegovih članova istinski, a ne samo deklarativno, značajno i važno za budućnost. U Republici Hrvatskoj trenutno ne postoji Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja. Takva strategija postojala je za razdoblje od 2011. do 2016. godine. Usp. VLADA REPUBLIKE HRVATSKE, Ministarstvo zdravlja, *Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine*, u: https://vlada.gov.hr/UserDocsImages/2016/Sjednice/Arhiva/79-4.pdf (14. III. 2021.).

[78] Promocija mentalnog zdravlja uključuje niz aktivnosti koje će dodatno pojačati razumijevanje mentalnog zdravlja i svjesnost o važnosti mentalnog zdravlja kao dijela općega zdravlja, razumijevanje problema mentalnog zdravlja i duševnih/mentalnih poremećaja te borbu protiv stigme i diskriminacije; aktivnosti kojima je cilj jačanje zaštitnih čimbenika i smanjivanje čimbenika koji štete mentalnom zdravlju; učinkovite mjere koje rezultiraju boljom kvalitetom života, boljim socijalnim funkcioniranjem, boljim uklapanjem u društvo, smanjenjem ljudske patnje, nižom incidencijom i prevalencijom duševnih/mentalnih poremećaja.
Prevencija duševnih poremećaja uključuje primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju. Primarna prevencija usmjerena je smanjenju incidencije duševnih/mentalnih poremećaja te podrazumijeva suzbijanje čimbenika rizika za razvoj duševnih/mentalnih poremećaja. Sekundarna prevencija ima za cilj smanjenje prevalencije mentalnih poremećaja skraćivanjem njihovog trajanja i to ranim otkrivanjem i promptnim liječenjem. U tercijarnoj prevenciji naglasak je smanjivanju težine bolesti i dizabiliteta vezanih uz određeni poremećaj. Tercijarna prevencija uključuje liječenje, medicinsku, radnu i socijalnu rehabilitaciju, skrb za kvalitetu života te sprječavanje prijevremenog umiranja, uključujući prevenciju samoubojstava. Usp. NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO »DR.

skrb za mentalno zdravlje u današnjim društvenim prilikama neizostavna je zadaća koja se nameće i Crkvi u kontekstu cjelovitog pastorala bolesnika.[79] U tom kontekstu važno je naglasiti kako su svi segmenti društva odgovorni za prevenciju mentalnog zdravlja te da pristup osobama narušenog mentalnog zdravlja i umijeće liječenja treba uvažavati integritet osobe čije temelje nalazimo u teološko-antropološkoj koncepciji stvaranja čovjeka.

1.1.5.1. Pojam osobe u Bibliji

Biblija zdravlje i bolest smješta u kontekst govora o čovjeku, odnosno u odnosu na poimanje čovjeka u svoj složenosti njegova bića. Uz biblijski izraz *slika Božja*, koji se na teološkom području razvio u definiciju čovjeka, ne smije se zanemariti pojam *osoba*[80] koji se primjenjuje na čovjeka te je postao temelj za priznavanje ljudskog dostojanstva. Iako pojam *osoba* ne nalazimo u Bibliji,[81] shvaćanje čovjeka kao osobe prisutno je od samog stvaranja čovjeka kojemu je, u odnosu na druga živa bića, dodijeljena posebna uloga.

Čovjek je biće koje postoji u sebi i po svojoj stvorenosti, sposoban je biti subjekt svojih odluka i čina. Također, čovjek je biće usmjereno izvan sebe, što znači da je sposobno nadići sebe i neprestano ostvariti odnose s Bogom i drugim ljudima. Dakle, u biblijskom kontekstu, čovjek kao osoba ima apsolutnu i nepovredivu vrijednost.[82] Biblijska objava »snažno pred Bogom ističe dostojanstvo čovjeka, koji ima svijest o sebi i vlastitu neponovljivu postojanju u dijalogu koji Bog Stvoritelj s njime uspostavlja. I Bog se od početka stvaranja objavljuje kao osoba, stvoritelj, slobodan, pun mudrosti i ljubavi (Post 1 – 2).«[83]

ANDRIJA ŠTAMPAR«, Očuvanje mentalnog zdravlja, u: https://www.stampar.hr/hr/ocuvanje-mentalnog-zdravlja (13. III. 2021.).

[79] S tim u vezi, danas se sve više ukazuje na potrebu proširivanja pastoralnog djelovanja od bolesnika prema svima onima koji su uključeni u skrb za bolesnike. U tom kontekstu uočavaju se određeni pomaci: od pastorala bolesti prema prevenciji i promociji zdravlja; od pastorala usmjerenog gotovo isključivo na sakramente prema pastoralu riječi, koji se služi razgovorom i dijalogom; od pastorala koji se zanimao samo za bolesnika prema pastoralu koji se zanima i za one koji skrbe o njemu; od pastorala koji je bio vezan samo za strukture u kojima se liječi prema pastoralu koji je pozoran na ambijent u kojem osoba živi. Dakle, specifičnost pastorala bolesnika sastoji se u brizi oko pastoralne nazočnosti koja uključuje bolesnika, njegovu obitelj ali i zdravstvene djelatnike, širu crkvenu i društvenu zajednicu.

[80] Izvorno, pojmu *osoba* pridavalo se značenje maske koju su glumci nosili na licu tijekom predstave. S metafizičkog gledišta osoba označava dostojanstvo duhovne postojane i nepriopćive naravi. S egzistencijalističkoga i dinamičkoga gledišta ovaj pojam označava subjekt »ja« koji pronalazi autentično ostvarenje u zajednici, bivovanjem s drugima i djelovanjem za druge. Usp. Eva Carlotta RAVA, *Osoba*, u: *Enciklopedijski teološki rječnik*, 790.

[81] Pojam osoba nije izravno biblijskog porijekla, ali je sadržajno u Bibliji prisutan. U teološkom smislu, sam pojam, prošao je vrlo kompleksan razvoj u pogledu samog izraza (terminologije) i njegova sadržaja. Usp. Philip A. ROLNICK, *Osoba, milost i Bog*, Zagreb, 2012., 17-74.

[82] Usp. Valerija Nedjeljka KOVAČ, Zdravlje i bolest u Bibliji i kroz povijest kršćanstva, 41.

[83] Eva Carlotta RAVA, Osoba, 790.

1.1.5.2. Osoba u psihijatriji

Povijest svjedoči da je pristup, koji uzima u obzir integritet i cjelovitost čovjeka, važan aspekt medicinske znanosti. Od samih svojih početaka medicina je često naglašavala važnost pristupa oboljeloj osobi. Na taj način, uvažavajući biološko, psihološko, socijalno i duhovno tijekom bolesti, ističe se važnost holističkog pristupa te priznaje dostojanstvo svake osobe. Razvoj medicinske znanosti omogućio je mnoštvo mogućnosti na području medicine, a osobito na području neuroznanosti i slikovitih prikaza ljudskog mozga pa čak i ljudskih emocija.[84] Zbog sve bržeg razvoja medicinske znanosti i mogućnosti suvremene medicine, često se koristi termin *personalizirana medicina*.[85] No, napredak i brzi razvoj medicinske znanost doveli su i do negativnih posljedica poput pretjerane administracije i narušenih komunikacijskih odnosa između zdravstvenih profesionalaca i bolesnika. Ljudski odnos kao da je nestao s pojavom tehnologije premda neuroznanost ističe upravo *odnos* kao važan element u cjelokupnom terapijskom ishodu. »Nerijetko se postavlja pitanje gdje je u svemu tome u medicini nestao čovjek, jer je u središte zbivanja došla dijagnoza, bolesni organ ili patofiziološki mehanizam, a ne oboljela osoba sa svojom životnom pričom, pozitivnim aspektima zdravlja i osobnom interpretacijom bolesti. Stvara se dojam kao da živimo u kulturi bolesti i dijagnoza, a ne u kulturi zdravlja.«[86] Stoga je važno imati u vidu da iza svake dijagnoze u prvom redu stoji osoba, sa svojim željama i interesima. Narušeno mentalno zdravlja i pojava bolesti nije obilježje koje osobu definira kao ličnost.[87] U prvom redu je osoba, a ne dijagnoza.

Prije nešto više od jednog desetljeća, voditelji svjetskih medicinskih organizacija i udruga bolesnika počeli su promovirati koncept medicine usmjerene prema osobi (*person-centered medicine*).[88] U tom kontekstu važno je napomenuti da je ova inicijativa najprije počela razvojem programa psihijatrije usmjerene prema osobi a kasnije je proširena na gotovo sve

[84] Usp. Marijana BRAŠ – Veljko ĐORĐEVIĆ, Psihijatrija usmjerena prema osobi, u: Vlado JUKIĆ i suradnici (prir.*), Hrvatska psihijatrija početkom 21. stoljeća*, Zagreb, 2018., 208.

[85] Personalizirana medicina ima za cilj koristiti terapiju koja je nastala prema individualnoj prilagođenosti oboljelom pojedincu. »Prava terapija za pravog pacijenta u pravo vrijeme« ključna je sintagma personalizirane medicine. Usp. Dragan PRIMORAC, Vizionar iznimne energije i začetnik uvođenja personalizirane medicine u kliničku praksu, u: *Liječničke novine. Glasilo hrvatske liječničke komore,* 19 (2019.) 179, 6-11.

[86] Marijana BRAŠ – Veljko ĐORĐEVIĆ, Psihijatrija usmjerena prema osobi, 208.

[87] Usp. Nikola MANDIĆ, Ličnost i psihopatologija, u: *Medicinski Vjesnik*, 31 (1999.) 1-4, 127-130.

[88] Još prije II. svjetskog rata švicarski liječnik Paul Tournier zagovarao je koncept medicine usmjerene prema osobi. Takav pristup odražava se u cjelokupnom stavu, a ne samo u teorijskom konceptu i tehnici odnosa između zdravstvenog profesionalca i bolesnika. Kako bi promovirao ideju medicine usmjerene prema osobi koju su poznavale drevne civilizacije, Tournier je 1940. objavio knjigu *La Médecine de la Personne* koja je prevedena na čak dvadeset jezika. Slušajući pacijente i razgovarajući s njima, Tournier je uzimao u obzir ne samo fizičku, već i psihološku i duhovnu dimenziju pacijenta kao osobe. Na temelju njegovih ideja, pod vodstvom Juana Mezzicha razvila se Međunarodna mreža medicine usmjerene prema osobi. Ovdje treba istaknuti da se uz medicinu usmjerenu prema osobi istodobno, na razini zajednice, promovira i zdravstvo usmjereno prema narodu (*people-centered healt care*).

dijelove medicine.[89] Glavne odrednice medicine usmjerene prema osobi uključuju uvažavanje bioloških, psiholoških, socijalnih i duhovnih aspekata zdravlja i bolesti, prepoznavanje zdravih resursa u bolesti, uvažavanje konteksta odnosno životne priče u kojoj se bolest javlja, uvažavanje zdravstvenog djelatnika kao osobe te primjena modela suradnog partnerstva u razvijanju kvalitetnog terapijskog odnosa između zdravstvenog profesionalca i bolesnika.[90]

Psihijatrija usmjerena prema osobi u centar skrbi za mentalno zdravlje stavlja cijelu osobu. Dakle, osoba se stavlja u kontekst u skladu s poznatim riječima španjolskog filozofa José Ortega y Gasset 'Ja sam ja i moje okolnosti'. Za psihijatriju usmjerenu prema osobi esencijalni alat je znanost koja se povezuje s etikom i humanizmom »koji trebaju biti duboko usađeni u dostojanstvo, vrijednosti i odgovornost svake osobe uključene u skrb. Psihijatrija usmjerena prema osobi želi promijeniti fokus od psihičke bolesti prema pacijentu kao osobi, povezujući pritom znanstveno i humanističko.«[91] Za psihijatriju usmjerenu prema osobi, prvenstveno za kvalitetan terapijski odnos, od iznimne su važnosti komunikacijske vještine kojima se uspostavlja odnos između zdravstvenog profesionalca i oboljele osobe.[92] Slijedom navedenoga, holistički pristup oboljeloj osobi postaje obvezatna kategorija u medicinskoj skrbi za osobe narušenog mentalnog zdravlja te postaje jedan od glavnih zahtjeva u pastoralnom pristupu psihički oboljelim osobama

1.2. Psihičke bolesti i poremećaji u kontekstu teologije zdravlja i bolesti

Prema uzoru na Isusove susrete s bolesnicima, crkveno djelovanje u pastoralno služenje unosi obvezujuće elemente i poruke primjenjive u Crkvi koja je pozvana uklanjati nevolje i okruživati ljubavlju sve koji su pogođeni ljudskom slabošću i bolešću.[93] Kako bi Crkva ispunila zahtjeve svog poslanja, za pastoralno djelovanje u susretu sa psihički oboljelim osobama potrebno je razumjeti poteškoće i poremećaje s kojima se suočavaju osobe narušenog zdravlja.

---

[89] Marijana BRAŠ – Veljko ĐORĐEVIĆ, Psihijatrija usmjerena prema osobi, 209.
[90] Usp. *Isto*, 209-210.
[91] *Isto*, 210.
[92] Usvajanje komunikacijskih vještina predstavlja proces koji se godinama nadograđuje i usavršava kroz cjeloživotno učenje. U uvjetima nastalim kao posljedica procesa bolesti, oboljela osoba kao primatelj informacije očekuje sućutno sudjelovanje u patnji, solidarnu ljubav i velikodušnu odanost. Takav način komunikacije pomaže kvaliteti odnosa i povjerenju koje se gradi u odnosu prema bolesnicima ali i svima koji su uključeni u proces liječenja. Kvaliteta odnosa pomaže ne samo boljoj medicinskoj skrbi bolesnika i suradnom partnerstvu nego i poboljšanju kvalitete života bolesnika i njihovih obitelji. Također, komunikacijske vještine upućuju na holistički pristup koji podrazumijeva spremnost poštivanja dostojanstva osobe. Usp. Marija ŠILJE, Komunikacijske vještine s osobama oboljelim od psihičke bolesti (psihijatrijskim bolesnicima), u: Joško SINDIK – Marina VUČKOVIĆ MATIĆ (ur. i prir.), *Komuniciranje u zdravstvu*, *Zbirka nastavnih tekstova*, Dubrovnik, 2016., 20-31.; također, vidi: Damir LUČANIN – Jasminka DESPOT LUČANIN (ur.), *Komunikacijske vještine u zdravstvu*, Zagreb, 2010.
[93] Usp. DRUGI VATIKANSKI KONCIL, *Lumen gentium. Dogmatska konstitucija o Crkvi* (21. XI. 1964.), br. 8, u: *Dokumenti,* Zagreb, ^{7}2008. (dalje: LG).

Takav pristup podrazumijeva znanje o psihičkim bolestima i poremećajima;[94] o tome kako one djeluju na ljude općenito, a u pastoralnom kontekstu posebice je važno znati kako djeluju na vjeru čovjeka i njegov odnos prema Bogu. Drugim riječima, pastoralno djelovanje moguće je ostvariti ponajprije u jasno postavljenim granicama koje se, s jedne strane tiču mogućnosti pastoralnog pristupa, a s druge strane ograničenja nastalih zbog same prirode bolesti. Teške bolesti, kod kojih dijagnoza uključuje tešku patnju i ograničenja svakodnevnog života, zahtijevaju strogo specijalističko psihijatrijsko znanje. Razumljivo je da medicina, za odgovarajući proces liječenja i pristup psihički bolesnim osobama, neophodnom drži ispravnu i jasnu dijagnozu. Iako u ovom radu ne možemo ulaziti u dijagnostičke pojedinosti psihičkih bolesti, ipak prikaz određenih značajki bolesti ima za cilj pravilno razumijevanje bolesti te samim time i odgovarajući pastoralni pristup oboljelim osobama. Stoga je i za pastoralno djelovanje važno poznavanje nekih značajki određenih psihičkih bolesti i poremećaja. U svrhu dijagnosticiranja mentalnih bolesti danas se koristi priručnik *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema* koji je objavila Svjetska zdravstvena organizacija, a doživio je svoje deseto izdanje[95] te *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*, koji je objavila Američka psihijatrijska udruga, a doživio je peto izdanje.[96]

Imajući u vidu rečeno, radi lakšeg praćenja tematike rada i iznošenja temeljnih postavki u pastoralu sa psihički oboljelim osobama, u ovom dijelu rada ograničavamo se na neke bolesti suvremene psihijatrije koje su najčešće zastupljene u današnjem društvu. U tekstu koji slijedi, nakon terminoloških pojašnjenja, pozornost se posvećuje izabranim bolestima depresije i shizofrenije te posttraumatskom stresnom poremećaju. Takav pristup omogućava bolji uvid u tematiku što će kasnije poslužiti boljem rasvjetljavanju dušobrižničke prakse psihički oboljelih

[94] Premda se u psihijatriji rijetko govori o bolesti zbog toga što se u velikom broju slučajeva izraz »poremećaj« ne može zamijeniti izrazom »bolest«, radi jasnijeg pristupa određenim stanjima koja narušavaju mentalno zdravlje, u radu ćemo rabiti termine »psihička bolest« i »psihički poremećaj«. U opisivanju bolesti, općenito, koriste se dodatni termini: znak i simptom. Znak je objektivni pokazatelj koji uočava liječnik a simptom subjektivni pokazatelj koji opisuje bolesnik. Skup simptoma i znakova u određenim psiho-socijalnim okolnostima čini psihički poremećaj ili bolest dok određeni skup znakova i simptoma koji se pojavljuju zajedno čini određeno stanje koje nazivamo sindrom. Većina stanja koja su predmet dijagnostike i liječenja u psihijatriji su sindromi. Za razliku od sindroma, bolest je fenomen s točno određenim pokazateljima koji se pojavljuju isključivo u određenoj bolesti. Prema švicarskom psihijatru Eugenu Bleuleru (1857.-1939.), pojam je bolesti u psihijatriji nepotreban. Bolest je onaj entitet koji ima točno određenu etiologiju dok je sindrom ili poremećaj entitet koji ima karakterističan skup simptoma i znakova, istim ili sličnim tijekom ili ishodom, ali različite etiologije. Stoga se za bolest može reći da ima strukturnu validnost a za poremećaj da ima predikativnu validnost (dijagnoza se postavlja na temelju simptomatologije tijeka i ishoda poremećaja). Usp. Dalibor KARLOVIĆ (ur.), Predmet proučavanja psihijatrije, u: *Psihijatrija*, Jastrebarsko, 2019., 9-10.

[95] SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA, *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10)*, Deseta revizija, Zagreb, ^{2}2012. (dalje: *MKB-10*).

[96] AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, Peto izdanje*, *DSM-5*, Jastrebarsko, 2014. (dalje: *DSM-5*).

odraslih osoba. Smatramo da bilo koji drugi pristup, zbog opsežnosti podataka i složenosti tematike, onemogućuje propitivanje hipotetskog okvira rada i donošenja preciznih zaključaka.

1.2.1. Terminološka pojašnjenja

Glede kompleksnosti tematike, govor o psihičkim bolestima i poremećajima zahtijeva najprije neka terminološka pojašnjenja. Iako se u psihijatriji, kao što je već navedeno, rijetko koristi termin *psihička bolest* a u stručnoj se literaturi termini *psihička bolest* i *psihički poremećaj* često upotrebljavaju kao istoznačnice, nužno je spomenuti, objasniti i ukazati na pojmove i termine koji se vežu uz sam koncept mentalnog zdravlja i mentalne bolesti.[97] Naime, termini *psihička bolest* i *psihički poremećaji*[98] obuhvaća čitav niz različitih i vrlo kompleksnih stanja koja za posljedicu imaju utjecaj na čovjekovo raspoloženje, razmišljanje i ponašanje u svakodnevnom životu. Suočenje sa psihičkim poremećajem ili bolešću kod osoba nerijetko izaziva emocionalnu bol te zbog toga može pojaviti znatno otežano svakodnevno funkcioniranje što ostavlja traga na svim područjima njihova života.

Termin *psihička bolest* odnosi se na niz simptoma i znakova koji ukazuju na trajno narušeno kognitivno, emocionalno i socijalno funkcioniranje osobe. Psihičke bolesti očituju se u »gotovo svim aspektima funkcioniranja osobe i neovisne su o situacijama. Često imaju ponavljajući karakter, odnosno pogoršanja bolesti se smjenjuju s mirnim razdobljima (tzv. remisijama).«[99] Psihičke bolesti podrazumijevaju odstupanje u više psihičkih funkcija, a mogu biti povezane sa strukturalnim promjenama mozga.[100] Liječenje psihičke bolesti zahtijeva medicinsku skrb i terapiju lijekovima.

---

[97] Upravo zbog toga, zdravstvena pismenost na području mentalnog zdravlja jedna je od značajnih odrednica mentalnog zdravlja s potencijalom poboljšanja mentalnog zdravlja pojedinca i populacije. Usp. Ljiljana MUSIĆ – Diana JOVIČIĆ BURIĆ – Martina MARKELIĆ – Sanja MUSIĆ MILANOVIĆ, Zdravstvena pismenost u području mentalnog zdravlja, 324-331.

[98] U Dijagnostičkom priručniku za duševne poremećaje navodi se da svaki od opisanih poremećaja mora zadovoljiti sljedeću definiciju psihičkog poremećaja: »Psihički poremećaj je sindrom obilježen klinički značajnim smetnjama u kogniciji, regulaciji emocija ili ponašanju osobe koje su odraz disfunkcije psiholoških, bihevioralnih ili razvojnih procesa koji su u podlozi psihičkog funkcioniranja. Psihički su poremećaji obično povezani sa značajnom patnjom ili onesposobljenjem u socijalnim, radnim ili drugim važnim aktivnostima. Očekivane ili kulturološki prihvatljive reakcije na neki način zajednički stresor ili gubitak, kao što su smrt voljene osobe ne smatraju se psihičkim poremećajem. Socijalno devijantno ponašanje (npr. političko, vjersko ili seksualno) i konflikti koji su prvenstveno između osobe i društva, nisu psihički poremećaji, osim ako ova devijacija ili konflikt nisu posljedica disfunkcije u samoj osobi, kako je to prethodno opisano.« *DSM-5*, 20.

[99] Nataša JOKIĆ-BEGIĆ – Doris ČURŽIK, *Psihološko zdravlje studenata*, 4., Sveučilište u Zagrebu, u: http://www.unizg.hr/fileadmin/rektorat/Studiji_studiranje/Podrska/Savjetovanje/Psiholosko_zdravlje_studenata.pdf (26. III. 2021.).

[100] Usp. Dražen BEGIĆ, *Psihopatologija*, Zagreb, ^{2}2014., 4-5.

Za razliku od psihičke bolesti,[101] *psihički poremećaj* objašnjava se kao doživljavanje i ponašanje koje »odstupa od uobičajenog, a samoj osobi i/ili njezinoj okolini, predstavlja smetnju i narušava funkcioniranje. (…) Često je moguće da okolina ne primijeti postojanje poremećaja, jer osoba može na različite načine prikrivati teškoće, što je dodatno iscrpljuje.«[102] Pritom je važno istaknuti da, prema medicinskim istraživanjima iz psihološke i medicinske perspektive, na području psihičkih bolesti i poremećaja proces razlikovanja psihičkih poremećaja od psihičkih bolesti nije uvijek lak i jednostavan, posebice radi mogućeg sličnog načina manifestiranja ali i pojavljivanja simptoma čija klasifikacija ponekad zahtijeva dugotrajnost. Upravo zbog toga, prikrivanja sličnosti manifestiranja bolesti, prepoznavanje poremećaja može biti otežavajuće. U tom kontekstu, dijagnosticirana bolest može imati manje nepovoljne posljedice na život i svakodnevno funkcioniranje od mentalnog poremećaja nepravovremeno prepoznatog i zbog toga odgovarajuće tretiranog i liječenog.

Psihičke smetnje definiraju se kao prolazna stanja emocionalne nelagode i/ili napetosti koje mogu biti uvjetovane konkretnim vanjskim događajem ili fiziološkim promjenama.[103] Psihičke bolesti i poremećaji nerijetko dijele iste simptome koji ukazuju na narušeno funkcioniranje oboljele osobe. No važno je naglasiti kako su psihički poremećaji, u odnosu na bolest, kraćeg ili ograničenog trajanja, manjeg intenziteta te ne moraju nužno utjecati na sve aspekte života osobe koja je pogođena njima. Psihički poremećaj manje oštećuje ukupno funkcioniranje osobe i povezan je isključivo s funkcionalnim promjenama. Stanje narušenog mentalnog zdravlja, bilo da se radi o smetnji ili poremećaju, kod osobe može izazvati nerijetko bespomoćnost i neprihvaćenost, nezadovoljstvo i beznadnost. Stoga je potrebno svakoj psihičkoj bolesti ili poremećaju pristupati iznimno ozbiljno i pažljivo.

Budući da se ovim radom želi istražiti perspektive pastoralnog pristupa psihički oboljelim odraslim osobama, sadržajni opseg rada kao što je već navedeno, ograničava se na prikaz značajki shizofrenije, depresije i posttraumatskog stresnog poremećaja.[104] Važno je, također, napomenuti da se u manjem opsegu dotiču pitanja i drugih psihičkih bolesti i poremećaja u onoj mjeri u kojoj je potrebno za ovakav vid pristupa iz područja pastoralne teologije.

---

[101] U nekim europskim zemljama, psihičke bolesti su tretirane kao invalidnost. Usp. Nataša JOKIĆ-BEGIĆ – Doris ČURŽIK, Psihološko zdravlje studenata, 5.
[102] *Isto*, 4.
[103] *Isto*.
[104] Posttraumatski stresni poremećaj može se razviti u osoba koje su, bilo aktivno bilo pasivno, izložene životno ugrožavajućim iskustvima. Kako bi se za posttraumatski stresni poremećaj moglo reći da je bolest, trebalo bi poznavati etiologiju, patoanatomiju, patofiziologiju, klinički sliku, terapiju, tijek i prognozu. Usp. Vera FOLNEGOVIĆ ŠMALC, Posttraumatski stresni poremećaj, u: *Medix. Specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, XVI (2010.) 89/9, 134-135.

1.2.2. Shizofrenija[105]

Od svih duševnih poremećaja s kojima se psihijatri suočavaju može se reći da shizofrenija predstavlja jedan od većih izazova. U tom kontekstu Karlović smatra da dijagnosticiranje i liječenje shizofrenije »zahtijeva najobuhvatnije klasično psihijatrijsko znanje.«[106] Osim za profesionalno djelovanje liječnika psihijatara, shizofrenija predstavlja izazov i za suradnike u psihijatriji: psihologe, socijalne radnike i medicinske sestre. Iako danas postoje različita mišljenja glede dijagnosticiranja shizofrenije te nesuglasice oko pitanja postoji li shizofrenija oduvijek ili je bolest novijeg datuma, u pisanim se tragovima, starim i do dva tisućljeća prije Krista, opisuju određena ponašanja i stanja koja bi se danas mogla dijagnosticirati kao shizofrenija.[107]

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, shizofrenija se ubraja među deset bolesti koje uzrokuju najveću invalidnost.[108] Ovaj se poremećaj najčešće javlja u adolescenciji i ranoj odrasloj dobi, a od shizofrenije podjednako obolijevaju i žene i muškarci. Pritom je uočena razlika u životnoj dobi. Kod muškaraca rizik obolijevanja je najveći u razdoblju između 15. i 24. godine, a u žena između 25. i 34. godine. Pojava shizofrenije prije 10. i nakon 60. godine iznimno je rijetka. U mnogim slučajevima shizofrenija ima povratni i u konačnici kronični tijek koji vodi do značajnog invaliditeta. Kroničnosti bolesti, svakako, doprinosi ne adekvatno liječenje ili čak potpuni izostanak liječenja. U kontekstu ovog istraživanja, važno je spomenuti da rasprava o shizofreniji, kao multifaktorskom uzrokovanom poremećaju, zbog svoje kompleksnosti prelazi okvire ovoga rada. No, kako bi se postigao istraživački cilj rada koji uključuje znanstveno-teološku analizu dinamike pastoralnog pristupa psihički oboljelim odraslim osobama, glede postizanja prikladne razine znanja iz poznavanja kliničke slike bolesti, osvrnut ćemo se bitne odrednice bolesti.

Shizofrenija (grč. *shizō* – cijepam + *frēn* – duša, razum), već na spomen, nerijetko izaziva odbojnost i zastrašivanje. Uzrok odbojnosti nalazimo u samoj bolesti koja izaziva

---

[105] Budući da se u radu ograničavamo na Republiku Hrvatsku, u govoru o shizofreniji držimo vrijednim spomenuti hrvatskog neuropsihijatra, alkohologa Vladimira Hudolina (1922.-1996.). Prof. dr. Vladimir Hudolin bio je na čelu Psihijatrije KBC-a Sestre milosrdnice, a psihijatrijska škola bolnice Sestara milosrdnica osobito je unaprijeđena radom profesora Hudolina. Ta škola, temeljeći svoja znanja na postavkama švicarskog psihijatra Eugena Bleulera, koji o shizofreniji ne govori kao jednoj bolesti nego o skupini shizofrenija, zastupa također mišljenje da je riječ o grupi poremećaja, sindromu podložnom korekciji u budućnosti. O povijesti razvoja koncepta shizofrenija, vidi: Dalibor KARLOVIĆ – Ante SILIĆ, Razvoj koncepcije shizofrenija i poremećaja iz spektra shizofrenija, u: Dalibor KAROLIVĆ – Vjekoslav PEITL – Ante SILIĆ (prir), *Shizofrenije*, Jastrebarsko, 2019., 29-39.

[106] Dalibor KARLOVIĆ (ur.), *Psihijatrija*, Jastrebarsko, 2019., 351.

[107] Usp. Dalibor KARLOVIĆ – Ante SILIĆ, Razvoj koncepcije shizofrenija i poremećaja iz spektra shizofrenija, 30.

[108] Usp. Vesna MEDVED – Draženka OSTOJIĆ, Shizofrenija: etiologija i klasifikacija, terapijski pristup, u: Vlado JUKIĆ i suradnici (prir.), *Hrvatska psihijatrija početkom 21. stoljeća.* Zbornik uvodnih i pozvanih predavanja sa 7. Hrvatskog psihijatrijskog kongresa (Opatija, 24.-27. 9. 2018.), Zagreb, 2018., 65.

proturječja zbog svojih raznolikih oblika.[109] Stoga ne čudi da se shizofrenija smatra najtežim oblikom duševnog poremećaja jer napada srž onoga što čini čovjeka čovjekom: osobnost i intelekt. Upravo zbog toga shizofrenija se smatra prototipom duševne bolesti. Zbog teških promjena osobnosti, uz shizofreniju se veže socijalna i radna disfunkcija. Shizofrenija podrazumijeva teške poremećaje koji su prepoznatljivi po abnormalnim doživljajima i ponašanju. Karakteristična obilježja uključuju različite kognitivne, bihevioralne i emocionalne disfunkcije, no nijedan od navedenih simptoma nije patognomoničan, odnosno specifičan za ovaj poremećaj.[110] Budući da shizofrenija uključuje mnoge psihotične poremećaje, pod shizofrenijom se danas ne podrazumijeva »jedinstvena bolest mozga s dobro poznatim biološkim korelatima i kliničkom slikom koja im odgovara, kao za mnoge druge bolesti danas dobro poznate. Danas pod pojmom, dijagnozom, shizofrenija, podrazumijevamo dogovoren skup simptoma i znakova koji se mogu zajedno pojavljivati u bolesnog pojedinca, s određenim utjecajem genetskih, ali i okolinskih, općenito ekoloških, čimbenika.«[111]

1.2.2.1. Epidemiologija i etiologija shizofrenije

Epidemiolozima je, također, shizofrenija velik izazov. U svrhu epidemiologije, prihvaćanje opće priznatih dijagnostičkih kriterija u dijagnostici, omogućilo je uvid i u epidemiološke podatke. Iako se, prema različitim istraživanjima, prevalencija shizofrenije kreće u širokom rasponu, od 0,5 do preko 5%, mnogi istraživači a time i SZO suglasni su da je rizik od obolijevanja od shizofrenije 1%.[112] Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje cjeloživotnu prevalenciju shizofrenije procjenjuje na 0,3-0,7% s varijacijama prema rasi/etnicitetu, prema državama i prema geografskom podrijetlu doseljenika i njihovih potomaka.[113] Incidencija shizofrenije, tijekom jedne godine je 1,5 na 10 000 stanovnika,[114] a prema podacima SZO shizofrenija diljem svijeta pogađa 20 milijuna ljudi.[115] Za Republiku

[109] »Poremećaji iz spektra shizofrenije i drugi psihotični poremećaji uključuju shizofreniju, druge psihotične poremećaje i shizotipni poremećaj (ličnosti). Definirani su abnormalnostima u jednoj ili više navedenih domena: sumanutosti, halucinacije, dezorganizirano ponašanje (govor), jako dezorganizirano ili abnormalno motoričko ponašanje (uključujući katatoniju) i negativni simptomi.« *DSM-5*, 87.
[110] *Isto*, 100.
[111] Dalibor KARLOVIĆ (ur.), *Psihijatrija*, 351-352.
[112] Draženka OSTOJIĆ, Prva epizoda shizofrenije – važnost ranog otkrivanja bolesti: što o tome trebaju znati socijalni radnici, u: *Ljetopis socijalnog rada*, 19, (2012.) 1, 56.
[113] Usp. *DSM-5*, 102.
[114] Usp. Draženka OSTOJIĆ, Prva epizoda shizofrenije – važnost ranog otkrivanja bolesti: što o tome trebaju znati socijalni radnici, 56.
[115] Usp. World Health Organization, *Schizophrenia*, u: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia (20. VI. 2021.).

Hrvatsku pretpostavlja se da ima oko 19 000 osoba koje boluju od shizofrenije,[116] što znači da je stopa pojavnosti shizofrenije u RH oko 0,5%. Prema Gordani Rubeša stopa pojavnosti shizofrenije nešto je veća u Istri i Primorju te iznosi oko 0,7%.[117]

S obzirom na to da je shizofrenija kompleksni multifaktorski poremećaj, potrebno je naglasiti nekoliko glavnih smjernica u razumijevanju shizofrenije i njezina nastanka. Glede etiologije postoje različite hipoteze koje nastoje objasniti etiologiju shizofrenije. U psihijatrijskim udžbenicima uglavnom nailazimo na otvorene probleme u vezi etiologije, a među različitim istraživanjima nepodudarne i šarolike rezultate. Neriješena etiologija shizofrenije ima za posljedicu, između ostalog, neegzaktnu dijagnostiku i klasifikaciju. Ostaje otvoreno pitanje »je li shizofrenija bolest s više različitih uzročnika, koji naposljetku rezultiraju istom kliničkom slikom shizofrenije ili je shizofrenija više različitih, sličnih, poremećaja, s jedinstvenim, ali različitim uzrocima.«[118] Od različitih hipoteza u cilju etiologije shizofrenije, danas najviše prihvaćena neurorazvojna teorija nastanak shizofrenije objašnjava kombinacijom prenatalnih, perinatalnih, postnatalnih i izvjesnih izvanjskih čimbenika.[119] Također, na temelju dokaza u nešto malo manjoj mjeri, prihvaćena je i neurogenerativna hipoteza nastanka shizofrenije.[120]

Samuel Pfeifer na temelju istraživanja švicarskog psihijatra Ciompi, među čimbenike koji utječu na nastanak shizofrenije, spominje genetsko nasljeđe u metabolizmu mozga i utjecaj okoline. Posljedica utjecaja psihosocijalne okoline je ranjiva osobnost koja je manje sposobna nositi se sa stresom. Ranjiva osobnost osjetljiva je i krhka te se prepoznaje »i po sljedećim značajkama: slabi ego i senzitivnost, umanjena sposobnost doživljavanja radosti (anhedonija), umanjena sposobnost izražavanja osjećaja, povlačenje u unutarnji svijet (introverzija), umanjena neovisnost, poteškoće u odnosima s ljudima, nedostatna kvaliteta rada na poslu ili u školi, ograničena sposobnost procesiranja informacija.«[121] Pod pritiskom ili stresom, zbog ograničenih sposobnosti osobe koja se ne može nositi s mislima i osjećajima, neuspjeh, odvojenost od obitelji ili neka druga teška iskustva koja se javljaju, izazivaju kod osobe psihotične krize. U tom kontekstu, primarni problem ne nazire se u samim iskustvima, već u načinu na koji osoba reagira na ta iskustva.[122]

---

[116] Gordana RUBEŠA, Shizofreni poremećaji, u: Ljiljana MORO – Tanja FRANČIŠKOVIĆ (ur.), *Psihijatrija: udžbenik za više zdravstvene studije*, Rijeka, 2004., 98.
[117] *Isto.*
[118] Dalibor KARLOVIĆ (ur.), *Psihijatrija*, 358.
[119] Usp. Vesna MEDVED – Draženka OSTOJIĆ, Shizofrenija: etiologija i klasifikacija, terapijski pristup, 65.
[120] Usp. *Isto.*
[121] Samuel PFEIFER, *Bodriti slabe. Suvremena psihijatrija i dušobrižništvo,* Zagreb, 1996., 148.
[122] Usp. *Isto*, 150.

Istraživanja pokazuju da shizofreniju poznaju sve kulture i socioekonomske zajednice. Prema praćenju pojavnosti shizofrenije, na temelju registara[123] koji pružaju podatke o pojavnosti shizofrenije gotovo jedno stoljeće, incidencija je shizofrenije stalna i nepromjenjiva. No promjene koje nastaju u prostoru i vremenu, kada je u pitanju shizofrenija, ipak postoje i izražene su kvalitetom i kvantitetom kliničke slike. U tom kontekstu, glede kulturološkog utjecaja, »pozitivni simptomi čine većinu simptoma u kliničkoj slici u bolesnika sa shizofrenijom u zapadnoj populaciji, dok je u istočnim populacijama prisutnost negativne simptomatologije više izražena.«[124] Suicidalni rizik tijekom života za osobe oboljele od shizofrenije, kako za žene tako i za muškarce, ostaje visok. Približno 5-6% osoba oboljelih od shizofrenije okonča život; približno 20% pokuša samoubojstvo jednom ili više puta a mnogo više, čak 40% bolesnika, ima suicidalne ideje.[125]

1.2.2.2. Klinička slika shizofrenije

Shizofrenija se uglavnom javlja postupno, a rijetko naglo u nekoliko tjedana ili pak dana. Razdoblje od pojave simptoma bolesti, koje može trajati i nekoliko godina prije nego se započne s liječenjem, pa do početka liječenja naziva se *trajanje neliječene psihoze* (TNP).[126] Početak je shizofrenije šuljajućeg tijeka tako da je teško, bolesniku kao i njegovoj okolini, odmah uočiti postupno mijenjanje ponašanja. U dječjoj dobi vrlo je rijetka, a najčešće se pojavljuje u kasnoj adolescenciji ili mlađoj životnoj dobi. Podložnost shizofreniji može se naslutiti u prethodnom ponašanju kada se osoba počinje osamljivati, gubiti koncentraciju, volju, izolirati se satima povlačenjem u svoju sobu.

S početkom shizofrenije kod bolesnika se javlja gubitak veze s okolinom. Bolesnik mijenja navike i običaje, način ophođenja, čak i stil odijevanja. Takav oblik ponašanja vodi i do pojavljivanja disfunkcionalnosti u svim socijalnim relacijama i u obitelji. Može doći do odbijanja autoriteta ili ustaljenih normi ponašanja. Najuočljivija je, ipak, bolesnikova opća pasivnost, ravnodušnost, introvertiranosti i mirnoća. Važno je napomenuti da razvoju shizofrenije može prethoditi neki od stresnih životnih događaja (preseljenje, promjena ili gubitak radnog mjesta, rođenje djeteta, razvod braka, smrt bliske osobe i sl.), koji nije etiološki

[123] Uočavanjem javnozdravstvenog značenja mentalnih poremećaja, Registar za psihoze utemeljen je 31. prosinca 1961. u psihijatrijskim bolnicama i odjelima u Hrvatskoj. Registar omogućava, za svaku osobu, praćenje tijeka liječenja prema ustanovi, trajanju hospitalizacije, uvid u osnovnu i drugu psihijatrijsku dijagnozu kao i somatske dijagnoze te se u slučaju smrti navodi uzrok. Usp. HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO, *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2019. godinu*, Zagreb, 2020., 277-280.
[124] Dalibor KARLOVIĆ (ur.), *Psihijatrija* 356-357.
[125] Usp. *DSM-5*, 104.
[126] Eng. *duration of untreated psychosis*, DUP.

čimbenik, ali je percipirajući faktor. Bolesna osoba čudnim ponašanjem izražava svoje strahove, čuje glasove, ima smanjenu sposobnost ili joj je onemogućeno razlikovanje realnih od nerealnih doživljaja, a logično razmišljanje gubi svoje odrednice.

Kod dijagnosticirane shizofrenije osoba može iskusiti halucinacije, deluzije, nepovezane misli i govor. Misli i govor mogu varirati od samo gubitka tijeka misli, djelomično povezanih rečenica, do nesuvislosti, u težim oblicima bolesti poznatih pod nazivom *salata od riječi*.[127] Sumanutosti, koje se pojavljuju kod shizofrenih bolesnika, nekada su se pojavljivale u obliku ideja da je bolesnik kralj, car ili neka druga poznata osoba. Danas sumanutosti uključuju bolesnikovo poistovjećivanje s poznatim sportašima ili ima posebnu vezu s poznatim glumcem ili se čak bolesnika prati preko valova mobitela i snima iz kompjutora. Pritom je važno imati u vidu, kako u medicinskom tako i u pastoralnom pristupu, da uvjeravanje bolesnika kako ti glasovi ili sumanutosti nisu stvarni može pogoršati suradljivost bolesnika. Takve sumanutosti ili halucinacije bolesniku su na prvom mjestu, one predstavljaju njegov unutarnji i vanjski realitet koji provocira nama neshvatljive emocionalne reakcije.[128] Pojava gubitka veze s okolinom kod shizofrenih bolesnika utječe na radnu sposobnost i rezultira disfunkcionalnošću na svim područjima društvenog i obiteljskog života. Osim toga, javljaju se predrasude okoline prema bolesti, a sukladno tome i prema psihijatrijskim odnosno shizofrenim bolesnicima. Može se reći da su predrasude utemeljene na neznanju i neinformiranosti, a posljedice predrasuda manifestiraju se stigmatizacijom što utječe na kvalitetu života. O kvaliteti života psihijatrijskih bolesnika bit će govora nešto kasnije a sada spomenimo da podizanje svijesti o posljedicama koje uzrokuje stigmatizacija znatno poboljšava kvalitetu života psihički oboljelih osoba.[129]

Simptomi i znakovi koji se javljaju u shizofreniji nisu karakteristični samo za ovu bolest. Stoga je važno naglasiti da se takvi simptomi češće pojavljuju u shizofreniji nego u ostalim poremećajima te da u zajedničkoj, specifičnoj konstelaciji predstavljaju kliničku sliku.[130] U današnje doba susrećemo se ublaženije kliničke slike, nespecifičnije i manje jasne. Jedan od

[127] »Disociranost misaonog tijeka može biti toliko jako izražena da bolesnik niže riječi koje nemaju nikakve veze jedna s drugom. Takav stupanj disocijacije nazivamo „salata od riječi“.« Dalibor KARLOVIĆ (ur.), *Psihijatrija* 367.
[128] Usp. *Isto*, 366.
[129] Postoje razne definicije i modeli o tome što je kvaliteta života. Prema SZO kvaliteta života psihički oboljelih osoba kao i kod opće populacije određena je ostvarivim međusobnim odnosima u društvenoj zajednici odnosno vrstama podrške koje psihički oboljelim osobama stoje na raspolaganju u zajednici, politici, odgoju, kulturi i obrazovanju uzimajući u obzir njihove ciljeve, očekivanja i standarde. Usp. WHOQoL Group, Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument, *Quality of life Research*, 2 (1993.) 2, 153-159.
[130] Usp. *DSM-5*, 100-101.

razloga za ovo »može biti posljedica bolje zdravstvene skrbi, to jest bolesnici se prije javljaju liječniku ili može biti posljedica modernih psihofarmaka koji moduliraju kliničku sliku.«[131]

1.2.3. Depresija

Depresija (lat. *depressio*, *depressus* – nizak; *deprimere* – pritisnuti, utisnuti) spada u poremećaj raspoloženja koji prate smanjena psihomotorička aktivnost. To je »emocionalno stanje u kojem prevladavaju neugodna čuvstva tuge i očaja, praćeno osjećajem obeshrabrenosti, bezvrijednosti, zlim slutnjama, otežanim i usporenim mišljenjem i općenito smanjenom psihofiziološkom aktivnošću. U psihijatriji naziv depresija označava niz afektivnih poremećaja za koje su karakteristična intenzivna čuvstva tuge, beznađa, bespomoćnosti, te bezrazložan osjećaj krivnje i sklonost ubojstvu.«[132] Depresija se javlja u širokom dobnom rasponu. Od depresije mogu oboljeti djeca, a također prvi put se može pojaviti i u starijoj životnoj dobi. Također, značajno je zapaziti da je kod starijih osoba depresija učestalija kod onih s demencijom[133] te je u takvim slučajevima potrebno liječiti istodobno oba poremećaja. Kod adolescenata depresija je izraženija nego kod djece nižega uzrasta i usporediva je s depresijom kod odraslih.[134]

1.2.3.1. Epidemiologija i etiologija depresije

Depresija je jedan od najstarijih poznatih mentalnih poremećaja[135] koji je i danas veliki društveni izazov glede čovjekova zdravlja. Predviđanja su Svjetske zdravstvene organizacije da će vrtoglavo rasti broj oboljelih od depresije sa svim posljedicama na osobnoj i kolektivnoj razini. To znači da je depresija sve prisutnija bolest današnjeg doba te jedan od velikih društveno-medicinskih izazova. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, depresija pogađa više od 264 milijuna ljudi u svijetu.[136] Ovi podaci rezultat su sustavne analize o globalnom opterećenju bolesti koja je provedena u 195 zemalja svijeta, od 1990. do 2017.

---

[131] Dalibor KARLOVIĆ (ur.), *Psihijatrija,* 365.
[132] Boris PETZ, Depresija, u: *Psihologijski rječnik*, Jastrebarsko, 2005., 76.
[133] »Demencija (F00-F03) je sindrom koji je uzrokovan bolešću mozga, obično kronične i progresivne naravi, kod kojeg postoji poremećaj višestrukih viših kortikalnih funkcija uključujući pamćenje, mišljenje, orijentaciju, razumijevanje, računanje, sposobnost učenja, govora i prosudbe. Svijest nije poremećena. Često je pridruženo oštećenje kognitivnih funkcija, kojemu katkad prethodi deterioracija u emocionalnoj kontroli, socijalnom ponašanju ili motivaciji. Ovaj se sindrom pojavljuje kod Alzheimerove bolesti, cerebrovaskularnih bolesti i ostalih stanja koja primarno ili sekundarno zahvaćaju mozak.« *MKB-10*, 268.
[134] Usp. Aaron KHERIATY – John CIHAK, *Pobijedite depresiju snagom vjere. Medicinsko-duhovni pristup*, Split, 2015., 46-47.
[135] Usp. Petra FOLNEGOVIĆ GROŠIĆ, Depresivni poremećaj, u: Đulijano LJUBIČIĆ (ur.), *Depresija i duhovnost*, Rijeka, 2010., 21.
[136] World Health Organization, *Depression*, u: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression (4. VI. 2021.).

godine. Dakle, među svim psihijatrijskim poremećajima, depresija je najveći teret za društvo.[137] Na europskom kontinentu 7% odrasle populacije trenutno boluje od depresije.[138] Prema istim podacima, depresija je češća kod žena (7.9%) nego kod muškaraca (5.5%).[139] U Hrvatskoj, prema podacima iz 2015. godine, 5.1% muškaraca i 6.2% žena izvještava o prisustvu depresivnih simptoma u posljednjih godinu dana.[140] Depresija, dakle, predstavlja poseban izazov glede čovjekova zdravlja ne samo medicinskoj struci nego i drugim društvenim čimbenicima na koje su oboljeli upućeni. Radi se o velikom psihijatrijskom ali i općem problemu koji zahtijeva višedimenzionalni i holistički pristup, kako u dijagnosticiranju tako i u terapijskom djelovanju. Uz medicinsku struku, obitelj oboljelih, institucije socijalne skrbi sa svojom stručnom pomoći i podrškom u pružanju pomoći oboljelima od depresije, nezaobilazna je pomoć i skrb crkvene zajednice.[141] Pri tom se depresiji ne smije pristupati površno jer, iako terapeutska vrijednost duhovnosti utječe na psihičke i spoznajne mogućnosti, važno je imati u vidu da duhovnost nema terapeutsku snagu za ublažavanje bioloških simptoma.

U razumijevanju depresije važno je razlikovati depresivne simptome od depresivnog poremećaja. Iskustvo svakodnevnog života prožeto je depresivnim simptomima. Potištenost, tuga, strah ili malaksalost duha mogu imati značajnu ulogu u životu glede potrebe promjene životnih razmišljanja i postupanja. Radi se, dakle, o depresivnim elementima prolaznog karaktera. Za razliku od depresivnih simptoma, depresivni poremećaj ima kronični ili epizodni tijek i zahtijeva liječenje.[142]

---

[137] Usp. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017, u: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2932279-7 (4. VI. 2021.)
[138] Usp. *Isto.*
[139] Usp. *Isto*.
[140] Usp. NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO »DR. ANDRIJA ŠTAMPAR«, *Europski dan borbe protiv depresije, 1. listopada 2017.*, u: http://www.stampar.hr/hr/europski-dan-borbe-protiv-depresije-1-listopada-2017 (10. VI. 2021.).
[141] Usp. Nikola VRANJEŠ, Depresija – izazov za vjerničku praksu. Pastoralne mogućnosti i perspektive, u: *Riječki teološki časopis*, 20 (2012.), br. 1, 103-116.
[142] Veliki depresivni poremećaj »karakteriziran je zasebnim epizodama koje traju najmanje dva tjedna (iako većina epizoda traje znatno duže) – uključujući jasne promjene u afektivnom, kognitivnom i neurovegetativnom funkcioniranju, i periodima remisija između epizoda. Dijagnozu je moguće postaviti i nakon jedne epizode, premda je poremećaj u većini slučajeva ponavljajući. Posebna pozornost usmjerena je na razlikovanje normalne tuge i duboke žalosti od velike depresivne epizode. Premda žalovanje može izazvati veliku patnju, obično ne dovodi do razvoja epizode velikog depresivnog poremećaja. Kada se pak pojavljuju istovremeno, simptomi depresije i funkcionalna oštećenja znatno su teža te je prognoza lošija u usporedbi sa žalovanjem koje nije praćeno velikim depresivnim poremećajem. Depresija vezana uz žalovanje obično se pojavljuje u osoba koje imaju neku drugu predispoziciju za razvoj depresivnog poremećaja, a njihov oporavak može biti olakšan liječenjem antidepresivima.« *DSM-5*, 155.

1.2.3.2. Klinička slika depresije

Glede kliničke slike zaustavit ćemo se na nekim ključnim značajkama depresije koje će nam kasnije poslužiti kao smjernice u pronalaženju i ostvarivanju načina pastoralnog pristupa oboljelima od depresije. Razumljivo je, s ciljem rada, da u okviru govora o kliničkoj slici i obilježjima depresije ne možemo ulaziti u dijagnostičke pojedinosti depresivnih stanja. No ipak, kako bi se omogućio odgovarajući i ispravan pristup, koji će vrlo često zbog naravi samog pristupa pastoralnog djelatnika zahtijevati poznavanje i prepoznavanje simptoma depresije, neophodno je predstaviti obilježja depresije. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti – Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (MKB-10), poremećaji raspoloženja ili afektivni poremećaji podijeljeni su u kategorije od F30 do F39.[143] Među najzastupljenijom skupinom afektivnih poremećaja ubraja se depresija.

Depresija je poremećaj – najčešće težak, a katkada i smrtonosan – kako u čovjekovu psihološkomu tako i fizičkomu funkcioniranju. Izraz veliki depresivni poremećaj službeni je naziv koji se koristi u klasificiranju bolesti depresije.[144] »U užem smislu depresija podrazumijeva depresivnu epizodu (F32) i ponavljajući depresivni poremećaj (F33) pri čemu depresivna epizoda podrazumijeva jednu, a ponavljajući depresivni poremećaj višestruke depresivne epizode.«[145] Depresivni poremećaj zahvaća cijelu osobu; uz emocije i misli, poremećaj se odražava i na način na koji osoba percipira stvarnost te na njezino tjelesno zdravlje. »Njime je obuhvaćeno podjednako tijelo kao i um; najposlije, ova dva aspekta ljudske osobe nerazdvojivo su isprepletena.«[146] Mozak osobe koja je imala epizodu kronične depresije postaje ‘pripremljen’ za nove epizode. Različiti su stupnji povlačenja simptoma između epizoda. Nakon prve epizode postotak vjerojatnosti da će uslijediti druga epizoda iznosi 60%, a nakon druge epizode vjerojatnost se povećava i iznosi 75%. Nakon treće epizode, visoki je postotak vjerojatnosti da će uslijediti četvrta epizoda i on iznosi čak 90%.[147] Na broj epizoda, njihovu težinu i stupanj međuepizodnog oporavka utječe pravovremeno liječenje, osobito liječenje antidepresivima. Stoga su nastojanja da se odgovarajuće liječe i spriječe nove epizode ključni dio procesa liječenja depresije.[148] Ovisno o broju i težini simptoma epizoda se može označiti kao blaga, srednja ili teška depresivna epizoda.

[143] Usp. *MKB-10*, 286-292.
[144] *DSM-5*, 160-161.
[145] Petra FOLNEGOVIĆ GROŠIĆ, Depresivni poremećaj, 22.
[146] Aaron KHERIATY – John CIHAK, *Pobijedite depresiju snagom vjere. Medicinsko-duhovni pristup*, 38.
[147] Usp. *Isto*, 46.
[148] Usp. *Isto*.

Prema skupini simptoma koji dominiraju kliničkom slikom depresije razlikuje se nekoliko oblika kliničke depresije. Iako spada u poremećaje raspoloženja, depresivni poremećaj obuhvaća gotovo sve psihopatološke elemente. Posljedice depresije najčešće se odražavaju na poteškoće s koncentracijom. Tuga, beznađe, strah i potištenost prate smetnje u koncentraciji i nemogućnost donošenja odluka. Misaoni procesi postaju tromi, a poteškoće se očituju i u uključivanju osobe u razgovor. Depresivna osoba katkada mora uložiti golem napor da bi sudjelovala u razgovoru o svakodnevnim stvarima. »Osoba oboljela od depresije teško usredotočuje pažnju na predmete i osobe kojima je okružena pa nam se čini da je svijest takve osobe zastrta nekom vrstom mentalne izmaglice.«[149] Promjene u osjetilnom ponašanju depresivne osobe izražene su usmjerenošću na negativno; depresivna osoba ima sumoran i pesimistični pogled na budućnost te u svemu vidi prijetnju.

Kod oboljelih od depresije često je prisutan poremećaj spavanja. Može biti izražen kroz nesanicu ili prekomjerno spavanje. Nesanica je izražena buđenjem u ranim jutarnjim satima, oko četiri ili pet sati ujutro.[150] Osoba je budna i iscrpljena, a istodobno nesposobna da zaspi. U takvom stanju javlja se iscrpljenost i bezvoljnost što negativno utječe na stanje oboljele osobe. Još jedno bitno obilježje depresivnog poremećaja koje je često prisutno jest niska razina fizičke energije. Neovisno o poremećaju spavanja, bilo da je riječ o nesanici ili prekomjernom spavanju, depresivna osoba osjeća premorenost i iscrpljenost u budnom stanju. Važno je, nadalje, znati da osobe u ovakvom stanju za najjednostavnije svakodnevne radnje moraju upotrijebiti golem, pa čak nadljudski napor.[151]

U fizička obilježja, karakteristična za depresiju, zamjetljive su promjene u apetitu. One mogu biti vrlo izražene i rezultat gubitka apetita i smanjenog unosa hrane u organizam što rezultira gubitkom tjelesne težine. Također, sama pomisao na hranu kod depresivne osobe može izazivati mučninu i osjećaj gađenja. S druge strane, kod atipične depresije osoba ima povećan apetit što rezultira povećanjem tjelesne težine.[152] Kod osoba oboljelih od depresije, nadalje, prisutne su promjene u psihomotornim kretnjama. Riječ je o uobičajenim obilježjima depresije: psihomotornoj retardaciji ili pak agitaciji. »Depresivne osobe obično su usporene i kod njih su

[149] *Isto*, 41.
[150] Usp. *Isto*, 42.
[151] Niska razina fizičke energije kod depresivnih osoba razlog je što ova vrsta depresije nailazi na nerazumijevanje okoline. Nerazumijevanje je tim veće što tjelesno zdravlje osobe, pa čak i s medicinskom stajališta, nije tako loše. Fizička iscrpljenost oboljeloga od depresije kod drugih može biti pogrešno protumačena kao lijenost. Kao posljedica takvog pogleda na stanje oboljele osobe mogu se javiti sukobi unutar obitelji, nerazumijevanje i zahtjevi najbližih da osoba sama nadvlada svoje bijedno stanje.
[152] Atipična depresija, kao jedna od kliničkih varijanti ovog mentalnog poremećaja, izražena je prekomjernim spavanjem (hipersomnija), poremećajem hranjenja te »olovnom paralizom« (osjećaj umora u rukama i nogama). Ovakva simptomatologija sasvim je u suprotnosti sa simptomima klasične depresije.

spontane kretnje vrlo rijetke (to se naziva *psihomotorna retardacija*) ili se često mijenjaju i istrzane su; rijetko kada sjede mirno (to se pak naziva *psihomotorna agitacija*).«[153]

Tipično je obilježje depresije i *anhedonija*. Nesposobnost pronalaženja radosti i zadovoljstva osobito u aktivnostima u kojima su za osobu do tada bile ugodne. Uz to, učestalo razmišljanje o smrti i želja za samouništenjem predstavlja veliku tragediju depresije. Suicidalne misli i realizacija samoubojstva za depresivne bolesnike postaje način bijega iz nepodnošljive patnje. U vrtlogu depresije čak 2/3 depresivnih bolesnika pomišlja na samoubojstvo, a 15% od njih ga počine.[154] Također, prisutnost anksioznih simptoma često je povezana s depresijom. »U suvremenoj dijagnostičkoj klasifikaciji psihijatri razlikuju depresiju i anksiozni poremećaj (primjerice opći anksiozni poremećaj, opsesivno-kompluzivni poremećaj itd.). Ipak, ove je poremećaje ispravnije shvatiti kao poremećaje koji se preklapaju u jednomu te istom spektru, s tim što je neke slučajeve moguće opisati kao pretežno depresiju popraćenu simptomima anksioznog poremećaja dok se kod drugih pretežno radi o anksioznomu poremećaju popraćenu poremećajem raspoloženja.«[155]

1.2.4. Posttraumatski stresni poremećaj

Posttraumatski stresni poremećaj spada u skupinu poremećaja vezanih uz traumu i stres.[156] Stres je termin koji se udomaćio u životu suvremenog čovjeka i označava različite vrste životnog iskustva te tjelesne reakcije na spomenuta iskustva. Stres utječe na život tako što vodi prilagodbi organizma ili pak može voditi u pogrešnu prilagodbu i bolest.[157] I u jednom i u drugom slučaju dolazi do promjena u mozgu, raspoloženju i ponašanju. Stoga je stresna svaka situacija koja na bilo koji način zahtijeva prilagodbu organizma. Budući da je život suvremenog čovjeka svakodnevno izložen promjenama i traumatskim iskustvima, stres se ubraja u jedan od najvažnijih čimbenika »koji pridonosi razvoju bolesti u naše vrijeme. Stres može dovesti do

---

[153] Aaron KHERIATY – John CIHAK, *Pobijedite depresiju snagom vjere. Medicinsko-duhovni pristup*, 43.

[154] Usp. ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO DUBROVAČKO-NERETVANSKE ŽUPANIJE, *Depresija - najznačajniji rizični čimbenik za suicid*, u: https://www.zzjzdnz.hr/hr/hr/zdravlje/mentalno-zdravlje/546 (20. VI. 2021.).

[155] Aaron KHERIATY – John CIHAK, *Pobijedite depresiju snagom vjere. Medicinsko-duhovni pristup*, 45-46.

[156] Skupina poremećaja vezanih uz stres i traumu uključuje poremećaje u kojima je izloženost traumatičnom ili stresnom događaju izričito navedena kao dijagnostički kriterij: reaktivni poremećaj privrženosti, dezinhibirani poremećaj socijalnog uključivanja, akutni stresni poremećaj i poremećaji prilagodbe. O poremećajima vezanim uz traumu i stresor, u: *DSM-5*, 265-290.

[157] »Kakve će posljedice neka stresna situacija ostaviti na pojedinca u velikoj mjeri ovisi o tome kako je situacija procijenjena (npr. koliko je važna, što je u opasnosti, može li se nešto učiniti i što itd.) i o tome što osoba čini u takvoj situaciji (npr. bori se, povlači, miri sa sudbinom, itd.). Pri tom veliku ulogu imaju i osobine pojedinca poput dobi, spola, osobina ličnosti i sl. te osobine okoline (zahtjevi, ograničenja, trajanje događaja, socijalna podrška).« Lidija ARAMBAŠIĆ, Stres i trauma, u: Marina AJDUKOVIĆ – Dean AJDUKOVIĆ (ur.), *Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača*, Zagreb, 1996., 12.

razvoja teških psihičkih kriza kod ljudi koji imaju neku naslijeđenu slabost, ili malu sposobnost da prevladaju svoje probleme.«[158] Stres je stanje prijetnje tjelesnoj, duševnoj, socijalnoj i duhovnoj ravnoteži dok se čimbenike koji prijete spomenutoj ravnoteži naziva stresorima. Dakle, stresor je vanjski događaj a stres unutrašnje stanje ili doživljaj.[159]

U području stresa i suočavanja sa stresom susrećemo se s pojmom trauma. Trauma, riječ grčkog porijekla kojom se naziva ozljeda ili rana, definira se kao događaj koji je izvan granica uobičajenog ljudskog iskustva i koji onesposobljava osobu za primjeren odgovor te izaziva trajne poremećaje s patogenim učincima na psihičku organizaciju. Riječ je, dakle, o događajima koji mogu uključivati smrt ili prijetnju smrti, zatim tešku ozljedu ili prijetnju vlastitom integritetu ili integritetu drugih.[160] Kod takvih događaja ljudi reagiraju intenzivnim strahom te imaju osjećaj bespomoćnosti i užasa. Slijedom navedenoga važno je uočiti da se traumatski događaj razlikuje od stresnoga po tome što vodi do patnje kod većine ljudi. Kod traumatskog događaja nije bitno u kakvom je psihofizičkom stanju osoba bila prije događaja niti kakvi su njezini načini suočavanja, nego se naglasak stavlja na intenzitet događaja. Drugim riječima, veoma je važan intenzitet događaja, a ne čimbenici koji osobu čine osjetljivom na stres. Stoga se, u takvim okolnostima, reakcije na traumatsko iskustvo smatraju neizbježnima. Izražavanje specifičnih simptoma može varirati u odnosu na dob, prirodu traume i njezinu značenju za pojedinca ali je opći oblik posttraumatskih reakcija jednak za sve osobe. Kad intenzitet određenih reakcija na traumu, opseg i trajanje reakcija prijeđe određenu granicu, tada se govori o posttraumatskom stresnom poremećaju, odnosno o patološkom obliku reakcije na traumu.[161]

Posttraumatski stresni poremećaj psihijatrijski je poremećaj koji se može razviti nakon izloženosti jednom ili više traumatskih događaja, odnosno izloženosti životno ugrožavajućim iskustvima. Drugim riječima, posttraumatski stresni poremećaj predstavlja patološki odgovor na proživljeni traumatski događaj. Hrvatska javnost, tijekom devedesetih godina prošlog stoljeća intenzivnije se susrela s pojmom posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). Sama činjenica pojave i intenzivnijeg razvijanja PTSP-a tijekom Domovinskog rata ne iznenađuje s obzirom na to da je povijest ovog poremećaja vezana uz ratove, odnosno simptomi se pojavljuju kod sudionika ratova.[162] Iako simptome posttraumatskog stresnog poremećaja nalazimo

[158] Samuel PFEIFER, *Bodriti slabe. Suvremena psihijatrija i dušobrižništvo*, 64-65.
[159] Usp. Maja JAKŠIĆ, Stres, sindrom izgaranja i duhovna pomoć, u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije i Srijemske biskupije,* CXLIII (2015.) 5, 25.
[160] Usp. Rudolf GREGUREK, Psihički aspekti posttraumatskog stresnog poremećaja. Psihodinamsko razumijevanje posttraumatskog stresnog poremećaja, u: Rudolf GREGUREK – Eduard KLAIN (ur.), *Posttraumatski stresni poremećaj: hrvatska iskustva*, Zagreb, 2000., 45.
[161] Usp. Lidija ARAMBAŠIĆ, Stres i trauma, 13.
[162] Simptomi kod vojnika, sudionika Američkog građanskog rata opisani su kao »srčana neuroza«. Psihičke probleme sudionika Prvog svjetskog rata stručnjaci su opisali kao *šok od granate*, a strahote Drugog svjetskog rata

opisane još u Epu o Gilgamešu i Ilijadi te se može reći da se javlja od početka civilizacije, poremećaj kao takav definiran je tek prije četiri desetljeća.[163]

1.2.4.1. Epidemiologija i etiologija posttraumatskog stresnog poremećaja

Iako je povod za nastajanje PTSP-a izrazito jak stresogeni događaj, poznato je da nakon traumatskog doživljaja sve osobe ne razviju posttraumatski stresni poremećaj. Prevalencija PTSP-a za odraslu populaciju tijekom 12 mjeseci je 3,5%, dok je životna prevalencija u općoj populaciji oko 8%.[164] U ratnih veterana prevalencija ovog poremećaja se penje i do 31% u muškaraca a u žena je nešto manja, oko 27%. Stope posttraumatskog stresnog poremećaja variraju ovisno o traumi te su podaci o prevalenciji PTSP-a veći ukoliko je riječ o određenim skupinama traumatiziranih osoba ili kliničkim uzorcima.[165] Najveća stopa izvan ratnih zbivanja je u skupinama žrtava silovanja.[166] Varijabilitetu prevalencije doprinosi i vrlo velika učestalost komorbiditeta kod PTSP-a.[167]

Glede etiologije posttraumatskog stresnog sindroma, treba reći da ona uključuje brojne sustave, počevši od noradrenergičkog, serotonergičkog i dopaminegičkog preko sustava endogenih opoida te sve do disfunkcionalne osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (HHN).[168] Uz različite modele u etiologiji PTSP-a, poput psihoanalitičkog, kognitivno-bihevioralnog te modela uvjetovanja i operantnog uvjetovanja (ponovnog potvrđivanja), aktualan je model translacije koji traumatski događaj dovodi do prekomjernog otpuštanja endogenih hormona stresa (kortizol i adrenalin) i utvrđivanja traumatskog sjećanja. U prisjećanju traume, kroz sljedeći korak, događa se ponovno otpuštanje hormona stresa koji dodatno utvrđuje traumatsko sjećanje a to prekomjerno utvrđeno sjećanje rezultira simptomima PTSP-a.[169] Istraživanja pokazuju da određeni rizični čimbenici utječu na razvijanje posttraumatskog stresnog sindroma. U njih se ubrajaju: spol (PTSP je prevalentniji kod žena),

---

i tegobe osoba koje su proživjele užas koncentracijskih logora vodi do uvođenja pojma *sindrom koncentracijskog logora*.

[163] Pojam posttraumatski stresni poremećaj prvi put se pojavljuje 1980. u trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-III) te 1992. u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10), pod šifrom F43.1.

[164] Usp. *DSM-5*, 276.

[165] Usp. Vera FOLNEGOVIĆ ŠMALC, Epidemiologija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: Rudolf GREGUREK – Eduard KLAIN (ur.), *Posttraumatski stresni poremećaj: hrvatska iskustva*, 40-44.

[166] Usp. Vjekoslav PEITL – Dalibor KARLOVIĆ, Anksiozni poremećaji, u: Dalibor KAROLOVIĆ (ur.), *Psihijatrija*, 427-428.

[167] U odnosu na osobe bez PTSP-a, osobe s PTSP-om 80% češće razviju simptome koji zadovoljavaju kriterije još jednog psihičkog poremećaja. Često se javlja depresija, alkoholizam i druge ovisnosti. Komorbidni poremećaj uzimanja psihoaktivnih tvari i poremećaja ponašanja češći je kod muškaraca nego žena. Usp. *DSM-5*, 280.

[168] Usp. Vjekoslav PEITL – Dalibor KARLOVIĆ, Anksiozni poremećaji, 428.

[169] Usp. *Isto*, 428-429.

povijest ranije traume, peritraumatski čimbenici (peritraumatske emocije i disocijacija) te obiteljska anamneza psihijatrijskih bolesti.[170]

1.2.4.2. Klinička slika posttraumatskog stresnog poremećaja

Kod mnogih osoba poremećaj nastupa nekoliko sati ili dana nakon traumatskog iskustva. Također, u nekih osoba poremećaj može nastupiti mjesecima ili godinama nakon traumatskog događaja. Klinička je slika PTSP-a različita pa tako jedna skupina može ponovno proživljavati traume utemeljene na strahu s dominantnim emocionalnim simptomima te simptomima vezanim uz ponašanje. Kod nekih osoba anhedonija ili distrofija ili negativne misli mogu izazvati najveću patnju. Kod drugih javlja se pojačana pobuđenost i reaktivna eksternalizacija, a kod nekih dominiraju disocijativni simptomi. Negativne promjene kognicije i raspoloženja povezane s traumatskim događajem izazivaju nemogućnost prisjećanja važnih aspekata događaja. To se najčešće događa zbog disocijativne amnezije, a ne zbog drugih čimbenika (npr. ozljede glave, alkohol ili droge).[171] Kod osoba s istaknutim promjenama pobuđenosti ponašanje je razdražljivo ili se pojavljuju ispadi bijesa izraženi kroz verbalnu ili fizičku agresiju prema drugim ljudima ili stvarima. Također, kod pojačane pobuđenosti može biti prisutno nesmotreno ili samouništavajuće ponašanje i pretjerana reakcija na iznenadni podražaj. Anksioznost, razdražljivost s agresivnim ponašanjem izazvanim i najmanjim provokacijama, ali i depresivni simptomi ili zlouporaba alkohola ili droga često su pridruženi kliničkoj slici PTSP-a. U konačnici, neke osobe razviju kombinaciju navedenih obrazaca simptoma.[172]

Prve smetnje bolesnici doživljavaju nemirno i nevoljko. Javljaju se asocijacije iz područja traume, ponavljajući snovi i noćne more. Kod gotovo svih bolesnika javlja se pretjerana pobuđenog vegetativnog sustava, preplašenost i poteškoće sa spavanjem.[173] Stoga je važna uloga obiteljske potpore kao i potpora radne sredine. Iako posttraumatski stresni poremećaj narušava kvalitetu života, intenzitet simptoma ne mora biti u korelaciji s kvalitetom življenja i funkcioniranjem osobe.[174]

---

[170] Usp. Emily J OZER – Suzanne R. BEST – Tami L LIPSEY – Daniel S WEISS, Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis, u: *Psychol Bull*, 129 (2003.) 1, 52-73.
[171] *DSM-5*, 271.
[172] Usp. Vlado JUKIĆ, Klinička slika posttraumatskog stresnog poremećaja, u: Rudolf GREGUREK – Eduard KLAIN (ur.), *Posttraumatski stresni poremećaj: hrvatska iskustva*, 22-24.
[173] *DSM-5*, 272.
[174] Usp. Vera FOLNEGOVIĆ ŠMALC*, Posttraumatski stresni poremećaj*, 135.; također, usp. Milka KVAKIĆ, Socijalni aspekti posttraumatskog stresnog poremećaja – kliničko iskustvo, u: Rudolf GREGUREK – Eduard KLAIN (ur.), *Posttraumatski stresni poremećaj: hrvatska iskustva,* 195-198.

II. POGLAVLJE

MJESTO I ULOGA OSOBA S POTEŠKOĆAMA MENTALNOG ZDRAVLJA U DANAŠNJEM DRUŠTVENOM KONTEKSTU

U poglavlju koje slijedi cilj je propitati na koji se način današnje društvo odnosi prema osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja te utjecaj okoline na sveukupni život oboljelih osoba. Teza koja implicitno proizlazi iz suvremene literature i okolnosti u kojima žive psihički oboljele osobe, prema kojoj kvaliteta života psihički oboljelih odraslih osoba uvelike ovisi o današnjem društvenom kontekstu, propituje se analizom razumijevanja zdravlja i bolesti u današnjem društvu, prikazom socijalno-zdravstvene skrbi za psihički oboljele odrasle osobe u okviru hrvatsko-zdravstvene stvarnosti te prikazom onih obilježja društva koja izravno utječu na kvalitetu života psihički oboljelih osoba. Cilj je osvijetliti socijalno-društveni kontekst u kojem osobe s poteškoćama mentalnog zdravlja žive te izazove s kojima se susreću. U tom kontekstu, važno je napomenuti da se u nastavku ispituju neka obilježja kvalitete života osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja, a ne njihov subjektivni doživljaj. Subjektivni doživljaj kvalitete života bit će spomenut prema pokazateljima koji su navedeni u postojećoj stručnoj i znanstvenoj literaturi.

Poznati hrvatski neuropsihijatar i suorganizator Svjetske organizacije socijalne psihijatrije Vladimir Hudolin smatrao je da psihička bolest i njeno liječenje ovise o društvenom kontekstu, odnosno o gospodarskim, kulturnim i političkim prilikama određenoga vremena.[175] Zbog toga je potrebno, kako bi se osvijetlilo mjesto i uloga psihički oboljelih odraslih osoba u današnjem društvenom kontekstu, zaustaviti se na temeljnim značajkama današnjeg poimanja zdravlja i bolesti, tj. razmotriti pristup zdravlju i bolesti koje nudi današnje društvo. Poznato je da se stupanj humanosti jednog društva mjeri prema zauzimanju i skrbi za najslabije članove društva. Budući da se crkveno djelovanje ne može istrgnuti iz konteksta socijalno-društvene stvarnosti, takav pristup psihički oboljelim osobama omogućuje analizu trenutnog stanja i stvaranje interpretacijskog okvira koji će omogućiti daljnju razradu teme i postizanje istraživačkih ciljeva rada.

[175] Usp. Dalibor KARLOVIĆ (ur.), *Psihijatrija*, 11.

2.1. Razumijevanje zdravlja i bolesti u današnjem društvenom kontekstu

Zdravlje i bolest dvije su stvarnosti koje prate svakog čovjeka i društvo u cjelini. Stoga je važno neprestano propitivati na koji način čovjek pristupa zdravlju i bolesti, kako se odnosi prema zdravlju kao važnom modalitetu života i prema bolesti koja, također, predstavlja jedan od najizrazitijih oblika čovjekove egzistencije.[176] U tom kontekstu nameće se nezaobilazno pitanje odnosa između današnjeg razumijevanja zdravlja i bolesti te mentalnog zdravlja i psihičkih poremećaja. Polazeći od uvjerenja da je propitivanje i shvaćanje poimanja zdravlja i bolesti dobar preduvjet za prikaz i analizu odnosa društva prema psihički oboljelim osobama, u nastavku ćemo pokušati stvoriti okvir u koji se smješta poimanje zdravlja i bolesti današnjeg čovjeka.

2.1.1. Kultura shvaćanja zdravlja

Shvaćanje zdravlja i bolesti u misaonom kontekstu čovjeka današnjice oslanja se na poimanje čovjeka prema tome kako ga doživljava i predstavlja današnje društvo.[177] Individualizacija, promjena normi i ubrzani razvoj tehničkog i biološko-molekularnog napretka današnjeg društva, stavljaju naglasak na imanentno i rezultiraju gubitkom osjećaja za transcendentno, što utječe na razumijevanje i poimanje samog čovjeka u kulturi današnjice. U današnjoj kulturi prevladava individualizam. Za čovjeka današnjice ne postoji objektivna istina. Istina je nešto privatno što se odnosi samo na subjektivnu razinu razmišljanja. Zbog takvog predstavljanja čovjeka, kao autoreferencijalnog i samodostatnog bića, u današnjoj kulturi prisutne su brojne tendencije redukcionističkog poimanja života iz kojih, kao posljedica, proizlazi suženo shvaćanje zdravlja.[178] Suženim razumijevanjem zdravlja, suvremeno društvo

[176] Usp. Nikola DOGAN, Homo patiens. Bolest kao dimenzija čovjekove egzistencije, u: *Bogoslovska smotra*, 53 (1984.) 4, 166-185.

[177] Budući da ovo razmišljanje polazi od poimanja zdravlja i bolesti u današnjici, razumljivo je da se iz razmišljanja ne može isključiti filozofsko promišljanje postmoderne i njezine izazove. Glavna obilježja tih razmišljanja otvaraju put današnjeg shvaćanja čovjeka i njegov pristup stvarnostima zdravlja i bolesti. Odnos čovjeka prema zdravlju proizlazi iz razumijevanja i poimanja čovjeka u postmodernoj. Čovjeka postmoderne obilježava kultura pomoću koje, kao samodostatno biće, iscrpljuje mnoge mogućnosti za življenje vlastite egzistencije. Budući da često sam stvara normu ponašanja, taj čovjek uglavnom nema neku posebnu potrebu obaziranja na vanjske norme. U tom smislu, relativizam je jedno od glavnih obilježja postmoderne, jer čovjek nije sposoban doprijeti do neke univerzalne i objektivne istine. Ne postoji čvrst temelj na koji bi se istina oslanjala i bila trajnim izvorom sigurnosti. Čovjek postmoderne biće je bez cilja, temelja i identiteta. »Porast specijalizacije i fragmentacije znanja i djelovanja ima za posljedicu okrenutost ljudi prema postignuću izravne koristi i učincima, a ne prema odgovoru na velika pitanja o smislu ljudskog opstanka. Iz toga slijedi stanovito ubrzano relativiziranje trajnosti istine i stalnosti etičkih načela u društvenom životu u kojem onda svatko slobodno oblikuje svoj svjetonazor prema promjenjivim naklonostima i trenutačnim prohtjevima.« Nela GAŠPAR, Čovjek postmoderne – tragalac za božanskim?, u: Franjo Emanuel HOŠKO (ur.), *O čovjeku i Bogu*. Zbornik Marijana Jurčevića u prigodi 65. obljetnice života, Zagreb, 2005., 39.

[178] Usp. Elio SGRECCIA, La posizione della Chiesa di fronte alla vita e alla salute nell'attuale contesto socioculturale, u: *Camillianum,* 5 (2005.) 13, 10-15.

'nudi' zdravlje kao jedinu i apsolutnu vrijednost.[179] Takvo jednodimenzionalno shvaćanje postavlja zdravlje iznad samog života i vodi sve prisutnijem fenomenu sakralizacije zdravlja. Paralelno sa sakralizacijom zdravlja javlja se kvaliteta života podređena tom jedinom i apsolutnom dobru – zdravlju. Takav pristup zdravlju i kvaliteti života ne ostavlja prostora za pronalaženje smisla bolesti i za prikladno suočavanje s patnjom. Istodobno, odnos prema bolesti povezan je s kulturom zaborava koja niječe pitanje smisla patnje pa i samu smrt. U spomenutim odnosima prema zdravlju i bolesti, kvaliteti života i patnji, odražava se složenost odnosa današnjeg čovjeka prema životu. Stoga, za razumijevanje zdravlja u današnjoj kulturi koja »ostavlja dojam 'tihog otpadništva' prezasićena čovjeka koji živi kao da Boga nema«[180] valja imati u vidu spomenute stvarnosti.

Istraživanje vrednota na ljestvici današnjeg čovjeka, u empirijskim istraživanjima i analizama razvijenoga postmodernoga društva, sve više pokazuje da današnji čovjek zdravlje smatra najvećom vrednotom.[181] U sveopćoj nestalnosti postmoderne, za čovjeka koji se ne zanima ni za prošlost ni za budućnost, već naglasak stavlja na sadašnjost i sebe samoga, odgovor na pitanje zašto zdravlje ima tako veliku ulogu u suvremenom razvijenom društvu može se naslutiti u kontekstualizaciji životnog i misaonog horizonta suvremenog čovjeka. Budući da današnji čovjek stavlja naglasak jedino na sadašnjost, može se reći da su referentne točke čovjekova misaonog konteksta za razumijevanje zdravlja omeđene sakralizacijom zdravlja i životom bez patnje koji se ogleda u iluziji o vječnoj mladosti.

2.1.1.1. Sakralizacija zdravlja

Sakralizacija ili posvećivanje je proces koji čini da nešto bude sveto.[182] Govoreći o sakralizaciji zdravlja, može se istaknuti da ona svoj temelj nalazi u čovjekovom poimanju samoga sebe. Današnji je čovjek uglavnom usredotočen na svoju zemaljsku egzistenciju kojoj je podložio sve svoje ciljeve i želje. Kao 'sveto' vrijedi ostvarenje životnih ciljeva i želja, a zdravlje je za to jedina pretpostavka, dok je bolest najveća zapreka.[183] U podređivanju životnih

[179] Usp. Nela GAŠPAR, Odnos zdravlja i religije u postmodernoj, 169-172.
[180] IVAN PAVAO II., *Ecclesia in Europa – Crkva u Europi. Postsinodalna pobudnica o Crkvi u Europi* (28. VI. 2003.), Split, 2003., br. 9 (dalje: EE).
[181] Usp. Karl GABRIEL, Zdravlje – najviše dobro. Pogled na postmoderno shvaćanje ljudskog zdravlja, u: Nediljko Ante ANIČIĆ – Nikola BIŽACA (ur.), *Kršćanstvo i zdravlje*, 216-217.
[182] »U kršćanstvu je pojam 'svet' rezerviran prvotno za samoga Boga, a na druge se osobe i stvari primjenjuje ukoliko su po djelovanju milosti ujedinjene s Bogom ili određene za bogoštovlje.« Nela GAŠPAR, Čovjek postmoderne – tragalac za božanskim?, 37.
[183] Usp. Valerija Nedjeljka KOVAČ, Zdravlje – najveće dobro današnjega čovjeka i teološko-pastoralna perspektiva, u: Adolf POLEGUBIĆ (ur.), *Sakrament bolesničkog pomazanja – Das Sakrament der Krankensalbung*, 84-85.

ciljeva zdravlju, brigom za zdravlje biraju se i alternativni i problematični kulturni modeli koji predstavljaju svojevrsnu paradigmu mentaliteta današnjeg čovjeka. Prema toj paradigmi biti zdrav postaje imperativ i temelj čovjekova identiteta, a uzrok veličanja zdravlja najjasnije se ogleda u svjetonazoru današnjeg čovjeka okarakteriziranog specifičnim shvaćanjem samoga sebe i vlastitim odnosom prema tijelu i tjelesnosti. Ako se zdravlje promatra kao vrednota koja zauzima važno mjesto, ne preuzima li tada zdravlje funkciju religije?

Apsolutiziranje pristupa zdravlju suvremenom čovjeku koristi za stvaranje nove kulture zdravlja. Poimanje vrhunca životnog standarda, u kulturi zdravlja, predstavlja život koji nije podložan bolesti, koji ne stari i ne mijenja se.[184] Biomedicina i visoko sofisticirano društvo, farmaceutske tvrtke i ekonomski profit 'pomažu' čovjeku u slaganju predodžbi o zdravlju. Društvo u cjelini, obuzeto novom kulturom, postaje zaokupljeno kultom zdravlja.[185] Kao posljedicu pretjeranog isticanja važnosti zdravlja imamo opsesivnu zabrinutost za fizičko zdravlje koja dovodi do stvaranja svojevrsnog oblika nove svjetske religije.[186] Njemački teolog i sociolog Karl Gabriel smatra da zdravlje poprima oblik specifične *ovostrane religije* koja je karakteristična za postmodernu.[187]

Primarno mjesto modernog socijalnog oblika religije privatna je sfera i biografija pojedinca, odnosno prostor s onu stranu institucija. Ostvarivanjem sebe čovjek sve više gubi osjećaj odgovornosti i potrebu altruizma, a vlastita tjelesnost dolazi do izražaja kao povlašteno mjesto iskustva transcendencije. Različiti modeli transcendencije, usmjereni na subjektivni doživljaj, obilježavaju religiju zdravlja koju Lütz označava kao »najmoćniju svjetsku religiju svih vremena.«[188] Religija suvremenog svijeta zavodi goleme mase beskrajno oduševljenih sljedbenika koji tragaju za najvišim dobrom života, za zdravljem. U kriznim vremenima slabljenja crkvenosti i religioznosti, gubitkom globalnog horizonta smisla života, briga za očuvanje zdravlja postaje središnja životna vrijednost. U tom kontekstu – pita se Karl Gabriel

[184] Usp. Erika PRIJATELJ, Creativity and Values in The Media Culture of Today, u: *Education and Creativity*, E. Osewska (Ed.), Warszawa, 2014., 60-61.
[185] O štovanju kulta zdravlja i popratnim pojavama koje stvaraju mit slijepog religioznog obožavanja zdravlja i kulta vječne mladosti, više vidi u: Manfred LÜTZ, *Užitak života. Protiv terora dijete, manije zdravlja i kulta fitnessa*, Split, 2015., 30-77.
[186] Zbog mjesta koje zdravlje zauzima u životu današnjeg čovjeka, sve više se o zdravlju govori kao suvremenoj »ovostranoj religiji«. Usp. Stipe TADIĆ, Sveto koje to nije. O imanentističkim religijama u suvremenom svijetu, u: *Nova prisutnost,* 9 (2011.) 2, 416.; također, usp. Mladen PARLOV, Duh Sveti i zdravlje, u: Nediljko Ante ANIČIĆ – Nikola BIŽACA (ur.), *Kršćanstvo i zdravlje*, 2006., 129.; Mladen PARLOV, *Zdravlje i bolest: stvarnosti duha*, 168-172.
[187] Da bi pojasnio pitanje o zdravlju kao religiji, Karl Gabriel služi se teorijom religije jednog od najutjecajnijih sociologa religije Tomasa Luckmanna i pomoću njegova polazišta pojma »ovostrane religije«, Gabriel argumentira zdravlje kao religiju, karakterističnu za postmodrenu. Više o tome vidi: Karl GABRIEL, Zdravlje – najviše dobro. Pogled na postmoderno shvaćanje ljudskog zdravlja, 218-223.
[188] Manfred LÜTZ, *Užitak života. Protiv terora dijete, manije zdravlja i kulta fitnessa*, 80.

– ne zauzima li zdravlje kao *ovostrana religija* u postmodernoj praznine koje je iza sebe ostavilo opadanje crkvenosti i religioznosti?[189]

Uspoređujući religiju zdravlja i fenomen religije sa sociološkog se aspekta uočavaju dimenzije religioznosti, odnosno relevantni indikatori pomoću kojih se posreduje religija.[190] Oponašanjem uobičajene prakse religije, sredstva za očuvanje zdravlja 'prisvajaju' obrede koji su slični religijskima. Život bez boli i patnje, fizičkih i psihičkih smetnji te moć nad životom predstavlja religiozno iskustvo koje proizlazi iz prakticiranja religije zdravlja. Postizanje zdravlja pomoću zdravstvene njege temeljna je dogma ovostrane religije zdravlja. Uz dogmu i religiozno iskustvo, religija zdravlja poznaje i religioznu praksu koja poprima značenje kulta kada je u pitanju podložnost zdravlju. Može se reći da je zdravlje u životu čovjeka postmoderne jednim dijelom zauzelo mjesto koje je u prošlosti imala religija.[191] Religija zdravlja postala je nova religija spasenja.

U društvu, dakle, u kojem zdravlje zauzima vrhunac na ljestvici vrednota, posljedice sakralizacije zdravlja snažno prodiru u život čovjeka. Kritičkim propitivanjem stila života i razlučivanjem modela ponašanja pojedinca očito je da zdravlje opsesivno zaokuplja ljude današnjice. Zaokupljenost je toliko snažna da se odnos prema uspjehu, zdravlju i bolesti uzima kao referentna točka za identitet suvremenog čovjeka.[192] Umjesto da se zdravlju pristupa kao važnom modalitetu življenja, prema zdravlju se odnosi kao prema apsolutnom dobru. U tom kontekstu, zdravlju je podređeno življenje određenih kvaliteta koje pod izlikom fizičkog usavršavanja i neprihvaćanja tjelesnih ograničenosti stavljaju u pitanje smisao čovjekova postojanja. Takvim poimanjem čovjeka, religija zdravlja upućuje na paradokse ovostrane religije na koje ukazuje Karl Gabriel u svom promišljanju: »Tamo gdje zdravlje postaje posljednji obzor smisla a vlastito ja predmetom posljednjeg obožavanja, lako nastaju neprevladivi paradoksi u upravljanju vlastitim životom: Sakralizacija zdravlja i sama Sebe imaju tendenciju da ljude opskrbljuju neostvarivim fantazijama o svemoći. U toj tendenciji, u

[189] Usp. Karl GABRIEL, Zdravlje – najviše dobro. Pogled na postmoderno shvaćanje ljudskog zdravlja, 217.
[190] Pojmom religija označava se izvanjsko očitovanje religioznosti govorom, ponašanjem i znakovima u odnosu na nadnaravno biće. Takav odnos prema nadnaravnom biću uključuje kognitivnu dimenziju, emocionalno-afektivno područje, a izražava se djelima i obredima. Sveukupnost svih vidova predstavlja simbolički sustav unutar kojega pojedine sastavnice poprimaju svoje specifično značenje. O dimenzijama religioznosti, više vidi u: Stipe TADIĆ, Religiozno iskustvo – ne istraživana i/ili neistraživa dimenzija religije i religioznosti, u: *Društvena istraživanja*, 7 (1998.) 35, 360-361.
[191] Usp. Valerija Nedjeljka KOVAČ, Zdravlje – najveće dobro današnjega čovjeka i teološko-pastoralna perspektiva, 89.
[192] Usp. Nikola VRANJEŠ, Identitet postmodernog čovjeka u europskom kontekstu i kršćanski identitet danas, u: Adolf POLEGUBIĆ (ur.), *Kršćanstvo i identitet – Christentum und Identität*. Zbornik radova, Frankfurt am Main, 2014., 23-24.

individualiziranom obliku, nastavlja živjeti ideja ovladavanja svijetom i apsolutne kontrole nad vlastitom okolinom.«[193]

2.1.1.2. Mit o vječno mladim ljudskim bićima

Unatoč kontekstu poimanja zdravlja kod suvremenog čovjeka, koji smisao postojanja pronalazi u samome sebi i svom zdravlju, s kršćanskog stajališta ipak ne bi bilo ispravno omalovažiti brigu za zdravlje. Govor o zdravlju ne smije zanemariti činjenicu da je čovjek pozvan svakodnevno se brinuti o svom zdravlju i tako pridonositi društvenom razvoju i ispunjenju svog života. U kršćanskom smislu zdravlje je Božji dar, dobro koje omogućuje čovjeku djelovanje i služenje bližnjima. Takav pristup zdravlju smješta se u okvir poimanja života osmišljenog od Kristova djela spasenja.[194] No, kada briga o zdravlju preuzme apsolutnu kontrolu nad čovjekovim ponašanjem, podređenu svim drugim aspektima života, onda pristup zdravlju sve više dolazi u raskorak s kršćanskim poimanjem zdravlja. Upravo se takav raskorak susreće u tendenciji današnjeg zapadnog društva prema kojoj čovjek smisao života nalazi u obožavanju samoga sebe i svoga tijela. Gubitkom metafizičkog i religioznog horizonta, u težnji za ovozemaljskim blagostanjem, tijelo koje se izlaže stalnom usavršavanju postaje jedini način izražavanja sebe.

Dakle, misaoni konteksta današnjeg čovjeka zahvaćen je čežnjom za životom bez patnje koji se ogleda u trajnom ovozemaljskom blagostanju. Biti lijep, mlad, zgodan, uspješan i bogat u središtu je brige današnjeg čovjeka. Briga i promišljanje o zdravlju ograničeno je na ovozemaljski svijet, na tjelesnu ljepotu i sakralizaciju čovjeka. U tom kontekstu »iz pojačane usmjerenosti prema sebi i iz porasta brige za samoga sebe u postmodernom se kontekstu razvija tendencija obožavanja sama Sebe. Vlastito Ja postaje posljednjom instancom; snažne hedonističke struje u postmodernoj kulturi zdravlju pridaju vrhunsko mjesto, a na medicinskom tržištu suvremenih, razvijenih zemalja uočava se sve veća prisutnost alternativnih modaliteta liječenja.«[195] Kult mladosti i ljepota tijela stvaraju iluziju potpunog ovozemaljskog blagostanja koja se poistovjećuje sa zdravljem i podržava mit o vječno mladim ljudskim bićima. Društvo razvija kulturu u kojoj taj mit postaje izraz zdravstvenog stanja, a prevladavajući pristup obožavanja tjelesne ljepote vezuje se uz mladost i fizičku snagu zavodeći čovjeka iluzijom vječne mladosti.

[193] Karl GABRIEL, Zdravlje – najviše dobro. Pogled na postmoderno shvaćanje ljudskog zdravlja, 223-224.
[194] Usp. Nikola VRANJEŠ, Identitet postmodernog čovjeka u europskom kontekstu i kršćanski identitet danas, 23.
[195] Nela GAŠPAR, Odnos zdravlja i religije u postmodernoj, 171.

Poimanje zdravlja, vođeno kulturom tijela i ljepote, kojoj se pripisuje sva vrijednost i moć, zauzelo je mjesto pred životom. Tehnološko-znanstveni pokušaji medicine ulažu napore glede različitih oblika skrbi za tijelo, do te mjere, da se žrtvuje i sam život u svom najsvetijem obliku.[196] U ime zdravlja slabi život, odnosno život gubi na dostojanstvu i vrijednosti. Sve je podređeno zdravlju u smislu lijepog, zdravog i mladog tijela. Kultura zdravlja, pretvorena u hedonističko-idolatrijski pristup zdravlju, dovela je do revolucionarnih promjena u vrijednosnom sustavu čime se zdravlju daje primat pred životom. Opasnost pristupa zdravlju sa strane lijepog tijela, oslikava redukcionističko poimanje zdravlja, fragmentaciju cjelovitosti koja smisao zdravlja pretvara u nezdravo razumijevanje zdravlja.[197] Zdravlje je ono što sada, u ovom trenutku, najviše odgovara osobi kao pojedincu. Taj pojedinac ne želi se opterećivati temeljnim pitanjima života, niti postavlja pitanje jedne zaokružene cjeline. Pojedinac je netko tko živi u ovom trenutku s percepcijom o tijelu kao ključnom elementu u izgradnji osobnog identiteta. Isključujući svaku bol i bježeći od nemoći, težnja za zdravim i dugim životom pretvara se u stalno paranoično traženje najrazličitijih preparata koji će tijelo održati mladim, lijepim i privlačnim.[198]

2.1.2. Kultura shvaćanja bolesti

Povijest naših dana, zahvaljujući razvoju medicine i znanstveno-tehničkom napretku, bilježi nove i razvijenije oblike pristupa bolesti i bolesniku. Osvrćući se na medicinski napredak, ne može se zanijekati sveukupni doprinos tehniciziranih mogućnosti koje pružaju precizno znanje o uzrocima, posljedicama i mogućnostima liječenja bolesti. Kada je u pitanju bolest, napredak s jedne strane pruža višestruke mogućnosti za liječenje, dok s druge strane, pod utjecajem tih mogućnosti, vodi do omalovažavanja uloge pacijenta u samom liječenju.[199] Upotrebom svih tehničko-raspoloživih sredstava i tehničke kompetencije liječnika, prema Tournieru, sve je više prisutno potiskivanje pacijenta iz procesa liječenja.[200] Drugim riječima, objektivistički pristup bolesti koji isključuje pacijenta, onemogućuje i traženje smisla bolesti. Pitanje o smislu bolesti zavijeno je u šutnju i zanijemilo je pred znanjem liječnika. »Što znači moja bolest i što hoće od mene, što mi govori i koji joj je smisao, sve su to nedopustiva-pitanja koja se tiču samo osobne savjesti. Stjerana u nijemost, ta pitanja prema vani stavljaju pacijenta

[196] Usp. Ante MATELJAN, Čemu zdravlje? Ogled o kršćanskom poimanju zdravlja u doba postmoderne, u: *Crkva u svijetu*, 39 (2004.) 4, 527-528.
[197] Usp. David Christopher SCHINDLER, Zdravo i sveto, u: *Communio,* 40 (2014.) 119, 28-29.
[198] Usp. Nikola VRANJEŠ, *Na pragu vječnosti. Promišljanja o pastoralu umirućih*, Zagreb, 2015., 38.
[199] Usp. Marko JUKIĆ, Ponovna pojava bolesti – poremećaji raspoloženja, u: Ante MATELJAN (ur.), *Ecce homo! Medicinski i teološki pristupi*, 152-154.
[200] Usp. Paul TOURNIER, *Lice patnje. Spoznaja smisla života u mračnom trenutku*, Đakovo, 1996., 44.

u stanje ovisnosti, nijemosti, a nerijetko i emotivne regresije.«[201] Pritom ni govor najbližih ukućana ne ostavlja prostora za razgovor o egzistencijalnim pitanjima. Obitelj, koja je okosnica pomoći u proživljavanju bolesti, često je ostavljena sama, bez pomoći i podrške socijalno-zdravstvene službe.[202] Kultura bolesti, u medicinskom i tehničkom smislu, smješta bolesnika pod kompetencije svoga znanja s posljedicom redukcionističkog shvaćanja bolesti. Pristup bolesti, koji onemogućuje izravno suočavanje s bolešću, pokazatelj je svojevrsne krize kada je u pitanju vjerničko osmišljavanje bolesti.

2.1.2.1. Suvremeni pristup bolesti – zanemarivanje dostojanstva čovjeka?

Za medicinsko umijeće služenja zdravlju i životu, temeljan je odnos koji se posvećuje čovjeku i njegovu dostojanstvu. U liječenju, ophođenje s pacijentom zauzima prvo mjesto, a nakon njega pozornost se posvećuje promatranju bolesti. No u suvremenom vrtoglavom razvoju znanosti i tehnike, spomenuti redoslijed često je zanemaren.[203] Medicinski vid služenja životu koji se odnosi na čovjeka, podređuje se liječenju bolesti tehniciziranim sredstvima, i kao što je već spomenuto, samog pacijenta smješta pod kompetenciju medicinsko-tehničkog znanja. Medicinska znanost i vještina liječenja, u dobu tehničkog napretka, bolesnika često promatra pod vidom objekta a ne subjekta. Pacijent, ne samo da postaje objekt liječničkog znanja nego je pasivan promatrač liječničke brige i nijemi sudionik u liječenju novim tehničkim i farmaceutskim dostignućima. U takvom pristupu, liječnička moć nad bolešću često predstavlja bolesnikovu nemoć kontrole nad bolešću. Liječnik, njegov govor i njegovo medicinsko znanje postaju važniji od subjektivnog doživljaja pacijenta.

Posljedica prethodno spomenutog pristupa bolestima, koji zanemaruje skrb za bolesne i ustupa mjesto brizi o bolestima, može se opisati kao otuđenje čovjeka od njegove bolesti. Čovjek se otuđuje od bolesti i postaje poput predmeta koji je podvrgnut raznim tehniciziranim mogućnostima i sredstvima liječenja. U uspostavljanju dijagnoze medicinski aparati potiskuju ljudske osobine i umjesto da se služi bolesnicima, poslužuje se medicinska aparatura. Nadzor nad tijelom, uz pomoć medicinske tehnologije, vodi do sve prisutnije pojave medikalizacije bolesti.[204]

---

[201] Ante VUČKOVIĆ, Bolesnik između medicinsko – tehničkog znanja i vjerničkog osmišljanja bolesti, u: *Glasnik Hrvatskog katoličkog liječničkog društva*, 11 (2001.) 3, 32.

[202] Usp. Staniša NIKOLIĆ, Obiteljska terapija danas, u: Staniša NIKOLIĆ i suradnici (prir.), *Obitelj – podrška mentalnom zdravlju pojedinca. Teorijski i praktični priručnik obiteljske terapije*, Jastrebarsko, 2008., 16-17.

[203] Usp. Julijana FRANINOVIĆ MARKOVIĆ, Liječnik i bolesnik – suputnici na putu bez povratka, u: Ante MATELJAN (ur.), *Ecce homo! Medicinski i teološki pristupi*, 248.

[204] O temi medikalizacije bolesti, vidi: Mladen BOBAN, Medicina i sposobnost ophođenja sa smrću, u: *Isto*, 264-265.; također, usp. Ante VUČKOVIĆ, Bolesnik između medicinsko-tehničkog znanja i vjerničkog osmišljanja bolesti, 28-32.

Zbog pristupa bolesti koji zanemaruje pacijenta, u eri tehničkog razvoja, čovjeku postaje sve teže suočiti se s bolešću. Pasivan status čini pacijenta promatračem procesa liječenja i vrlo često vodi do osamljenosti i osjećaja napuštenosti. Stoga se događa da, u vremenu snažnog razvoja, udruživanja znanosti i medicine, pristup bolesti vodi zanemarivanju čovjeka i njegova dostojanstva. Pozornost usmjerena prema bolesti koja isključuje pacijenta iz procesa liječenja postaje otuđenje čovjeka od njegove bolesti i znači umiranje prije biološke smrti.

2.1.2.2. Kriza identiteta

S pojavom bolesti nastaju promjene koje svaki čovjek proživljava na svoj način. Doživljaji i emocije, ovisnost o drugima i iskustvo boli rezultiraju mnoštvom međusobno povezanih čimbenika koji utječu na ponašanje bolesnika. Teško je uvijek predvidjeti kako će pojedine osobe reagirati u situaciji bolesti. Iste bolesti mogu prouzročiti različita ponašanja.[205] Ponašanje bolesnika ovisno je o vrsti i težini bolesti, načinu na koji se bolest manifestira, o trajanju bolesti, osobnosti bolesnika, dobi i prijašnjim iskustvima, sposobnosti obitelji i stručnih osoba koje bi trebale odgovoriti na potrebe bolesnika i naći pravi način brige za njih.[206] U tom kontekstu, bolest mijenja vlastita ponašanja i odnose prema drugima, na određen način zaustavlja svakodnevne životne navike i dovodi u krizu čovjekov odnos sa svijetom – prirodno okruženje i sociokulturni ambijent – u kojem osoba živi.

Osim što utječe na profesionalne sposobnosti i mijenja obiteljske odnose, specifična situacija bolesti, gotovo uvijek, dovodi ljudsku egzistenciju u krizu postavljajući dublja pitanja. Bolesnik postaje tražitelj odgovora na ključna životna pitanja. Prošlost se preispituje, sadašnjost se živi s tjeskobom a budućnost se iznenada zatvara. Tako s pojavom bolesti dolazi do krize identiteta. Kriza identiteta povezana je s ponašanjem bolesnika i ovisi o interakciji faktora povezanih s osobnošću kao i pratećim emocijama bolesti koja se doživljava kao opasnost, prepreka ili gubitak.

U različitim fazama bolesti prepoznaju se i različiti stavovi koji jasno izražavaju značenje emocionalnog utjecaja što ga bolest ima na pacijenta. Radi se zapravo o obrambenim mehanizmima koji trebaju štiti samopoštovanje osobe u bolesti kada je ugrožena pozitivna slika o samome sebi.[207] Isprepletenost emocija, koje se mogu iskusiti istodobno ili u različito vrijeme, pomaže razlučivanju različitih ponašanja koja su izraz nesnalaženja glede prihvaćanja situacije

[205] Usp. Marko JUKIĆ, Ponovna pojava bolesti – poremećaji raspoloženja, 148-151.
[206] Usp. Luciano SANDRIN, *Psicologia del malato. Comprendere la sofferenza, accompagnare la speranza*, Bologna, 2015., 15-17.
[207] O obrambenim mehanizmima pred tjeskobom bolesti i modelima individualne prilagodbe, više vidi: Mihály SZENTMÁRTONY, *Osjetljivost za čovjeka. Pastoralna psihologija*, Zagreb, 2009., 204-206.

bolesti. Ovisno o osobnim mogućnostima bolesne osobe, o njezinom prihvaćanju ili neprihvaćanju bolesti, ovisit će izvanjska pomoć i donošenje strategije koja se postavlja za uspješno rješavanje situacije.[208] Polazeći od ovih postavki uočava se da srž bolesti zahtijeva bolesnikovu borbu u koju, bez obzira na medicinska dostignuća i profesionalno znanje medicinskog osoblja, bolesnik ulazi sam.

S krizom bolesti, u životu čovjeka dolazi do novih susreta. Susreti koji su do otkrivanja bolesti bili nepoznati sada sve više postaju koordinate čovjekova kretanja. Bolesnik se s jedne strane susreće s liječnicima i medicinskim osobljem, a s druge strane dolazi do susreta s modernom tehnikom i tehnologijom. U susretu s liječnikom bolesnik očekuje upotrebu liječničkog znanja i razumijevanja. Razumijevanje se posebno odnosi na bolesnikov strah, emocionalne napetosti i ponašanja koja su vezana uz bolesnikov život. Odnos pun razumijevanja prema bolesniku manifestira se podrškom, razgovorom i upoznavanjem plana liječenja. Taj odnos ne samo da je neophodan za informiranost bolesnika nego pridonosi i bolesnikovu odnosu prema bolesti i njezinu liječenju. Ovisno o komunikaciji, priopćavanje dijagnoze može stvoriti očaj ili uliti nadu. Dobra komunikacija ima terapeutski učinak i omogućuje pacijentu da razlikuje poruku kojom se priopćava dijagnostička istina o bolesti od poruke koja izražava podršku i raspoloživost liječnika u zajedničkom hodu.[209] Prihvaćanje istine i dijagnoze bolesti od bolesnika traži mobiliziranje osobnih snaga.

2.1.3. Kultura zaborava starijih osoba

Budući da bolest i patnja ne mogu biti zanijekani, u društvu koje svim naporima gradi budućnost na potrošačkom mentalitetu i sve vrednuje na temelju koristi i uspjeha, te se životne stvarnosti pokušavaju odstraniti iz života. Pristup koji odstranjuje patnju iz društvenih struktura te nastoji sakriti bolest i nemoć vodi zanemarivanju čovjeka što je posebno vidljivo u odnosu prema osobama u zreloj životnoj dobi. Stoga nezaobilazna referentna točka u razumijevanju zdravlja i bolesti koje nudi današnje društvo, svakako je odnos prema starijim i nemoćnim osobama.

Starenje kao društveni fenomen i zdravstveni problem definira se kao demografski porast osoba starije životne dobi. Suvremeno društvo starost povezuje s bolešću i neaktivnošću.[210] Stariji su smješteni daleko od pogleda obiteljskog ozračja, rasta i odgoja djece

[208] Usp. Luciano SANDRIN, *Psicologia del malato. Comprendere la sofferenza, accompagnare la speranza*, 27-31.
[209] Usp. *Isto*, 36.
[210] Usp. Mirko ŠTIFANIĆ, *Kultura umiranja, smrti i žalovanja*, Rijeka, 2009., 54-56.

te su često zaboravljeni i zanemareni i od svojih najmilijih. Takav odnos prema starijima stvara određeni privid stvarnog života, odnosno bijeg od istine. Izoliranje starijih, bolesnih i nemoćnih pokazuje nemoć i nesposobnost suočavanja s patnjom. Patnju treba odstraniti iz života jer podsjeća na neugodnost, rađa određenu odbojnost i stvara strah. U tom kontekstu, bolest i trpljenje, starost i nemoć, izdvajaju se iz stvarnog života i pokušava ih se izolirati od društvenog i obiteljskog okruženja. Možemo reći da je ovakav odnos prema starijima i nemoćnima široj društvenoj zajednici postao jasniji u vrijeme globalnog utjecaja epidemije bolesti COVID 19 uzrokovane virusom SARS-CoV-2. Stariji i nemoćni ostali su sami daleko od pogleda obitelji i najmilijih.[211] Stariju dob trebalo bi promatrati kao društveni status, a ne biološko određenje jer ljudi u poodmakloj dobi mogu svoje dane ispuniti uspješno i plodonosno, prema psiho-fizičkim mogućnostima. Papa Franjo odnos prema starima označava kao konstantu vlastitog postojanja. Ona nalaže odnos prema starijima kao prema dragocjenom blagu i onda kada stvaraju gospodarske probleme i neugodnosti. I tada, u starosti i nemoći, ma koliko godina imali, prema riječima pape Franje, vrijedni su radnici Isusova vinograda (usp. Mt 20,1-16), važni u čuvanju svojih korijena te prenošenju vjere i tradicije mladima.[212]

Starost povezana s bolešću i ovisnošću o drugima postavlja zahtjeve pred zdravstvene i socijalne službe te navedena stanja, označena kao bolest, u suvremenom društvu smatraju se nepoželjnima zbog čega dolazi do segregacije starijih osoba iz društva, ali i iz obitelji.[213] Segregacijom starijih i nemoćnih iz obitelji i zanemarivanjem njihovih potreba javlja se kultura zaborava. Potrošačko društvo usmjereno je na proizvodnost prema kojoj su kriteriji prihvaćanja određeni korisnošću, efikasnošću i uspješnošću. Ako osoba, zbog određene životne dobi i pratećih faktora tog razdoblja života, ne može pridonositi ekonomskom profitu, nekorisna je za društvo.

Način razmišljanja, prožet korisnošću, vodi isključivanju i zanemarivanju starijih osoba, a zanemarenost izaziva osjećaj suvišnosti, gubitak nade i smisla života. Umjesto u umjetnost života, starost se pretvara u teret koji se nastoji maknuti s pozornice života. Skrb za starije i nemoćne postaje oblikom društvenog zaborava koji ne poznaje pozornost i brigu za nemoćne i bolesne. Na takav odnos društvene zajednice upozorio je Benedikt XVI. poručujući da se

[211] Potaknut odnosom prema starijima i nemoćnima, djedovima i bakama, osobito u vrijeme pandemije, papa Franjo je u siječnju 2021. ustanovio Svjetski dan djedova i baka i starijih osoba. Ovaj će se dan slaviti svake godine, na 4. nedjelju u srpnju, uoči spomena svetih Joakima i Ane, Isusovih djeda i bake.
[212] FRANCESCO, *Messagio del Santo Padre Francesco in occasione della I Gornata Mondiale dei nonni e degli anziani* "Io sono con te tutti i giorni", u: https://www.vatican.va/content/francesco/it/messages/nonni/documents/20210531-messaggio-nonni-anziani.html (3.VII. 2021.).
[213] Usp. Mirko ŠTIFANIĆ, *Kultura umiranja, smrti i žalovanja*, 53-54.

humanost nekog društva ili kulture mjeri upravo po odnosu prema starijim osobama. Taj odnos povezan je sa životom te, prema riječima Benedikta XIV., »tko daje prostora starijim osobama, daje prostor životu. Tko prihvaća stare, prihvaća život.«[214] Drugim riječima, pod utjecajem kulturoloških aspekata starenja, prije biološkog umiranja događa se društveno umiranje, a egzistencija nositelja istinskog životnog smisla i mudrosti, postaje beskorisna i neučinkovita. Starijima se ne pristupa kao mudrima i iskusnima već ih se u starosti nastoji zaobići kao da nisu dio životne stvarnosti. Konkretne osobe, sa svojim potrebama i željama, u anonimnosti staračkih domova i sličnih životnih ambijenata, utapaju se u kulturu zaborava, a često i u anonimnost umiranja.

2.1.3.1. Odnos prema smrti

S društvenom tendencijom isključivanja i zanemarivanja starijih usko je povezana kultura odnosa prema umiranju i smrti. Nekoliko je elemenata koji u bitnome obilježavaju pristup smrti današnjeg društva, uvjetuju ponašanje zajednice i pojedinca te oblikuju odnos prema smrti. Detaljna razrada ove teme prelazi hipotetski okvir rada, no ipak spomenimo da se današnji odnos prema smrti ponajprije očituje u potiskivanju prirodnog događaja smrti iz života kao i sveprisutnijim prividom nadvladavanja smrti. Današnje društvo smatra da je o smrti nepopularno, pa čak i nepristojno govoriti.[215] Smrt je posvuda prisutna ali se vrlo vješto prikriva.[216] Postala je tabu tema u društvu koje se predstavlja kao društvo bez tabua. Sve se više prema smrti odnosi kao da se ona ne tiče ljudskog života. Društveni napredak i tehnologizacija, urbanizacija i sekularizacija, medicinski napredak i glorifikacija mladosti i snage, svakodnevno dovode do potiskivanja smrti kao prirodnog događaja.

Kultura smrti nastoji ukloniti smrt iz čovjekova razmišljanja kao da ga se ona ne tiče. Poosobljeno govorenje o smrti i umiranju u zapadnom svijetu mahom je nepoželjno. Izbjegavanjem govora o smrti i predstavljanjem smrti kao nečeg neprirodnog, suvremena

---

[214] BENEDETTO XVI, *Parole del Santo Padre, Roma, 12 novembre 2012*, u: http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/it/speeches/2012/november/documents/hf_ben-xvi_spe_20121112_viva-anziani.html (25.VI. 2021.).

[215] Smrt sve više postaje tabu-tema današnjice. Izbjegavanjem govora o smrti ljudi današnjice pokušavaju prekriti smrt premda je smrt činjenica koja se tiče svih ljudi. Zemaljski život sa smrću u jednom trenutku zemaljske egzistencije mora biti završen. Sve se manje komunicira o smrti, a smrt nikad nije bila prisutnija u svakodnevnom životu. Filmska industrija, dječji medijski sadržaji, ali i neki oblici umjetnosti kao što su književnost i slikarstvo, prožeti su smrću. S druge strane, iako čovjek današnjice ne želi govoriti o smrti, Arthur Jores navodi da »ima pacijenata koji sasvim mirno i ozbiljno – i bez straha – priopćuju liječniku svoju predstojeću smrt! Katkada proreknu i točno vrijeme smrti. Za liječnika su osobito impresivni oni slučajevi kada, prema tijeku bolesti, još ne bi trebalo smrt očekivati.« Arthur JORES, *Čovjek i njegova bolest. Osnove antropološke medicine*, Zagreb, [2]1998., 118.

[216] Usp. Johann Christoph HAMPE, *Umire se sasvim drukčije. Doživljaji vlastite smrti*, Zagreb, 1981., 31.

kultura teži depersonalizaciji smrti, zaboravljajući pri tom da je smrt prirodna i neizbježna činjenica.[217] Neprihvaćanjem činjenice smrti ignorira se smrt kao neminovnost u životu pojedinca, odnosno ignorira se sam život koji je tijek prema smrti.[218] Ako se o smrti razmišlja kao o nečem stranom, neprirodnom i nesvakidašnjem, teško će se čovjek, bolesnik i okolina, pripremiti za susret sa smrću. Takav odnos prema smrti stvara jaz između okoline i osobe koja umire. Govor o smrti izbjegava se i kada se ona neposredno približava. Umiruća je osoba isključena iz društvene sredine i prije napuštanja ovozemaljskog života, a obitelj i rodbina, prijatelji i poznanici, s obzirom na to da su nijekali realnost smrti, slabo su pripremljeni za taj neminovni trenutak. Upravo zbog toga, važno je poučavati o realnosti smrti i razvijati ispravan pristup smrti i prijelazu u vječnost.[219]

Manjkavo poimanje smrti u suvremenoj kulturi susrećemo u sveprisutnijem prividnom nadvladavanju smrti. »U današnje vrijeme prisutna je veza između medicine koja se osjeća (sve)moćnom, odnosno premoćnom i svemogućom, te kulture koja želi biti besmrtna, odnosno vječna.«[220] Usmjerenost na sadašnji trenutak, u kojem dominira mladost i vitalnost, često potiskuje pomisao na smrt i vječnost koja prividno nestaje u svijetu tehnologije i medicine. Moderna medicina pomalo budi duboko skrivenu fantaziju da će možda prevariti i nadvladati smrt.[221] Fantazija današnjeg čovjeka koji polaže sve u moć medicine vodi grčevitu borbu s pokušajem zaborava smrti i obrane protiv njezine sveprisutnosti. Borba rezultira sve prisutnijim elementima banaliziranja i svođenja smrti na čisto tehničku činjenicu i tehničko pitanje. Tako banaliziranjem smrti susrećemo razne oblike površnih utjeha koje se pokazuju samo kao iluzije, bez prihvaćanja smrti u Isusu koji je u potpunosti prihvatio smrt, ali i pobijedio je svojim potpunim predanjem smrti. Kad nestane smisao za sveto značenje života i čovjeka, život i smrt poprimaju izgled nečega banalnoga. Potiskivanjem smrti baca se sjena na cijeli život i bježi se od stvarnosti.

2.1.3.2. Koncept smrti – pokazatelj odnosa prema životu

Potreba za osmišljavanjem života u stanju je osmišljavati i najteže trenutke kojima također pripada umiranje i smrt. Koncept smrti, na individualnoj razini, jedan je od važnih elemenata strukturiranja ličnosti. Budući da uključuje shvaćanje prošlosti, sadašnjosti i budućnosti, u konačnici pokazuje da je odnos pojedinca prema smrti pokazatelj odnosa prema

[217] Usp. Nikola VRANJEŠ, *Na pragu vječnosti. Promišljanja o pastoralu umirućih*, 36-38.
[218] Usp. Arthur JORES, *Čovjek i njegova bolest. Osnove antropološke medicine*, 113.
[219] Usp. Nikola VRANJEŠ, *Na pragu vječnosti. Promišljanja o pastoralu umirućih*, 32-35.
[220] Mirko ŠTIFANIĆ, *Kultura umiranja, smrti i žalovanja*, 43.
[221] Usp. Mladen BOBAN, Medicina i sposobnost ophođenja sa smrću, 264.

životu. Umiranje i smrt integralni su dio života te ne mogu biti isključeni iz ukupnosti života. Činjenica smrti tiče se svakog čovjeka, a njezino shvaćanje prati čitav životni tijek pojedinca i jedan je od ključnih parametara ljudskog života, zdravlja i bolesti.

U praćenju umirućih važno je naglasiti da približavanje smrti prate različita psihička stanja koja nije moguće zanijekati ili ukloniti. Razdoblje bolesti bližnjih može biti vrlo korisno za obitelj i one koji sudjeluju u njezi bolesnika za razmišljanje i suočavanje sa smrću. Blizina i solidarnost s onima koji su u posljednjem dijelu svoga života pomaže prepuštanju vlastita života, koji po svojoj naravi teži za vječnošću i trajnošću, u ruke nebeskog Oca. Taj odnos uklanja napast dozivanja smrti kao najboljeg, najbržeg i najlakšega rješenja. U nedostatku tog odnosa lako se javlja pojačana želja zapadnoga čovjeka da sam odluči o koncu svog života.

Iz navedenoga je vidljivo da se razumijevanje zdravlja i bolesti u suvremenom društvenom kontekstu ne može odvojiti od promišljanja o smrti. Takav pristup postaje tim važniji ako se imaju u vidu psihološke reakcije koje bitno određuju odnos umirućeg i članova obitelji prema smrti. Stoga je za potpuno razumijevanje zdravlja i bolesti, kako ga doživljava čovjek današnjice, važno uzeti u obzir promišljanje o mentalnom zdravlju i psihičkim poremećajima koji ne narušavaju samo zdravlje pojedinca već ostavljaju negativne posljedice na društvo u cjelini. Drugim riječima, u rasponu između zdravlja i bolesti potrebno je promišljati o problemima mentalnog zdravlja koji ostavljaju traga na svim razinama društvenog funkcioniranja.

2.2. Problemi mentalnog zdravlja i učestalost javljanja psihičkih poremećaja

U zaokruženom govoru o razumijevanju zdravlja i bolesti kako ga poima današnji čovjek, svoje mjesto nalazi i razumijevanje mentalnog zdravlja i pojava psihičkih poremećaja. Neosporna je činjenica da je dobro mentalno zdravlje od iznimne važnosti ne samo za pojedinca, nego i za cijelu društvenu zajednicu. To ujedno znači da naglasak treba staviti, umjesto isticanja mentalnog zdravlja pojedinca, na jačanje mentalnog zdravlja populacije. Dva su osnovna pristupa mentalnom zdravlju: pozitivni i negativni. Pozitivno ili dobro mentalno zdravlje promovira zdravlje kao resurs. Drugim riječima, dobro mentalno zdravlje važno je za dobrobit društva kao i za čovjekovu sposobnost percepcije, razumijevanja okoline i njegova prilagođavanja. Zdrave mentalne sposobnosti omogućuju pojedincu da život doživljava kao

vrijedan i pomažu mu da bude kreativni i produktivni član društva. Narušeno ili negativno mentalno zdravlje odnosi se na mentalne probleme i poremećaje.[222]

Slijedom navedenoga, dobro mentalno zdravlje preduvjet je za razvoj održivog društva. Drugim riječima, mentalno zdravlje, kao fundamentalni dio općeg zdravlja, iznimno je važan čimbenik ne samo u razvoju i funkcioniranju pojedinca nego i društva. Stoga, učestalost pojavljivanja različitih psihičkih poremećaja predstavljaju zabrinjavajuće podatke za društvo u cjelini. Prema istraživanjima, više od 20% odrasle populacije u svijetu, u bilo kojem trenutku, pati od nekog problema koji narušava mentalno zdravlje.[223] Također istraživanja pokazuju da mentalni poremećaji zauzimaju prvo mjesto u globalnom opterećenju bolestima, u smislu godina života s invaliditetom (YLDs), a na razini s kardiovaskularnim i cirkulacijskim bolestima u smislu izgubljenih godina života zbog invaliditeta (DALYs).[224] Mentalni poremećaji u Hrvatskoj, prema procjeni opterećenja bolestima, zauzimaju treće mjesto pri čemu se veći udio prepoznaje kod muškaraca.[225]

2.2.1. Prevencija mentalnog zdravlja

Strategija i sveobuhvatni pristup mentalnom zdravlju uključuje promociju pozitivnog mentalnog zdravlja i prevenciju mentalnih poremećaja. Iako u teorijskom konceptu postoji jasno razgraničenje između promocije i prevencije mentalnog zdravlja, u praksi se ova dva područja uvelike isprepliću. Dok je promocija mentalnog zdravlja usmjerena na pozitivno mentalno zdravlje s ciljem jačanja snaga i kompetencija, prevencija je usredotočena na smanjivanje rizičnih čimbenika te specifične poremećaje s ciljem smanjenja učestalosti i rasprostranjenosti određenih problema.[226] Stoga, prevencija i unaprjeđenje mentalnog zdravlja povezuje sustav usluga u zajednici koji obuhvaća »usluge na primarnoj razini koje provode rano otkrivanje i liječenje mentalnih poremećaja, imaju specifične programe, primjerice za

[222] Iako je istraživački cilj ovog rada usmjeren prema narušenom mentalnom zdravlju odnosno mentalnim poremećajima, važno je naglasiti da se suvremeni pristupi mentalnom zdravlju trebaju neprestano usmjeravati na dobro mentalno zdravlje, a ne na promatranje isključivo narušenog mentalnog zdravlja. Dakle, prema suvremenim pristupima naglasak je na pozitivnom mentalnom zdravlju.

[223] Usp. Slađana ŠTRKALJ IVEZIĆ – Vlado JUKIĆ – Danijela ŠTIMAC GRBIĆ – Ivan ČELIĆ – Petrana BREČIĆ – Maja SILOBRČIĆ RADIĆ – Ante BAGARIĆ – Marko ĆURKOVIĆ, Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj, u: *Acta Med Croatica*, 72 (2018.) 2, 180.

[224] Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, DALYs, Disability Adjusted Life Years, označava zbroj godina potencijalnog života izgubljenog zbog prerane smrti te godine izgubljene zbog invalidnosti; *DALYs / YLDs definition*, u: https://www.who.int/mental_health/management/depression/daly/en/ (2. VI. 2021.).

[225] Usp. Slađana ŠTRKALJ IVEZIĆ – Vlado JUKIĆ – Danijela ŠTIMAC GRBIĆ – Ivan ČELIĆ – Petrana BREČIĆ – Maja SILOBRČIĆ RADIĆ – Ante BAGARIĆ – Marko ĆURKOVIĆ, Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj, 180-181.

[226] Usp. Bruno ANTOLIĆ – Miranda NOVAK, Promocija mentalnog zdravlja, 320-324.

depresiju, anksiozne poremećaje, prve psihotične poremećaje te upućuju na druge, više razine službe za zaštitu i unaprjeđenje mentalnog zdravlja, kada je to potrebno.«[227]

Za skrb o mentalnom zdravlju u zajednici potrebna je uključenost i povezanost različitih službi: dnevni centri, centri za rehabilitaciju, mobilni tim za krizne intervencije, usluge specifičnog oblika brige za osobe koje učestalo koriste bolničko liječenje, pomoć kod zapošljavanja te drugi psihosocijalni postupci koji su namijenjeni za osposobljavanje za samostalni život i rad. Također, u ovu mrežu uključene su službe za socijalnu skrb kao i druge službe poput službi za zapošljavanje i nevladinih udruga koje se posvećuju promociji mentalnog zdravlja. Svi oni djeluju prema osnovnim principima skrbi čija je svrha pristupačnost usluga korisnicima s obzirom na mjesto stanovanja; sveobuhvatnost različitih metoda pristupa mentalnom zdravlju ili bolesti; kontinuirana koordinirana skrb nakon bolničkog liječenja u pomoći pri zapošljavanju i rješavanju drugih socijalnih pitanja; organizaciju skrbi koja je usmjerena prema potrebama korisnika; učinkovitost koja se potvrđuje korištenjem lako dokazivih programa; jednakost u pružanju usluga svim osobama kojima su potrebne; zaštitu i unaprjeđenje ljudskih prava te oporavak i osnaživanje u postizanju ciljeva liječenja.[228] Za prevenciju, dijagnosticiranje i liječenje mentalnih bolesti te rehabilitaciju osoba s problemima mentalnog zdravlja odgovorna je psihijatrija.[229] Budući da se psihijatrija bavi suptilnim oblicima neuroznanosti, za ovu medicinsku granu može se reći da je medicina uma.[230]

2.2.2. Psihijatrija – bremenita i plemenita disciplina medicine

Psihijatrija je relativno mlada znanstvena grana medicine, koja se pojavila tek u 19. stoljeću. U antičko doba liječenje mentalno oboljelih osoba zasnivalo se na raznim metodama koje su bile u dijapazonu surovih do umjerenih metoda prema kojima se pacijentima iskazivalo minimalno poštovanje i uspostavljanje odnosa s bolesnicima. U srednjem vijeku liječenje mentalno oboljelih zasnivalo se na religijskim osnovama, odnosno za liječenje su bili odgovorni

[227] Slađana ŠTRKALJ IVEZIĆ – Vlado JUKIĆ – Danijela ŠTIMAC GRBIĆ – Ivan ČELIĆ – Petrana BREČIĆ – Maja SILOBRČIĆ RADIĆ – Ante BAGARIĆ – Marko ĆURKOVIĆ, Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj, 180.
[228] Usp. *Isto*.
[229] Psihijatrija (grč. *psyche* – duša + *iatros* – liječenje) je medicinska grana koja se bavi proučavanjem i liječenjem psihičkih poremećaja. Usp. Vladimir HUDOLIN, Psihijatrija, u: *Rječnik psihijatrijskog nazivlja*, Zagreb, ^{3}1985., 314-315.
[230] »Danas se psihijatrija smatra i najsuptilnijim oblikom neuroznanosti jer uz biološki, somatski pristup mora posegnuti i za spoznajama društvenih i humanističkih znanosti. Upravo je to i bit psihijatrije, poznavanje interakcije između bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika koji formiraju određenu psihopatologiju. Tako u psihijatriji, kao i svakoj grani koja se bavi čovjekom, ne postoje sasvim oštre i jasne granice psihijatrijskog djelovanja, pa će se u graničnom području psihijatrija susretati i s drugim znanostima u multiprofesionalnoj i interdisciplinarnoj suradnji, a sve radi boljeg upoznavanja psihički, umno, bolesnog čovjeka, pa i čovjeka općenito.« Dalibor KARLOVIĆ (ur.) *Psihijatrija*, 3.

vjerski službenici. Tako je psihijatrija bila vrlo dugo pod presudnim utjecajem religije, a liječenje duševnih bolesti provodilo se istjerivanjem duhova. U islamu mentalni su bolesnici Božji miljenici dok se u židovskoj religiji, prema Talmudu, mentalne bolesnike smatra žrtvama bolesti. Iako je je kršćanstvo deklariralo ljudska prava mentalno oboljelih osoba, u praksi su često bile zastupljene surove metode liječenja.[231]

U zapadnoj Europi suvremena se psihijatrija počinje razvijati u doba francuske revolucije. Psihijatar Philippe Pinel (1745.-1826.), vodeći liječnik pariške duševne bolnice, prvi je pristupao mentalnim bolesnicima na humaniji način; odbacio je nasilne metode obuzdavanja mentalnih bolesnika, a pripisuje mu se zasluga za oslobađanje pacijenata iz okova. Pinelov interes za razgovor s pacijentima smatra se svojevrsnim začetkom suvremenih psihijatrijskih metoda pa se Pinela s pravom naziva ocem moderne psihijatrije.[232] Od 19. stoljeća, kada je psihijatrija priznata kao zasebna medicinska grana, počinje njezino udaljavanje od religijskog pristupa u tretmanu duševnih bolesnika.[233] U 20. stoljeću, u psihijatriji se mijenja fokus interesa od dugotrajne skrbi pacijenata smještenih u bolnicama do efikasnih načina liječenja u čemu važnu ulogu imaju primjena psihoterapijskih, bioloških i socioterapeutskih metoda liječenja.[234] Psihijatar Dalibor Karlović smatra da, s obzirom na kontekst vremena i metode djelovanja, povijesni pregled razvoja psihijatrije treba promatrati u kontekstu vremena, a ne opisivati ih kao primitivne postupke i metode liječenja. Ovakav stav Karlović opravdava mišljenjem da su današnja razmišljanja psihijatara i djelovanja psihijatrijskih ustanova diktirani trenutačnim spoznajama i međusobnim odnosima. »Tumačiti kroz današnji stupanj znanstvenog i društvenog razvoja prijašnje psihijatrijske ili, da uopćim, medicinske koncepcije je potpuno promašeno.«[235]

[231] Usp. Slobodan LOGA, Duhovnost, medicina, psihijatrija, u: Miro JAKOVLJEVIĆ (ur.), *Duhovnost u suvremenoj medicini i psihijatriji. Dileme i izazovi*, Zagreb, 2010., 1-2.
[232] Usp. Vladimir HUDOLIN, *Psihijatrija*, 314.
[233] Termin *psihijatrija* prvi je put upotrijebio njemački liječnik Johann Christain Reil (1759.-1813.). Riječ *psiha* koja u doslovnom prijevodu znači duh, duša u korijenu je riječi psihijatrija. Stoga se psihijatrijske bolesti još nazivaju i duševne bolesti. Glede samog termina, važno je uputiti na sve nazive koji se koriste pri osvrtanju na psihički oboljele osobe. U tom kontekstu, Leutar i Buljevac navode: »Osobe s duševnim smetnjama nazivaju se i osobe s psihičkim bolestima, osobe s mentalnim poremećajima, osobe s mentalnim oštećenjima, osobe s mentalnim smetnjama, osobe s duševnim poremećajima, ili pak osobe s psihosocijalnim invaliditetom.« Osim spomenutih naziva, nerijetko se, prevođenjem s engleskog jezika, nailazi i na pojam osobe s mentalnim invaliditetom. Zdravka LEUTAR – Marko BULJEVAC, *Osobe s invaliditetom u društvu*, Zagreb, 2020., 95.
[234] Usp. Slobodan LOGA, Duhovnost, medicina, psihijatrija, 3.
[235] Dalibor KARLOVIĆ (ur.), *Psihijatrija*, 11.

2.3. Organizacija medicinske i druge skrbi za osobe s poteškoćama mentalnog zdravlja

Standard liječenja u Republici Hrvatskoj, u usporedbi s drugim zemljama, uglavnom se provodi u psihijatrijskim bolnicama. Osjeća se nedostatnost liječenja u bolnicama općeg tipa te još uvijek, praktički, nepostojanje psihijatrije u zajednici.[236] Ako se liječenje provodi tako da se u psihijatrijskim bolnicama nalazi većina krevetnog fonda, onda sukladno tome liječenje se pretežno provodi stacionarno, a u znatno manjem opsegu kroz parcijalnu/dnevnu bolnicu ili ambulantno. Strukturalne promjene u skrbi koje bi uključivale smanjene broja kreveta u velikim psihijatrijskim bolnicama i liječenje pretežito u psihijatrijskim odjelima u bolnicama općeg tipa od iznimne je važnosti za liječenje oboljelih. Takvo okružje ne samo da je povoljno za bolesnika glede smanjivanja stigmatizacije i resocijalizacije oboljelih osoba nego pruža bolju i kvalitetnu uslugu liječenja i skrbi.[237] Dakle, skrb za psihički oboljele osobe, u našoj domovini odvija se u zdravstvenim ustanovama i ustanovama socijalne skrbi koje na različite načine pridonose njihovoj integraciji u društvo i pomoći obiteljima.

2.3.1. Psihijatrijske ustanove

U Republici Hrvatskoj »organizacija zdravstvene skrbi s mentalnim poremećajima uključuje bolničku, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu i zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini u okviru zavoda za javno zdravstvo te u nekim sredinama u okviru domova zdravlja kao i privatnih psihijatrijskih ambulanti.«[238] Glede bolničkog liječenja, na 100 000 građana postoji oko 100 kreveta namijenjenih liječenju kroničnih i akutnih poremećaja mentalnog zdravlja. Iako ovi podaci nadilaze europski prosjek, osjeća se potreba za boljom organizacijom svih službi u svrhu učinkovitosti skrbi za mentalno zdravlje. Takve službe uključuju povezanost i suradnju različitih ustanova i pružanja usluga, pružanje pomoći u izvanbolničkom liječenju te smanjivanje vremenskog perioda bolničkog liječenja.

---

[236] Psihijatrija u zajednici ili komunalna psihijatrija uključuje otkrivanje, prevenciju, rani tretman i rehabilitaciju osoba na određenom području, a koje imaju emocionalne smetnje, smetnje u ponašanju ili pokazuju socijalna odstupanja. Cilj je ovako organizirane psihijatrije povezivanje postojećih ustanova na teritorijalnom principu zbog dostupnosti, kontinuiranosti i sveobuhvatnosti programa. Također, psihijatrija u zajednici nastoji u što većoj mjeri prebaciti terapijske postupke u izvanbolničke institucije. Usp. Miro JAKOVLJEVIĆ – Dražen BEGIĆ, Socijalna psihijatrija danas: izazovi i mogućnosti, u: *Socijalna psihijatrija*, 41 (2013.) 1, 17.

[237] Psihijatrijski odjeli organizirani su za kraći boravak bolesnika u cilju dijagnosticiranja i liječenja akutnih oboljenja. Budući da su povezani s drugim granama medicine (neurologija, interna medicina) mogu se nadopunjavati. Također, postoji dobra suradnja s raznim oblicima parcijalne hospitalizacije kao i patronažnom službom. Usp. Dalibor KARLOVIĆ (ur.), *Psihijatrija*, 10.

[238] Slađana ŠTRKALJ IVEZIĆ – Vlado JUKIĆ – Danijela ŠTIMAC GRBIĆ – Ivan ČELIĆ – Petrana BREČIĆ – Maja SILOBRČIĆ RADIĆ – Ante BAGARIĆ – Marko ĆURKOVIĆ, Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj, 183.

U kliničkim bolničkim centrima Zagreb *Sestre Milosrdnice*, Split, Rijeka i Osijek, bolnička skrb za osobe s duševnim smetnjama pruža se u Klinikama za psihijatriju.[239] Pored kliničkih bolničkih centara, odjeli za psihijatriju nalaze se u Kliničkoj bolnici Dubrava te u bolničkim ustanovama koje prema tipu ustanove pripadaju općim bolnicama, a to su: Bjelovar, Čakovec, Dubrovnik, Karlovac, Koprivnica, Našice, Nova Gradiška, Pakrac, Požega, Pula, Sisak, Slavonski Brod, Šibenik, Varaždin, Vinkovci, Virovitica, Vukovar i Zadar.[240] Osim navedenih u Republici Hrvatskoj, prema podacima Ministarstva zdravstva, postoji osam specijalnih bolnica koje skrbe za osobe s dijagnozom psihijatrijskih bolesti: Klinika za psihijatriju – Vrapče,[241] Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot" – Popovača, Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan" – Jankomir, Psihijatrijska bolnica „Sveti Rafael" – Strmac, Psihijatrijska bolnica Lopača, Psihijatrijska bolnica Rab, Psihijatrijska bolnica Ugljan i Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež – Zagreb.[242]

Istraživanja na području Republike Hrvatske pokazuju da mentalne bolesti, poglavito depresija,[243] s obzirom na trend rasta stopa hospitalizacije, predstavljaju sve veći problem. K tome shizofrenija, za razliku od depresije, zauzima prvo mjesto po broju dana provedenih u bolnici.[244] Razlog velikog broja dana provedenih u bolnici oboljelih od shizofrenije nazire se u činjenici nedostatka izvanbolničkog liječenja, rehabilitacije te smještaja u zajednici. Također,

---

[239] HRVATSKO PSIHIJATRIJSKO DRUŠTVO, Klinike za psihijatriju, u: http://www.psihijatrija.hr/site/?page_id=234 (4. II. 2021.).

[240] HRVATSKO PSIHIJATRIJSKO DRUŠTVO, *Odjeli psihijatrije u bolnicama*, u: http://www.psihijatrija.hr/site/?page_id=234 (4. II. 2021.).

[241] Psihijatrijska bolnica Vrapče dobiva 2011. status klinike i mijenja naziv u Klinika za psihijatriju Vrapče. Usp. HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO, Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj, 49., Zagreb, 2018., u: https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/39269/ (8. X. 2020.).

[242] REPUBLIKA HRVATSKA, Ministarstvo zdravstva, *Specijalne bolnice*, u: https://zdravlje.gov.hr/arhiva-80/ministarstvo-zdravlja/zdravstvene-ustanove-u-republici-hrvatskoj/specijalne-bolnice/666 (5. XII. 2020.).

[243] »Porast stopa hospitalizacije za depresiju upućuje na potrebu uspostave sustava ranijeg prepoznavanja bolesti čime bi se bolest mogla adekvatnije liječiti na razini primarne zdravstvene zaštite, odnosno vanbolničkih programa liječenja. Probir (*screening*) na depresiju jedan je od preporučenih preventivnih programa koji provode mnoge zemlje, kako u Europi tako i u svijetu. Stoga se nameće potreba za preventivnim djelovanjem i ranim otkrivanjem poremećaja. Za uspješnu provedbu probira za depresiju neophodno je koordinirano djelovanje svih dionika u sustavu zdravstva: liječnika obiteljske medicine, liječnika školske medicine, pedijatara, čija bi uloga bila u provedbi probira temeljem standardnih testova te sukladno protokolu, liječenje blažih oblika bolesti te usmjeravanje težih pacijenata psihijatrima na primarnoj razini zdravstvene zaštite i najtežih, u bolnički sustav, na liječenje u okviru dnevne bolnice ili stacionarni tretman, koji bi trebao biti rezerviran samo za najteže slučajeve u akutnoj fazi bolesti.« Slađana ŠTRKALJ IVEZIĆ – Vlado JUKIĆ – Danijela ŠTIMAC GRBIĆ – Ivan ČELIĆ – Petrana BREČIĆ – Maja SILOBRČIĆ RADIĆ – Ante BAGARIĆ – Marko ĆURKOVIĆ, Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj, 184.

[244] Iako je broj hospitalizacija povezanih s dijagnozama shizofrenije i drugih poremećaja sa psihozom u opadanju, što se opravdava učinkovitošću liječenja, shizofrenija zauzima prvo mjesto prema broju dana provedenih u bolnici što upućuje na neodgovarajuću skrb u zajednici. Za 2019. godinu broj korištenih dana bolničkog liječenja shizofrenije iznosio je 28,4% u ukupnom broju dana bolničkog liječenja mentalnih poremećaja. Usp. HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO, *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2019. godinu*, WEB izdanje, Zagreb, 2020., 277., u: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/02/Ljetopis_Yerabook_2019.pdf (15. III. 2021.).

»važno je navesti da zbog nepostojanja kućnog liječenja postoji veliki broj osoba koji su kod kuće u lošem stanju i odbijaju liječenje te im za sada sustav ne može pružiti primjerenu skrb.«[245] Imajući u vidu činjenicu da od spomenutih bolesti obolijevaju ljudi u mlađoj životnoj dobi, nameće se nužna potreba rada na kvaliteti života i radne sposobnosti.

2.3.2. Ustanove socijalne skrbi za osobe s mentalnim oštećenjem

Pored bolničke skrbi koja se pruža osobama kojima je dijagnosticirana psihička bolest, u Republici Hrvatskoj briga za psihički oboljele osobe pruža se u domovima socijalne skrbi za odrasle osobe s mentalnim oštećenjem (psihički bolesne odrasle osobe). Prema posljednjem godišnjem izvješću Ministarstva rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike,[246] u Republici Hrvatskoj za odrasle osobe s mentalnim oštećenjem (psihički bolesne odrasle osobe) skrbi 18 domova čiji je osnivač Republika Hrvatska.[247] Također, prema istom izvješću, još je 10 nedržavnih domova socijalne skrbi za odrasle osobe s mentalnim oštećenjem.[248] Problemi na koje nailaze psihički oboljele osobe trajno smještene u neku od socijalnih ustanova proizlaze iz negativnog odnosa javnosti prema oboljelim osobama zbog institucionaliziranog načina života osoba sa psihijatrijskom dijagnozom. Stalno prisutna stigmatizacija ima za posljedicu negativno obilježavanje, marginaliziranje pa i izbjegavanje osoba zbog bolesti.

2.3.3. Deinstitucionalizacija – humani pristup psihički oboljelim osobama

Slijedom navedenoga, najuobičajeniju metodu skrbi za psihički oboljele osobe u Republici Hrvatskoj predstavlja hospitalizacija u sustavu bolničke psihijatrije i stalni smještaj u ustanove socijalne skrbi. Liječenje u sustavu bolničke psihijatrije predstavlja najskuplji način liječenja, a ne daje uvijek i najbolje rezultate.[249] Alternativa ovakvom načinu skrbi za psihički

---

[245] Slađana ŠTRKALJ IVEZIĆ – Vlado JUKIĆ – Danijela ŠTIMAC GRBIĆ – Ivan ČELIĆ – Petrana BREČIĆ – Maja SILOBRČIĆ RADIĆ – Ante BAGARIĆ – Marko ĆURKOVIĆ, Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj, 184.

[246] Godišnje statističko izvješće o domovima i korisnicima socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj objavljeno je u kolovozu 2020., a prikupljeni podaci zaključeni su danom 31. prosinca 2019. godine. Usp. Republika Hrvatska, Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, *Godišnje statističko izvješće o domovima i korisnicima socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj u 2019. godini*, Zagreb, kolovoz 2020., u: https://mrosp.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/MDOMSP%20dokumenti/Godi%C5%A1nje%20statisticko%20izvjesce%20o%20domovima%20i%20korisnicima%20socijalne%20skrbi%202019..pdf (3. IV. 2021).

[247] Usp. *Isto*, 9-10.

[248] Usp. *Isto*, 19-20.

[249] Ovakav način liječenja apsorbira preko 90% svih sredstava izdvojenih za mentalno zdravlje. Na razini Europske unije predviđa se čak dvostruki rast u posrednim i neposrednim troškovima psihičkih poremećaja do 2030. godine, premašujući tako troškove kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa i karcinoma. Usp. Ema NIČEA GRUBER, Moguće intervencije u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju s ciljem inkluzije osoba s psihičkim poremećajima u društvo, u*: Ljetopis socijalnog rada*, 19 (2012) 1, 74.

oboljele osobe, koja bi smanjila ukupne troškove ali i podigla kvalitetu života, predstavlja proces deinstitucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi. S tim ciljem je 2010. godine Ministarstvo donijelo *Plan deinstitucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2011. do 2018. godine*.[250] Navedenim Planom određeni su ciljevi i aktivnosti na području socijalne skrbi sa svrhom smanjenja ulaska u institucije te povećanje izlaska iz institucija u nove oblike skrbi.[251] Radi daljnjeg unaprjeđenja i podizanja kvalitete života, Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku 2018. godine ocijenilo je potrebnim izraditi novi plan kao nadogradnju postojećem. Svrha *Plana deinstitucionalizacije, transformacije te prevencije institucionalizacije 2018.-2020. godine*[252] nastavak je procesa deinstitucionalizacije i transformacije osobito za korisničke skupine koje su započele proces, ali i širenje procesa na druge korisničke skupine s konačnim ciljem socijalnog uključivanja.

Izvaninstitucijski oblici smještaja, prema već spomenutim planovima, uključuju skrb u udomiteljskim obiteljima i obiteljskim domovima te stambenim zajednicama, odnosno organiziranim stanovanjem u zajednici. Može se reći da je organizirano stanovanje, kao proces deinstitucionalizacije, relativno novi oblik skrbi posebice na području Republike Hrvatske.[253] Primjenjiv je na psihički oboljele osobe jer uključuje važan aspekt rehabilitacije. Drugim riječima, temeljni model organiziranog stanovanja predstavlja model socijalnog uključivanja i osnaživanja osobe. U fokusu takvog modela predstavlja se snaga, a ne model nedostataka. Također, cilj je organiziranog stanovanja uključivanje psihički oboljelih osoba u društvenu

[250] VLADA REPUBLIKE HRVATSKE, MINISTARSTVO SOCIJALNE POLITIKE I MLADIH, *Plan deinstitucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2011. do 2016 (2018)*, u: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_03_36_829.html (13. VI. 2021.).

[251] Usp. Uvod, u: *Isto.*

[252] REPUBLIKA VLADE HRVATSKE, MINISTARSTVO ZA DEMOGRAFIJU, OBITELJ, MLADE I POLITIKU*, Plan deinstitucionalizacije, transformacije te prevencije institucionalizacije 2018. do 2020. godine*, u: https://mrosp.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/MDOMSP%20dokumenti/Plan%202018-2020.pdf (14. VI. 2021.).

[253] Proces deinstitucionalizacije započeo je nakon 2. svjetskog rata, kada pokreti za ljudska prava zahtijevaju uspostavljanje sustava podrške u zajednici stavljajući pritom naglasak na slobodu pojedinca. Prvi planovi deinstitucionalizacije u SAD-u započeli su u 60-tih, a u UK, 70-tih godina prošlog stoljeća. Tome su doprinijeli međunarodni dokumenti poput Deklaracije o pravima osoba s mentalnom retardacijom (1971.) i UN-ova Deklaracija o pravima osoba s invaliditetom (1975.). Nadalje, mediji, roditelji te osiguravatelji socijalnih usluga bili su pokretači deinstitucionalizacije 60-ih godina 20. stoljeća. Danas se, uglavnom, mjere socijalne politike orijentiraju na deinstitucionalizaciju te na razvijanje usluga podrške u zajednici. Kako u svijetu, tako i u Hrvatskoj deinstitucionalizacija postaje sastavni dio suvremenog funkcioniranja socijalne politike. Usp. Marko BULJEVAC, Institucionalizacija osoba s intelektualnim teškoćama: što nas je naučila povijest?, u: *Revija za socijalnu politiku*, 19 (2012.) 3, 265-266.

okolinu i ostvarivanje njihovih prava.[254] S medicinskog gledišta pokazatelj uspješne rehabilitacije osoba sa psihičkim smetnjama ne odnosi se samo na nestanak simptoma već omogućuje nastavak normalnog života te pokušaj da osoba sa psihičkim poremećajem, kao i svaka druga, pridonosi društvenom razvoju zajednice.[255] Sama ideja deinstitucionalizacije temelji se, dakle, na ostvarivanju rehabilitacije u okruženju kako bi osoba mogla nastaviti živjeti kao aktivni član zajednice. Ukratko, cilj je ovog modela osposobljavanje psihički oboljelih odraslih osoba za samostalan život.

Nerijetko se u javnosti psihički oboljele osobe prezentira kao drugorazredne građane koji ne doprinose općem dobru u ekonomskom smislu i dobrobiti države, a crpe društvene resurse. Ranjivosti i nepogodnosti kojima su izložene oboljele osobe najčešće rezultiraju čestim hospitalizacijama, a posljedično tome dovode do kronificiranja bolesti i institucionalizma.[256] Kada je riječ o težim oblicima bolesti, po završetku hospitalizacije psihički oboljele osobe nisu često u mogućnosti održati se izvan bolničkog liječenja. Budući da nailaze na neodgovarajuće prihvaćanje šire i uže okoline, brzo se vraćaju u bolnicu. Uža okolina, odnosno članovi obitelji teško se privikavaju na bolesnog člana te kad bolničko liječenje završi, osoba se smješta u instituciju jer bez podrške ne može funkcionirati. Posljedično, osobe za koje skrbi zajednica izolirane su iz okoline, nemaju mogućnost kontrole nad životima, a pojedinačne potrebe osobe zamijenjene su potrebama organizacije. Sve su to razlozi za postupak transformiranja načina pružanja usluga skrbi za psihički oboljele osobe. Provedba procesa deinstitucionalizacije kontinuiran je proces koji bi trebao osigurati poštivanje prava osobe sa psihičkim poteškoćama, minimalizirati rizik od štete i osigurati pozitivne rezultate za sve one koji su uključeni u sustav skrbi. Važno je napomenuti da potrebe liječenja i rehabilitacije kroničnih bolesnika oboljelih od psihotičnih poremećaja, koji se učestalo hospitaliziraju u psihijatrijskim ustanovama, razlikuju od ostalih bolesnika. Stoga je potrebno izvaninstitucijski oblik smještaja usmjeriti na korisnike kojima nije potreba intenzivna skrb.[257]

Zaključno, u Republici Hrvatskoj postoji skrb za mentalno zdravlje aktualizirana kroz različite programe bolničkog liječenja u obliku dnevnih bolnica i psihijatrijskih ambulanti. No ipak, nedostaje cijeli niz usluga u zajednici i povezanost između različitih razina i programa

[254] S ciljem većeg angažmana za zaštitu i unaprjeđenje osoba s duševnim smetnjama, u Hrvatskoj se od 2012. obilježava Dan prava osoba s duševnim smetnjama. Usp. Vlado JUKIĆ, Dan prava osoba s duševnim smetnjama u Republici Hrvatskoj, u: *Socijalna psihijatrija*, 45 (2017.) 4, 285-309.
[255] Usp. Ema NIČEA GRUBER, Utjecaj radnog statusa, stupnja obrazovanja i socijalnog kontakta na samoosnaživanje osobe s psihičkim poremećajima, u: *Sigurnost: časopis za sigurnost u radnoj i životnoj okolini*, 54 (2012.) 4, 351.
[256] Usp. Ema NIČEA GRUBER, Moguće intervencije u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju s ciljem inkluzije osoba s psihičkim poremećajima u društvo, 76.
[257] Usp. *Isto.*

skrbi koji će svakodnevno doprinositi kvaliteti života psihički oboljelih osoba. Zbog toga postojeća skrb za mentalno zdravlje odstupa od preporuka akcijskog plana Svjetske zdravstvene organizacije.[258]

2.4. Kvaliteta života osoba koje boluju od psihičke bolesti

U medicini i zdravstvenoj zaštiti sve se češće koristi samoprocjena kvalitete života s ciljem određivanja ishoda i mjera uspješnosti liječenja.[259] Neosporno je da normalni životni uvjeti pomažu ljudima održavanje subjektivne kvalitete života unutar određenog normativnog raspona koji je za njih prilagodljiv i funkcionalan. Iako koncept kvalitete života ima jednake komponente za sve ljude te sadrži objektivnu i subjektivnu komponentu,[260] pod negativnim utjecajima, vanjskim ili unutrašnjim, u životu i funkcioniranju pojedinca dolazi do pada kvalitete života. Drugim riječima, »kvaliteta života povećava se samoodređenjem, izvorima, svrhom života i osjećajem pripadanja.«[261] Bolest je jedan od glavnih čimbenika koji negativno utječe na život pojedinca.[262] Također, istraživanja pokazuju snažnu povezanost psihijatrijskih bolesti i kvalitete života što sugerira da je psihičko zdravlje jedan od najvažnijih aspekata kvalitete života tijekom životnog vijeka.[263]

Na temelju velikog broja istraživanja koja su se bavila različitim aspektima kvalitete života, Markanović i Jokić-Begić došle su do spoznaja koje su strukturirale u nekoliko cjelina.[264] Budući da sve te spoznaje prelaze okvire rada, u nastavku slijedimo dobivene spoznaje u onim okvirima u kojima se dotiču naše teme. To se ponajprije odnosi na kvalitetu života oboljelih osoba od depresije i shizofrenije. Također, u kontekstu skrbi za psihički

---

[258] World Health Organization, Mental health, *Comprehensive mental health action plan 2013-2020-2030*, u: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/ (5. VI. 2021.).

[259] Gorka VULETIĆ – Davor IVANKOVIĆ – Melanie DAVERN, Kvaliteta života u odnosu na zdravlje i bolest, u: Gorka VULETIĆ (ur.), *Kvaliteta života i zdravlje*, Osijek, 2011., 120.

[260] »Objektivne mjere su normativni pokazatelji stvarnosti dok se subjektivnim mjerama ukazuje na rizike pojedinaca u opažanju i doživljavanju stvarnih uvjeta života.« Gorka VULETIĆ – RoseAnne MISAJON, Subjektivna kvaliteta života, u: Gorka VULETIĆ (ur.), *Kvaliteta života i zdravlje*, 10.

[261] Ivan BANDIĆ – Magdalena BRIGIĆ – Zdravka LEUTAR, Kvaliteta života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja, *Mostariensia*, 24 (2020.) 1, 91.

[262] Utjecaj bolesti na kvalitetu života je multidimenzionalan jer bolest ne samo da narušava ravnotežu fizičke sposobnosti i funkcioniranja nego prisutni učinci u bolesti utječu na radnu sposobnost osobe, dovode do potencijalne izolacije, povećanja ovisnosti o drugima i dr. Svi oni, najčešće, dovode i do promjene u psihičkom stanju pojedinca te se može javiti depresija, anksioznost, osjećaj bespomoćnosti, smanjeno pouzdanje i osjećaj nedostatka kontrole.

[263] Usp. Nataša JOKIĆ-BEGIĆ – Meri TADINAC – Ivana HROMATKO – Anita LAURI KORAJLIJA, The subjective quality of life (SQOL) in gastroenterological patiens. *Psychological Topics*, 16 (2007.) 2, 259-274.

[264] Rezultate istraživanja autorice su strukturirale u sljedeće cjeline: usporedba kvalitete života tjelesno oboljelih, psihički bolesnih i zdravih osoba; učinak komorbiditeta i dugotrajne hospitalizacije na kvalitetu života te utjecaj stigmatizacije psihičke bolesti na kvalitetu života. Usp. Dragana MARKANOVIĆ – Nataša JOKIĆ-BEGIĆ, Kvaliteta života psihički bolesnih osoba, u: Gorka VULETIĆ (ur.), *Kvaliteta života i zdravlje*, 126-157.

oboljele osobe, važno je staviti naglasak na učinak koji ostavlja dugotrajna hospitalizacija i utjecaj stigmatizacije na kvalitetu života psihički oboljelih odraslih osoba. Cilj mnogih znanstvenih istraživanja glede kvalitete života psihički oboljelih osoba bila je kvaliteta života pacijenata koji pate od depresivnog poremećaja i shizofrenije. Emocionalni i kognitivni deficit kao posljedica shizofrenije socijalno izolira bolesnika. Istodobno, shizofrenija ne narušava samo kvalitetu života pojedinca nego i kvalitetu života obitelji.

Na temelju istraživanja, Markanović i Jokić-Begić navode da je kvaliteta života u pacijenata s depresijom osobito niska.[265] Tome doprinose oštećenja koja su u odnosu na osobe s drugim mentalnim, ali i kroničnim tjelesnim oboljenjima značajno veća. »Ozbiljno narušenu kvalitetu života ima 63% pacijenata s velikim depresivnim poremećajem, a kada se bolest kronificira, takvih je pacijenata čak 85%. Distimija također može teško oštetiti kvalitetu života; među osobama s tim poremećajem 56% je onih čija je kvaliteta života izrazito niska.«[266] Ukoliko je prisutno više simptoma depresije, kvaliteta se života znatno snižava.[267]

Nadalje, zadovoljstvo životom depresivnih osoba niže je ukoliko je prisutan veći broj komorbidnih poremećaja, osobito prisutnost anksioznog poremećaja. Deficit u kvaliteti života depresivnih pacijenata jednim dijelom može se pripisati sniženom raspoloženju, a stupanj redukcije kvalitete života proporcionalan je težini depresivne simptomatike. Premda i drugi čimbenici imaju ulogu u određivanju kvalitete života depresivnih osoba, jedino se simptomima posvećuje istraživačka pažnja. Tako su npr. za određivanje kvalitete života često ispitivani psihosocijalni faktori u skupini shizofrenih pacijenta, dok su u studijama kvalitete života depresivnih osoba uglavnom zanemareni.[268]

Na kvalitetu života depresivnih osoba utječu i neke varijable ličnosti. Osobe koje neprestano razmišljaju o simptomima i njihovim mogućim izrazima i posljedicama imaju lošiju kvalitetu života nego one koje se bore s bolešću na način da se uključuju u različite aktivnosti. U tom kontekstu i samopoštovanje ima važnu ulogu. Ukoliko je, kod depresivnih pojedinaca, samopoštovanje dobro, tada ono može pridonositi subjektivnoj kvaliteti života. Također, socijalna podrška je nezaobilazan čimbenik koji ostavlja traga na kvalitetu života. U kvaliteti života koja se postiže različitim akcijama i pristupima primjene odgovarajućih lijekova, najznačajniju ulogu ima podrška obitelji i okoline. Podrška članova obitelji kao i partnera mogu biti nezamjenjiva potpora u kriznim razdobljima, a to onda uvelike pridonosi kvaliteti života.

[265] Usp. *Isto*, 140.
[266] *Isto.*
[267] Usp. *Isto*, 141.
[268] *Isto*, 142.

Drugim riječima, za razumijevanje subjektivne kvalitete života depresivnih pacijenata važne su različite psihosocijalne varijable što ukazuje da na kvalitetu života depresivnih pacijenata utječe međuodnos većeg broja važnih čimbenika. Dakle, postoje različiti aspekti kvalitete života osoba sa psihičkim smetnjama. Stoga je važno, za pristup psihički oboljelim osobama, imati u vidu da psihički poremećaji u značajnoj mjeri narušavaju kako međuljudske tako i profesionalne odnose.

2.4.1. Učinak dugotrajne hospitalizacije

Glede subjektivne kvalitete života, kod dugotrajno hospitaliziranih bolesnika, može se reći da je kvaliteta života povezana s osobnim potrebama pojedinca. Stoga hospitalizirane osobe pri definiranju subjektivne kvalitete života smatraju važnima osnovne egzistencijalne potrebe kao što su: dostupnost hrane i pića, osobnu sigurnost, uvjete življenja i socijalne kontakte. Hospitalizacija rađa nezadovoljstvo zbog dugotrajnog boravka u ustanovi što se osobito odražava u negativnom kontekstu na nedostatak dubljih kontakta s drugim ljudima te osjećaj osamljenosti. Iako je današnji društveni kontekst obilježen i unaprijeđen mnogostrukim oblicima komunikacije, odnosi među ljudima mijenjaju svoje oblik. Stil života uvjetovan sve bržim promjenama stvara komunikaciju koja postaje sve manje licem u lice, a sve više posredovanjem različitih elektroničkih sredstava i novim tehnološkim dostignućima. Iako je u kvantitativnom smislu komunikacije sve više, osobna komunikacija čovjeka s čovjekom sve se manje ostvaruje. S jedne strane, promjene u komunikaciji prigoda su i mogućnost dugotrajno hospitaliziranim osobama za unapređenje osobne uključenosti u socijalno-društveno okruženje, dok s druge strane, promjene u komunikaciji utječu negativno na kvalitetu života što upućuje na važnost interpersonalne komunikacije u poboljšanju kvalitete života psihički oboljelih osoba. Pritom se, prema istraživanjima, naglasak stavlja na dobar odnos i suradno partnerstvo sa stručnim osobljem. Naime, osobe koje rade s tim pacijentima nisu često ni svjesne uloge koju njihov odnos ostavlja na hospitalizirane osobe, a osobito u socijalnoj interakciji. Drugim riječima, izgradnja kvalitetnog, empatičnog i dugotrajnog odnosa između zdravstvenih profesionalaca i bolesnika pridonosi kvaliteti života hospitaliziranih osoba.[269] Komunikacija, dakle, zauzima važno mjesto u životu i liječenju psihički oboljelih osobama te na taj način doprinosi boljoj kvaliteti njihova života.

[269] Usp. *Isto*, 130.

2.4.2. Stigmatizacija psihički oboljelih osoba

Osim učinka dugotrajne hospitalizacije na kvalitetu života, drugi važan čimbenik koji pridonosi pogoršanju kvalitete života predstavlja stigmatizacija koju doživljavaju psihički oboljele osobe na svim razinama.[270] Riječ *stigma* grčkog je porijekla i označava znak, obilježje, naglašavanje, isticanje.[271] Pojam stigmatizacija u medicini se, uz infektivne i dermatološke, veže najviše uz psihičke bolesti te označava društvene poglede i odnos prema ljudima koji su na neki način drugačiji.[272] Stigmatizirane osobe oni su članovi društva o kojima društvena stvarnost ima negativne stavove i vjerovanja, a negativni stavovi javnosti pogodni su za stvaranje neugodnog životnog ambijenta. Tome doprinosi percepcija javnosti koja je često povezana s odgovornošću oboljelih, odnosno shvaćanje prema kojem je oboljela osoba sama odgovorna za svoju bolest. Nadalje, istraživanja pokazuju da su sve psihički oboljele osobe, bez obzira na dijagnozu, stigmatizirane.[273] Ipak, način stigmatizacije razlikuje se u odnosu na različite psihičke bolesti. Ovisnici o drogama, ovisnici o alkoholu i oboljeli od shizofrenije najugroženija su stigmatizirana skupina. Najmanje stigmatizacije uočeno je u odnosu prema oboljelima od anksioznih poremećaja i depresije.[274] Stigma predstavlja znak srama i marginaliziranja psihički bolesnih osoba, vodi k odbacivanju, diskriminaciji i patnji. Drugim riječima, stigma povezana sa sramom, slabošću i krivnjom, dovodi do socijalne izolacije.[275] Javna stigma duboko je ukorijenjena u negativnim stavovima prema psihički oboljelim osobama.[276]

---

[270] Zaključci Markanović i Jokić-Begić na temelju svjetskih istraživanja donose da osobe sa psihičkim poremećajem, u usporedbi sa zdravim osobama, imaju znatno lošiju kvalitetu života. K tome, osobe koje su percipirale stigmu u usporedbi s onima koji je nisu percipirali, izvještavaju o nižoj kvaliteti života, koja je većinom izražena radnim i socijalnim ograničenjima. Usp. *Isto*, 130-131.

[271] U antičkoj Grčkoj stigma je označavala užarenim metalom utisnuti znak, pečat rezerviran za robove, izdajnike ili kriminalce kako bi ih se vidljivo označilo kao osramoćene ili niže vrijedne osobe. Također, ovim pojmom su se označavale rane zadobivene u vojnoj službi. Suprotnost tumačenja pojma stigme nalazimo u kršćanstvu. Iz perspektive kršćanske vjere, stigma se ne veže uz negativnu konotaciju. Tako je u ranom kršćanskom razdoblju stigma dobila pozitivnu konotaciju, povezanu s Kristovim ranama, koja se zadržala do danas.

[272] U kršćanstvu se stigmatizacija odnosi na popratni fenomen mističkih doživljaja, relativno čest fenomen pojave rana kod mistika i mističarki koje odgovaraju Isusovim ranama, a nisu izvedene namjerno ili s ciljem prevare. Slični fenomeni zapaženi su na parapsihološkom temelju te stoga stigmatizacija ne mora nužno značiti pravo čudo. Ipak, gdje je stigmatizacija izraz i tjelesna posljedica mistične ljubavi prema Kristovu križu, može se promatrati s religioznim poštovanjem. Usp. Karl RAHNER – Herbert VORGRIMLER (ur.), Stigmatizacija, u: *Teološki rječnik*, Đakovo, ^{3}2009., 555.

[273] Usp. Slađana ŠTRKALJ-IVEZIĆ, *Život bez stigme psihičke bolesti*, Zagreb, 2016., 11-12.

[274] Usp. Patrick W. CORRIGAN – David L. PENN, Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma, u: *American Psychologist*, 54 (1999.) 9, 765-776.

[275] Usp. Slađana ŠTRKALJ-IVEZIĆ, *Život bez stigme psihičke bolesti*, 14.

[276] Javna stigma može se razumjeti kao kombinacija problema neznanja, predrasuda i diskriminacije. Dakle, kod stigme se javlja negativno etiketiranje osobe temeljeno na krivim informacijama i neznanju. Zasnovana na krivim stavovima i vjerovanju, stigma čini nepravdu prema osobama koje su stigmatizirane i koči društvo u cjelini da bolje upozna osobe ili situacije koje se stigmatiziraju. U tom smislu, stigmatizacija ne samo da izravno smanjuje životni uspjeh i utječe na kvalitetu života nego generira i opravdava diskriminacijske prakse među određenim

Stigma i diskriminacija mogu se odvijati na individualnoj razini, na razini interpersonalnih odnosa te na društvenoj razini. Stručnjaci upozoravaju na razliku između socijalne, strukturalne i internalizirane stigme. »Socijalna stigma odnosi se na stavove i reakcije koje ima velika skupina ljudi – društvo. Strukturalna stigma, još se naziva i institucionalna, postoji na sustavnoj razini, a odnosi se na uspostavljena pravila, politike ili procedure privatnog i javnog sektora koji su u poziciji moći da limitiraju prava i mogućnosti oboljelima od mentalnog poremećaja, što dovodi do ozakonjenja stigmatizirajuće prakse i pogoduje socijalnoj isključenosti. Internalizirana stigma odnosi se na slaganje sa stereotipima stigmatizirane grupe.«[277] Uz stereotipe koji proizlaze iz neinformiranosti, odnosno neznanja, stigma može »putem anticipirane i stvarne diskriminacije te njezine internalizacije voditi k smanjenom životnom zadovoljstvu i samopoštovanju, povećanom korištenju alkohola, depresiji i suicidalnosti.«[278]

U ovakvom specifičnom značenju stigme i u okviru govora o stigmatizaciji neizostavno je, dakle, promišljanje o osobnoj stigmi i socijalnoj samoučinkovitosti[279] što uvelike utječe na kvalitetu života psihički oboljelih osoba. Dok na društvenoj razini stigma dovodi do socijalne izolacije i isključivanja, na individualnoj razini stigma je povezana sa sniženim samopoštovanjem. Drugim riječima, stigma negativno djeluje na sve aspekte života psihički oboljelih osoba.[280]

2.4.2.1.Samostigmatizacija i metode prevencije samostigmatizacije

Budući da stigmatizacija ima znatan utjecaj i štetne posljedice za psihički oboljele osobe, posljednjih se godina fokus istraživanja premješta sa stigme javnosti na reakcije pojedinaca koji se suočavaju sa stigmatizacijom, a s ciljem prevencije stigme i njezinih negativnih učinaka.[281] Tako se govor o stigmatizaciji premješta na promišljanje o individualnoj

društvenim skupinama. Stoga se stigma i diskriminacija smatraju jednim od najvećih društvenih problema kada je riječ o promoviranju mentalnog zdravlja kao i traženju stručne pomoći. Usp. Lana BOJANIĆ – Ivan GORSKI – Josip RAZUM, Zašto studenti ne traže pomoć? Barijere u traženju stručne pomoći kod studenata s psihičkim smetnjama, u: *Socijalna psihijatrija,* 44 (2016.) 4, 332-334.

[277] Slađana ŠTRKALJ-IVEZIĆ, *Život bez stigme psihičke bolesti*, Zagreb, 17.

[278] Martina BARBIŠ, *Psihijatrijska hospitalizacija. Poštivanje etičkih načela i stigmatizacija,* Zagreb, ožujak 2019., 13.

[279] Usp. Karolina HORVAT – Slađana ŠTRKALJ-IVEZIĆ, Povezanost osobne stigme i socijalne samoefikasnosti s dijagnozom shizofrenije, u: *Socijalna psihijatrija*, 43 (2015.) 3, 121-128.

[280] Usp. Slađana ŠTRKALJ-IVEZIĆ, *Život bez stigme psihičke bolesti*, 20-21.

[281] Usp. Gabriel GERLINGER – Marta HAUSER – Marc De HERT, Kethleen LACLUYSE – Martien WAMPERS – Christoph U CORRELL, *Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions*, u: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3683268/ (27. IV. 2021.).

reakciji pojedinca, odnosno na samostigmatizaciju ili internaliziranu stigmu.[282] Samostigmatizacija relativno je recentan konstrukt, a sam koncept internalizirane stigme ključan je u razumijevanju psiholoških oštećenja koje uzrokuje stigma.[283] Samostigmatizacija predstavlja psihološki utjecaj društvene stigme na osobu sa psihičkim bolestima. Pod utjecajem negativnih stavova društva, osoba koja je dobila psihijatrijsku dijagnozu vremenom usvaja nametnutu stigmu i integrira negativna obilježja u svoj identitet. Prihvaćanjem stavova društva o psihički bolesnim osobama kao manje vrijednima, oboljela osoba mijenja svoj dosadašnji identitet te prihvaćanjem stigmatizirane slike o sebi, počinje sebe doživljavati kao manje vrijednom, nekompetentnom i opasnom.[284] Može se reći da se ovaj proces »dijelom odvija na svjesnoj, a većim dijelom na nesvjesnoj razini, a naravno nije jednoznačan niti istovjetan kod svih na koje se neka stigma odnosi. Tako je moguća i potpuno obrnuta situacija, odnosno pojava kada suočavanje sa stigmom dovodi do pojave osnaživanja prkosa ili ljutnje.«[285]

Ako se uzme u obzir da proces samotigmatizacije uključuje percepciju diskriminacije psihički bolesnih osoba odnosno svijest o postojanju stereotipa, dolazi se do zaključka da je percepcija diskriminacije tek u začetku samostigamtizirajućeg procesa. Svijest da postoji diskriminacija ne mora nužno biti povezana s demoralizacijom što znači da se samostigma razlikuje od percipirane stigme, odnosno o postojanju stereotipa. Drugim riječima, »percepcija diskriminacije je važna, ali ne i dovoljna komponenta inernalizacije stigme jer je, osim uočavanja postojanja diskriminacije, za internalizaciju stigme potrebno i slaganje sa stereotipima (legitimitet oznake) te primjena oznake na samog sebe.«[286]

Prema istraživanjima čak trećina oboljelih osoba pokazuje znakove samostigmatizacije.[287] Također, istraživanja donose podatke koji pokazuju da uzroci internalizacije stigme ovise o okruženju i socijalnoj podršci ali i o individualnim

[282] Usp. Karolina HORVAT – Slađana ŠTRKALJ-IVEZIĆ, Povezanost osobne stigme i socijalne samoefikasnosti s dijagnozom shizofrenije, 121.
[283] Usp. Roland VAUTH – Birgit KLEIM – Markus WIRTZ – Patrick W. CORRIGAN, Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia, u: *Psychiatry Research*, 150 (2007.) 1, 71-80.
[284] Karolina HORVAT – Slađana ŠTRKALJ-IVEZIĆ, Povezanost osobne stigme i socijalne samoefikasnosti s dijagnozom shizofrenije, 121-122.
[285] Domagoj VIDOVIĆ, *Povezanost samostigme i uvida u bolest s depresivnošću i suicidalnošću u oboljelih od shizofrenije*, Disertacija, Sveučilište u Zagrebu – Medicinski fakultet, Zagreb, 2016., 30.
[286] Karolina HORVAT – Slađana ŠTRKALJ-IVEZIĆ, Povezanost osobne stigme i socijalne samoefikasnosti s dijagnozom shizofrenije, 122.; također, usp. Patrick W. CORRIGAN – Amy C. WATSON – Leah BARR, The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy, u: *Journal of Social and Clinical Psychology,* 25 (2006.) 8, 875.
[287] Usp. Karolina HORVAT – Slađana ŠTRKALJ-IVEZIĆ, Povezanost osobne stigme i socijalne samoefikasnosti s dijagnozom shizofrenije, 122.; također, usp. Elaine BROHAN – Dolores GAUCI – Norman SARTORIUS – Graham THORNICROFT - GAMIAN-Europe Study Group, Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study, u: *Journal of Affective Disorders*, 129 (2011.) 1-3, 56-63.

karakteristikama oboljele osobe.[288] Visoka razina samostigmatizacije veže se uz nižu razinu samopoštovanja, povezana je sa smanjenom razinom nade i slabijim socijalnim funkcioniranjem. S jedne strane, istraživanja koja su se bavila povezanošću samostigmatizacije osoba oboljelih od psihičkih poremećaja te sociodemografskih, psihosocijalnih i psihijatrijskih obilježja, nisu potvrdila da su sociodemografska obilježja (spol, dob, edukacija, zaposlenje i sl.) značajno povezana sa samostigmom.[289] S druge strane, što se tiče izraženosti pozitivnih simptoma, simptoma depresije i opće psihopatologije, u većini istraživanja uočena je pozitivna korelacija sa stigmatizacijom te negativna i namjerna korelacija internalizirane stigme i ustrajnosti liječenja. Također, veća razina samostigmatizacije praćena je pripisivanjem osobne odgovornosti za bolest te s porastom iznalaženja izbjegavajućih strategija suočavanja sa stvarnošću te socijalnim povlačenjem.[290]

2.4.2.2. Strategije za prevladavanje stigme

Uska povezanost internalizirane stigme s kvalitetom života očituje se u unutarnjem subjektivnom doživljaju stigme. Samostigma mijenja životne navike i utječe na uobičajeni način života, smanjuje samopoštovanje i osjećaj vlastite vrijednosti te osoba percipira samu sebe kao socijalno nepoželjnu.[291] Slijedom navedenoga postaje jasna nužnost pronalaženja strategije za prevladavanje stigme koja zahtijeva učinkovite procese na više razina i koji će biti u interakciji. Pritom je važno razlikovati programe usmjerene na osvješćivanje društva i provođenje akcija na razini društva koji, kako to ističe Štrkalj-Ivezić, »pomažu oboljelima da preveniraju samostigmatizaciju te da se bolje nose sa stigmatizacijom i diskriminacijom društva kako bi se mogli bolje nositi s nizom nepravednih konkretnih situacija te s anticipacijom stigmatizacije i diskriminacije.«[292] Potrebno je, dakle, poduzeti mnoštvo sustavnih koraka koji će na svim razinama društvenog djelovanja, počevši od obitelji i prijatelja, radnog mjesta, lokalne zajednice a onda i državnih institucija osigurati potrebne mjere za prevladavanje stigme. Drugim riječima, kako bi se osigurali pomaci u ostvarivanju zadovoljnijeg i kvalitetnijeg života

[288] Usp. Mona EKLUND – Martin BÄCKSTRÖM, The role of perceived control for the perception of health by patients with persistent mental illness, u: *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13 (2006.) 4, 249-256.
[289] Usp. James D. LIVINGSTON – Jennifer E. BOYD, Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis, u: *Social Science & Medicine*, 71 (2010.) 12, 2150-2161.
[290] Usp. Elaine BROHAN – Dolores GAUCI – Norman SARTORIUS – Graham THORNICROFT – GAMIAN – *Europe Study Group, Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study*, 56-63.
[291] Usp. Lana BOJANIĆ – Ivan GORSKI – Josip RAZUM, Zašto studenti ne traže pomoć? Barijere u traženju stručne pomoći kod studenata s psihičkim smetnjama, 332.
[292] Slađana ŠTRKALJ-IVEZIĆ, *Život bez stigme psihičke bolesti*, 33.

psihički oboljelih osoba potrebna je borba protiv stigme na svim društvenim razinama. Stoga je zadaća stručnjaka, udruga pacijenata, institucija, društva kao cjeline, integrirano djelovati kako bi se postigao bolji rezultat u odbacivanju predrasuda i diskriminacije te pridonijelo boljoj brizi za mentalno zdravlje, odnosno boljoj kvaliteti života osoba narušenog mentalnog zdravlja.

Na razini Svjetske zdravstvene organizacije prepoznavanje problema vezanih uz stigmu rezultirao je aktualizacijom programa borbe protiv stigme shizofrenije koji uključuje preporuke za provođenje nacionalnih programa u borbi protiv stigme. Na temelju tog iskustva, SZO preporučuje provođenje određenih sastavnica programa u borbi protiv stigme.[293] Među najznačajnijim sastavnicama ističe se potreba kontinuiranosti kako programi ne bi postali kampanjski jer se pokazalo da se rezultati, postignuti kampanjom, vrlo brzo gube nakon kampanje. Nadalje, da bi provođeni program imao uspjeha, on mora biti podržavan u sredini u kojoj se provodi. Također, svrha je programa da bude povezan s konkretnim problemima s kojima se susreću oboljeli i njihove obitelji, odnosno da se odvija na temelju prioriteta koje oboljeli i njihovi članovi obitelji uočavaju kao probleme. Uz ove preporuke, SZO navodi da program treba biti timskog tipa koji se ne odnosi samo na zdravstvene službe nego i na aktivno sudjelovanje oboljelih osoba i njihovih obitelji, koji uključuje instrumente za evaluaciju te provodi na nacionalnoj razini.[294] Navedene preporuke, smatra Štrkalj-Ivezić, mogle bi se »u Hrvatskoj koristiti kao smjernice u izradi hrvatskoga nacionalnog programa borbe protiv stigme.«[295]

Glede hrvatske stvarnosti, na temelju dokumenata i provedenih istraživanja, u iznalaženju strategija za prevladavanje stigme treba imati u vidu nekoliko ključnih značajki. Nacionalni program protiv stigme mentalne bolesti trebao bi obuhvatiti ponajprije stručnjake koji sudjeluju u liječenju mentalnih poremećaja, zatim medije, pacijente i njihove obitelji. Pritom ne bi trebala biti zanemarena edukacija pučanstva u cjelini.[296] Istraživanja u Hrvatskoj potvrdila su poznate stereotipe dokazane mnogim svjetskim istraživanjima a oni su najčešće vezani uz neznanje javnosti te iskrivljeni doživljaj samoga sebe u psihički oboljelih osoba,

[293] Preporuke SZO vezane uz iskustvo programa borbe protiv stigme shizofrenija, navodimo prema Štrkalj-Ivezić. Usp. Slađana ŠTRKALJ-IVEZIĆ, *Život bez stigme psihičke bolesti*, 33-34.
[294] Usp. *Isto*.
[295] *Isto*, 34.
[296] Usp. Slađana ŠTRKALJ-IVEZIĆ i sur., Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, u: *Liječnički vjesnik*, 132 (2010) 1-3, 40.

osobito u oboljelih od shizofrenije.[297] Slijedom navedenoga, na sociokulturalnoj razini[298] jedan od preduvjeta za iznalaženje i razvoj strategija za prevladavanje stigme jesu zakonske promjene koje će dati doprinos u ograničavanju diskriminacije odnosno onemogućavanje i prepoznavanje diskriminacije u onim segmentima društva u kojima se ona dešava. Cilj se takvih zakonskih promjena ponajprije odnosi se na propise koji nalažu nediskriminaciju prilikom zapošljavanja.[299]

Drugi aspekt koji ima veliki utjecaj na diskriminirajuće stavove populacije prema psihičkim dijagnozama odnosi se na javne medije. Mediji snažno utječu na stavove opće populacije te imaju moć učvršćivanja stereotipnih predodžbi o psihički oboljelim osobama.[300] Važno je putem medijskih poruka povećati znanje, ukazivati na promjene stavova i ponašanja u cilju smanjenja stigme, ponajprije na razini pojedinca a onda i društva u cjelini. Stoga je u borbi protiv stigme potrebno suradnjom s medijima osvijestiti kako incidentne situacije koje počini osoba sa psihičkom bolesti ne treba prikazivati senzacionalistički ili ih generalizirati na cijelu skupinu oboljelih. Također, mediji su moćno sredstvo koje može doprinijeti destigmatizaciji na način da prenose životne priče oboljelih pritom naglašavajući u prvom planu osobu a ne dijagnozu.[301]

Iz navedenoga je vidljivo da stigma vjerno prati psihički oboljele osobe i da predstavlja jedan od najvažnijih problema u području psihičkog zdravlja. Iskustvo pokazuje da je stigma

---

[297] U sklopu paneuropskog projekta „GAMIAN-Europe", organizacije pod nazivom GAMIAN STIGMA SURVEY u osoba koje boluju od psihičkih poremećaja, Ema Ničea Gruber u svrhu izrade doktorske disertacije provela je istraživanje u sedam europskih zemalja, uključujući i Hrvatsku. Istraživanje je bilo usmjereno na tri područja vezana uz problem stigme. Područja su obuhvaćala samostigmatizaciju, odnosno razinu prihvaćanja društvenih predrasuda i stvaranje stavova koje oboljele osobe od psihičkih poremećaja imaju prema samima sebi, percepciju socijalnog obezvrjeđivanja i diskriminacije te razinu procjene osnaženosti, sposobnosti oboljele osobe kontrolirati svoj vlastiti život i svoju ulogu u društvu. Usp. Ema Ničea GRUBER, *Kroskulturalna analiza posljedica društvene stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajima*, Popovača, 2011.; također, vidi: Igor FILIPČIĆ i sur., Attitudes of Medical Staff Towards the Psychiatric Label »Schizophrenic Patient« Tested by an Anti-Stigma Questionnaire, u: *Collegium Antropologicum*, 27 (2003.) 1, 301-307.; Ema Ničea GRUBER i sur., Group psychotherapy for parents of patients with schizophrenia, *International Journal of Social Psychiatry*, 52 (2006.) 6, 487-500.

[298] »Sociokulturalna perspektiva jest stajalište koje se usredotočuje na ulogu spola, kulture, nacionalnosti, socioekonomskog statusa u oblikovanju ličnosti, ponašanja i mentalnih procesa.« Ema NIČEA GRUBER, *Kroskulturalna analiza posljedica društvene stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajima*, 31.

[299] Usp. Martina BARBIŠ, *Psihijatrijska hospitalizacija. Poštivanje etičkih načela i stigmatizacija*, 20-21.

[300] Smatra se da televizija, kao medij, prezentira najveći broj tema o nasilju povezanim sa psihičkom bolesti te najčešće podražava stigmu opasnosti. Također, prema istraživanjima, tiskani mediji u čak jednoj trećini članaka povezuju agresivno, nasilno ponašanje s duševnim smetnjama. Stoga bi zakonske uredbe, glede medijskih izvještaja, trebale poticati uredbe koje nalažu pozitivne poruke. Iako je rijetkost da se u medijima prikazuju pozitivna svjedočanstva i dobre strane života sa psihičkim poremećajem, ne izostaju pozitivni primjeri poput intervjua u tiskanim medijima ili prikaza života sa psihičkim poremećajima u dokumentarnim emisijama. Cilj je takvih poruka smanjenje negativnih stavova o psihičkoj bolesti te unaprjeđivanje medijskog prikaza života psihički oboljelih osoba. Usp. Tea VUKUŠIĆ RUKAVINA – Martina ROJNIĆ KUZMAN – Ognjen BRBOROVIĆ – Nikolina JOVANOVIĆ, Prikaz duševnih smetnji u tiskanim medijima u Hrvatskoj, *Socijalna psihijatrija*, 38 (2010.) 1, 14-21.

[301] Usp. Slađana ŠTRKALJ-IVEZIĆ, *Život bez stigme psihičke bolesti*, 13.

otporna i postojana u svim društvenim segmentima te da je stigmatizacija teško iskorjenjiva. Nadalje, stigma psihičke bolesti vrlo je složen fenomen koji zahtijeva neprestano istraživanje mogućih učinaka stigme kod različitih oblika psihički oboljelih osoba. Također, jasno je da je stigma »čvrsto povezana sa sniženom kvalitetom života psihičkih bolesnika. Stoga treba raditi na reduciranju stigme ali i na prevenciji njezine pojave, a osobito značajan zadatak se nameće u podučavanju psihički bolesnih osoba u uspješnijem načinu suočavanja sa stigmatizacijom.«[302]

Imajući u vidu navedeno, istraživanja u području kvalitete života dokazuju da je kvaliteta života psihički oboljelih osoba vrlo složen pojam. Premda se sam pojam kvalitete života čini vrlo privlačnim stručnjacima ovog područja, ispitivanje kvalitete života psihički oboljelih osoba bolesnih osoba nailazi na moguća otvorena pitanja i metodološke poteškoće te uključuje i značajne probleme koji su često zanemareni prilikom istraživanja.[303] Unatoč tomu, kvaliteta života postaje sve važniji koncept u vrednovanju ishoda različitih pristupa i mogućih koristi određenih intervencija te tretmana u liječenju psihički oboljelih osoba.

[302] Dragana MARKANOVIĆ – Nataša JOKIĆ-BEGIĆ, Kvaliteta života psihički bolesnih osoba, 131.

[303] Glede otvorenih pitanja metodoloških poteškoća javlja se sumnja valjanosti samoprocjene kvalitete života. Zbog toga što neke bolesti jako utječu na kognitivno i afektivno funkcioniranje te na pacijentovo prosuđivanje, istraživanja pokazuju da su oboljeli od shizofrenije zadovoljniji nego što bi se moglo očekivati s obzirom na životne uvjete. S druge strane, depresivne će osobe svoje socijalno funkcioniranje i uvjete življenja percipirati lošije nego se to čini objektivnom promatraču. Slijedom navedenoga, pri ispitivanju kvalitete života psihički oboljelih osoba treba uvažavati kako subjektivne tako i objektivne indikatore. Nadalje, značenje kvalitete života ovisi i o različitim fazama bolesti. U istraživanjima se često spominju da sami pacijenti tijekom vremena uviđaju da su u procjenjivanju kvalitete života pretjerano negativno reagirali dok su bili u depresivnoj epizodi. Na kvalitetu života mogu utjecati i različiti sociokulturalni čimbenici tako da govor o kvaliteti života ne može uvijek primjenjivati na pacijente različitih krajeva svijeta. Usp. *Isto*, 149-150.

III. POGLAVLJE

TEOLOŠKO-PASTORALNO RAZLUČIVANJE AKTUALNOG STANJA PASTORALA SA PSIHIČKI OBOLJELIM ODRASLIM OSOBAMA

Prisutnost problema narušenog mentalnog zdravlja i pojava mentalnih poremećaja s visokom učestalošću, kako u svijetu tako i u Republici Hrvatskoj, razlog je stalnog promišljanja i sveobuhvatnije brige društva u iznalaženju različitih načina pristupa i organizacije skrbi za psihički oboljele odrasle osobe.[304] Ljudi danas otvorenije razgovaraju o mentalnom zdravlju, a briga za psihički oboljele osobe u današnjem društvu podliježe i određenim standardima koji se javljaju u razvijenim zemljama našega doba.[305] Unatoč tomu, švicarski psihijatar Pfeifer smatra da je u društvu visokosofisticiranog znanja i tehnoloških dostignuća, osobama s problemima mentalnog zdravlja »teže pronaći prikladno zanimanje i zajednicu koja će ih prihvatiti, nego što je to bilo prije mnogo godina, među seoskim i poljodjelskim stanovništvom.«[306]

Glede teološko-pastoralnog razlučivanja aktualnog stanja pastorala sa psihički oboljelim odraslim osobama, potrebno je najprije ukazati na temeljne sastavnice tog područja crkvenog djelovanja. U poglavlju koje slijedi, imajući u vidu već prikazan zdravstveno-socijalni kontekst skrbi za oboljele od čestih psihičkih bolesti, u svjetlu glavnih elemenata pastorala bolesnika, propituje se aktualna crkvena praksa i mogućnost aktivnog sudjelovanja psihički oboljelih osoba u životu Crkve. Kako bi se ostvarili istraživački ciljevi, polazi se od sakramentalnog izvorišta pastorala bolesnika, propituje način ostvarivanja pastorala u bolnicama i ustanovama socijalne skrbi koji je u Republici Hrvatskoj definiran Ugovorom između Vlade Republike Hrvatske i Hrvatske biskupske konferencije.

Nadalje, pastoralna skrb za psihički oboljele odrasle osobe promatra se u kontekstu nosivih elemenata djelovanja i života Crkve imajući u vidu posebnost stanja psihički oboljelih

---

[304] Usp. Slađana ŠTRKALJ IVEZIĆ – Vlado JUKIĆ – Danijela ŠTIMAC GRBIĆ – Ivan ČELIĆ – Petrana BREČIĆ – Maja SILOBRČIĆ RADIĆ – Ante BAGARIĆ – Marko ĆURKOVIĆ, *Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj*, 179.

[305] Tome u prilog idu rezultati istraživanja provedenog *online* među 750 vjeroučenika (od 14 do 19 godina starosti) od 15. travnja do 6. svibnja 2020. godine. Istraživanje je provedeno posredstvom trinaest vjeroučitelja Zadarske nadbiskupije te je pokazalo kako mladi žele više znati o mentalnom zdravlju. To je nesumnjivo pokazatelj da se mladi suočavaju s anksioznošću, depresijom i smetnjama koje narušavaju mentalno zdravlje te da su tražitelji odgovora na važna pitanja. Mladi žele znati kako prepoznati psihičke smetnje i probleme te kako se s njima suočiti. Usp. *Potvrđeni za život u punini*. *Prva godina priprave kandidata za slavlje sv. Potvrde*, Marijana MOHORIĆ (ur.), u: https://www.zadarskanadbiskupija.hr/?p=43896 (11. IV. 2021.).

[306] Samuel PFEIFER, *Bodriti slabe. Suvremena psihijatrija i dušobrižništvo*, 7.

osoba. Na kraju poglavlja ističe se primjer nastojanja oko skrbi psihički oboljelih osoba u djelovanju bračnih i obiteljskih savjetovališta čiji se rad pokazao kao iznimno važan u ovom segmentu pastorala.

3.1. Pastoral bolesnika

Pastoral Crkve ostvaruje se u različitim područjima, a jedno od najzahtjevnijih područja svakako predstavlja pastoral bolesnika. Obvezu skrbi za bolesnike i odgovornost prema trpećim udovima, primljenu od Isusa Krista, Crkva ostvaruje raznim oblicima pomoći kako bi olakšala boli i bila djelatna u Kristovoj službi pridizanja nemoćnih. Djelotvorna ljubav, iskrena pažnja prema bolesnicima i molitva za ozdravljenje put su navještaja i ostvarenja evanđelja.[307] Upravo u navještaju evanđelja Crkva, kako to podsjeća Pavao VI., pronalazi svoj vlastiti poziv i svoj najdublji identitet.[308]

Stanje bolesti posebno je razdoblje života koje nameće promišljanje o smislu trpljenja i boli, dovodi osobu u sasvim novi odnos prema sebi, bližnjima i prema Bogu. Bolest predstavlja situaciju života u kojoj je čovjeku najpotrebnija pomoć drugih. Teško bolesnom čovjeku, u tjeskobnim trenucima bolesti koja može poljuljati vjernički stav, osobito je potrebna Božja milost posredovana sakramentima, odnosno sakramentalnim znakovima po molitvi i činima Crkve koja skrbi za život. Vršeći Isusovu zapovijed brige za bolesne (usp. Mk 16,18), Crkva nastavlja Kristovo djelo služenja bolesnicima, koji je za života pohađao i ozdravljao bolesnike.[309] U tu svrhu slavi sakramente, djelo spašavanja svojih članova po sakramentima ozdravljenja, odnosno sakramentu pokore, bolesničkog pomazanja i euharistije.[310] Sakramenti omogućuju vjernicima susret s Kristom u posebnim životnim situacijama te imaju »svrhu posvećivati ljude, izgrađivati Tijelo Kristovo i napokon iskazivati Bogu štovanje; a kao znakovi oni ujedno i poučavaju. Vjeru ne samo da pretpostavljaju, nego je riječima i stvarno hrane, jačaju i izražavaju; stoga se i zovu 'otajstva vjere'.«[311] Liturgijska molitva Crkve za bolesnike i nemoćne, molitva vjernika koji traže ozdravljenje za sebe ili za druge[312] te slavlje sakramenata,

---

[307] Usp. RIMSKI OBREDNIK, *Red bolesničkog pomazanja i skrbi za bolesne* (7. XII. 1972.), Zagreb, 2009., br. 32-33

[308] Usp. PAVAO VI., *Evangelii nuntiandi – Naviještanje Evanđelja. Apostolski nagovor o evangelizaciji u suvremenom svijetu* (8. XII. 1975.), Zagreb, 2000., br. 14 (dalje: EN).

[309] Usp. RIMSKI OBREDNIK, *Red bolesničkog pomazanja i skrbi za bolesne*, br. 1

[310] Usp. KKC, br. 1421

[311] DRUGI VATIKANSKI KONCIL, *Sacrosanctum concilium. Konstitucija o svetoj liturgiji* (4. XII. 1963.), br. 59, Zagreb, ^{7}2008. (dalje: SC).

[312] Zajednici vjernika poznata je molitva za bolesnike, bilo da je riječ o molitvi za ozdravljenje ili o prihvaćanju bolesti u duhu vjere. Svakom je vjerniku dopušteno svoje molitve uzdizati Bogu kako bi zadobio ozdravljenje, a o molitvama za ozdravljenje Kongregacija za nauk vjere izdala je poseban naputak. Usp. KONGREGACIJA ZA NAUK VJERE, *Naputak o molitvama kojima se od Boga moli ozdravljenje* (14. IX. 2000.), Zagreb, 2001.

vrelo iz kojega pastoral bolesnika crpi svoje djelovanje,[313] otvaraju put prema cjelovitom pastoralu bolesnika.

3.1.1. Sakramentalno izvorište pastorala bolesnika: sakramenti ispovijedi, bolesničkog pomazanja i euharistije

Na području pastorala bolesnika, pod utjecajem društveno-kulturalnih promjena, javljaju se posebni izazovi na koje treba tražiti primjerene odgovore. Svojevrsna bremenitost problema otkriva se osobito kada je riječ o sakramentima koji su u izvorištu pastorala bolesnika: sakrament ispovijedi, bolesničkog pomazanja i euharistije. Problemi i izazovi aktualne crkvene prakse skrbi za bolesnike odražavaju se na važne elemente – priprava za sakramente, slavlje sakramenata i život u snazi i logici proslavljenoga – koji su predmetom brige pastorala sakramenata. Pastoral bolesnika mora voditi računa o manjkavostima koje se odnose na tri spomenuta elementa pastorala sakramenata kako bi slavlja sakramenata, u pastoralno-zdravstvenoj skrbi, ostvarila neposredni i osobni susret s Kristom.[314] Također, u kontekstu pastorala psihički oboljelih osoba, važno je ukazati na pogrješno shvaćanje sakramenata koji se očituje u određenom »automatizmu« djelovanja sakramenata u cilju uklanjanja psihičkih oboljenja. Na taj način dolazi do zanemarivanja medicinskog pristupa, a pastoralni pristup se svodi na samo slavlje sakramenata bez prikladne priprave.[315] Drugim riječima, površna priprava za sakramente, pristupanje sakramentima bez vjerničke ozbiljnosti u njihovoj aktualizaciji oslikava crkveno djelovanje koje je u određenom smislu necjelovito i površno, a posljedica takvog djelovanja vodi zanemarivanju života u snazi proslavljenoga. U nastavku, ne apstrahirajući od dogmatskih temelja sakramenata, bit će riječi o ova tri elementa sakramentalne prakse – priprava, slavlje i život – u kontekstu sakramenata ozdravljenja i euharistije.

3.1.1.1. Priprava za slavlje sakramenata

Cjeloviti pastoral bolesnika mora voditi računa o okolnostima koje zahtijevaju poseban pristup pripravi za sakramente, u skladu s mogućnostima i prilikama psihički oboljelih osoba. Priprava je važan element bez kojega je nemoguće govoriti o sudjelovanju u slavlju sakramenata. Stoga je potrebno, neprestance, posvješćivati vjernicima značenje slavlja

[313] Usp. Niko IKIĆ, *Teologija sakramenata. »Gorući grm« sakramentalne milosti*, Sarajevo – Zagreb, 2012., 367-369.
[314] Usp. Benedetto TESTA, *Sakramenti Crkve*, Zagreb, 2009., 69-74.
[315] Usp. Nikola VRANJEŠ, *Pastoralna skrb za psihički oboljele osobe. Temeljne odrednice*, 306.

sakramenata koja prate vjernički život.[316] Na važnost sakramenata za vjernički život i priprave za slavlje sakramenata upućuju crkveni dokumenti. Konstitucija Drugog vatikanskog sabora *Sacrosanctum concilium* govori o važnosti razumijevanja sakramentalnih znakova: »Sakramenti udjeljuju milost, no njihovo slavljenje također na najbolji način raspoložuje vjernike za plodonosno primanje te milosti, za pravilno štovanje Boga te za postupanje prema ljubavi. Stoga je od najveće važnosti da vjernici lako razumiju sakramentalne znakove te da s velikim zalaganjem često primaju one sakramente koji su ustanovljeni da hrane kršćanski život.«[317] Prema Konstituciji, nerazumijevanje sakramentalnih znakova nalazi korijene u manjkavoj pripravi za sakramente. Sakramenti predstavljaju vrhunac Božjeg djelovanja u kojem se događa i ostvaruje susret s Bogom. Taj susret događa se u povijesti, u određenoj vidljivosti, po znakovnom činu Crkve. Nadalje, *Katekizam Katoličke Crkve*, o pripravi i slavlju sakramenata u vrijeme bolesti, navodi da se bolesnici, ohrabreni od bližnjih i zajednice vjernika, priprave da raspoloženi prime sakrament bolesničkog pomazanja »uz pomoć svoga pastira i cijele crkvene zajednice, koja je pozvana da bolesnike na poseban način okruži svojim molitvama i bratskom pažnjom.«[318] K tomu, *Red bolesničkog pomazanja i skrbi za bolesnike* upućuje da o sakramentalnoj naravi, shvaćanju i slavljenju sakramenta kao otajstva milosti i istinskog susreta s Bogom trebaju biti poučeni i oni koji njeguju bolesnike.[319] Priprava je, dakle, pripremni proces za slavlje određenog sakramenta »koji treba omogućiti kršćanski život u snazi otajstva koje će se slaviti.«[320] Dostatna priprava ima za cilj poznavanje važnog obilježja Božjeg djelovanja preko sakramenata, a time i razumijevanje milosne dinamike sakramenata. Posvješćivanje milosne dinamike djelovanja sakramenata pomoći će vjernicima da sakramente ne shvaćaju parcijalno kao izolirani trenutak, nego kao trenutke po kojima se ostvaruje životno poslanje vjernika.

Sakramenti ozdravljenja i euharistija čine vitalnim pastoral bolesnika. Prigodom njihova podjeljivanja nedostatna priprava je osobito uočljiva s obzirom na sakrament bolesničkog pomazanja.[321] U crkvenoj praksi susrećemo se dvije krajnje točke aktualizacije tog sakramenta.

---

[316] Sakramenti, ustanovljeni od Krista, dotiču najvažnije etape i trenutke kršćanskog života. Slaveći obrede, Crkva je došla do spoznaje da se sedam sakramenata tiču svih razdoblja kršćanskog života: po njima se vjerski život rađa, raste, ozdravlja i prima poslanje. Usp. KKC, br. 1210

[317] SC, br. 59

[318] KKC, br. 1516

[319] Usp. RIMSKI OBREDNIK, *Red bolesničkog pomazanja i skrbi za bolesne*, br. 37

[320] Nikola VRANJEŠ, Glavni elementi pastorala sakramenata u aktualnoj pastoralnoj praksi, u: *Crkva u svijetu*, 44 (2009.) 4, 464.

[321] U pastoralnoj praksi Crkve, ovaj sakrament doživljava svojevrsnu krizu. Može se reći da od svih sakramenata, sakrament bolesničkog pomazanja odražava najdramatičnije stanje koje se prepoznaje u navjestiteljskoj i katehetskoj dimenziji, liturgijskoj i dimenziji crkvenog zajedništva. Usp. Nikola VRANJEŠ, *Za novi život u Kristu. Prilozi pastoralu sakramenata*, Zagreb, 2017., 60.

Vrlo prisutna stvarnost označuje pastoral bolesnika u kojem se sakrament bolesničkog pomazanja ne slavi iz vjere nego iz običaja te postaje obred koji je bliži magijskom nego vjerničkom činu.[322] Često se događa da se u toj krajnosti sakrament slavi kao krajnja točka pastoralno-terapeutskog procesa, odnosno da se podjeljuje isključivo umirućima. Druga krajnost, ne manje prisutna, pristupa površno slavlju ovog sakramenta. U određenim prigodama, na zajedničkim slavljima, kao što su *Svjetski dan bolesnika* ili pak bliža priprava za slavlje zaštitnika župe, podjeljuje se ovaj sakrament na spektakularan način i onima za koje zapravo nije namijenjen. U župnim se zajednicama slavi ovaj sakrament, vrlo često, samo u tim prigodama.

Imajući u vidu važnost priprave koju ističu crkveni dokumenti, kao i dvije krajnje točke stvarnosti aktualizacije sakramenta bolesničkog pomazanja, pastoralnoj djelatnosti Crkve nameće se potreba kvalitetne priprave za slavlje sakramenata koja će voditi računa o poučavanju vjernika s obzirom na shvaćanje naravi sakramenata i njihovo slavljenje. Za pastoral bolesnika, kao specifični oblik djelovanja, potrebno je posvješćivati situaciju bolesti i djelovati u skladu sa stvarnim potrebama ljudi kako bi im se pomoglo u njihovim patnjama i bolima. Sustavnom pripravom omogućuje se djelatno sudjelovanje u sakramentima, a vjera koja se snaži pripravom izražava se sakramentalnim pomazanjem. Takva osobna vjera i vjera Crkve poziva se na Kristovu smrt i uskrsnuće iz kojih ovaj sakrament crpi svoju djelotvornost (usp. Jak 5,15).[323] Ne napuštajući predaju, uvijek je iznova potrebno promjenjive elemente pastorala usklađivati sa zahtjevnostima povijesnog trenutka, a na području skrbi za psihički oboljele osobe, mora se voditi računa o pripravi koja bi trebala biti sustavna i pravodobno. Takva priprava nije parcijalna, a pravodobnost isključuje svođenje priprave samo na neposredni trenutak primanja sakramenata kako to često susrećemo u pastoralnoj praksi.

3.1.1.2. Zajedništvo s Kristom u slavlju sakramentalnog susreta

Krist je ustanovio sakramente za priopćavanje svoje milosti i po njima djeluje u Crkvi. Kristovim djelovanjem i snagom Duha Svetoga sakramenti označuju tu milost. Budući da su

[322] Prisutnost magijskih shvaćanja kod nekih sudionika sakramentalnog slavlja vrlo je aktualna i prisutna tematika u današnjem pastoralu. Isusovo djelovanje među bolesnicima očituje onoga koji se približio ljudskoj patnji. Isus nije neki magijski čudotvorac čija pojava izaziva senzaciju. Problem magijskog sveprisutniji je u životu onih koji se deklariraju vjernicima. Stoga je žurna zadaća pastorala poučavanje vjernika o sakramentima, odnosno posvješćivanje spasenjskog susreta s Isusom Kristom koji se događa u sakramentu. Usp. HRVATSKA BISKUPSKA KONFERENCIJA, *Na svetost pozvani. Pastoralne smjernice na početku trećega tisućljeća* (15. VIII. 2002.), Zagreb, 2002., br. 38 (dalje: NSP); također, Theodor SCHNITZLER, *O značenju sakramenata*, Zagreb, 1998., 22-23.; Nikola VRANJEŠ, *Pastoral danas. Izabrane teme iz pastoralne teologije*, 211-214.; Gian Maria COMOLLI, *Tutto ha inizio con il Vangelo… Compendio di Pastorale della Salute*, 343.

[323] Usp. RIMSKI OBREDNIK, *Red bolesničkog pomazanja i skrbi za bolesne*, br. 7

sakramenti »osjetni znakovi (riječi i čini) dohvatljivi našoj sadašnjoj ljudskosti,«[324] slavlje sakramenata susret je Krista i Crkve. Sakramentalni susret omogućuje rast u vjeri, rađa zajedništvo s Isusom Kristom, ozdravlja i preobražava bolest i patnju te pruža predokus života s Bogom. To je susret sa suosjećajnim Spasiteljem koji je kroz patnju i smrt koračao do uskrsnuća, susret s Kristom koji po službi Crkve spasonosno djeluje. Prema *Katekizmu Katoličke Crkve*, ukoliko okolnosti dopuštaju, neka slavlju sakramenta bolesničkog pomazanja prethodi sakrament pokore a za njim uslijedi euharistija.[325]

Sakramentom pomirenja vjernici se oslobađaju spona grijeha i pritjelovljeni trpećem Kristu u euharistiji s njime se najintimnije sjedinjuju kako bi osnaženi mogli podnositi bolesti i patnje. Prikladno naviještanje Božje riječi osvjetljava stvarnost grijeha i potiče čežnju za oslobođenjem koje Bog dariva u Isusu Kristu.[326] Navještaj Božje riječi u sakramentalnom susretu rađa i prosvjetljuje vjeru kako bi sakrament zaista bio susret s Kristom u vjeri. Naviještena Božja riječ predstavlja oblik Kristove prisutnosti i ne bi trebalo bez razloga uskratiti bolesniku tu blizinu Božje riječi.

Kako bi vjernici bili svjesni slavlja sakramenta euharistije, koja je vrhunac i središte sakramentalnog slavlja, potrebno je neprestano isticanje spasenjskog značenja euharistije i sudjelovanja u njoj. Tako se jača euharistijska kultura kršćanskog življenja, odnosno razumijevanje odnosa između slavlja euharistije i svakodnevnog života u svim njegovim segmentima.[327] Slavlje sakramenta bolesničkog pomazanja, kako to i ime govori, svoju aktualizaciju nalazi u situaciji teže ili teške bolesti.[328] U sakramentalnom činu bolesničkog pomazanja radi se o činu Božje ljubavi koja dotiče osobu u konkretnoj situaciji života.[329] Kao i ostala dva sakramenta, kada je riječ o pastoralnoj skrbi bolesnika, glede ovog sakramenta susreće se nekoliko važnih elementa koji zahtijevaju napor i pozornost pastoralnih djelatnika, ne isključujući članove župnih zajednica kao i članova uže obitelji bolesnika. Pri tom mislimo na slavlje bolesničkog pomazanja koje će se ostvariti s aktivnim sudjelovanjem obitelji i bližnjih te članova župne zajednice ako to prilike slavlja i sama specifičnost situacije oboljelih omogućuju. Sakrament bolesničkog pomazanja eklezijalni je čin vjere Crkve u kojem bolesnom kršćaninu na otajstven način u riječi molitve i simboličkoj gesti službenika Crkve ususret dolazi

[324] KKC, br. 1084
[325] Usp. KKC, br. 1517
[326] NSP, br. 48
[327] Usp. BENEDIKT XVI., *Sacramentum caritatis – Sakrament ljubavi. Postsinodalna apostolska pobudnica osobama posvećenog života i vjernicima laicima* (22. II. 2007.), Zagreb, 2007., br. 77
[328] LG, br. 11
[329] Usp. Ante MATELJAN, Bolesničko pomazanje i oproštenje grijeha, u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije i Srijemske biskupije*, 148 (2020.) 6, 24.

Krist Gospodin i Spasitelj.[330] Odnos kristološke i ekleziološke dimenzije naglašen je odnosom Krista i Crkve: Krist je posrednik, a Crkva se zalaže za bolesne prema Kristovu nalogu. Bolesničko pomazanje je »poseban odnos Krista i bolesnika na njegovu vlastitu korist, ali i korist cijele Crkve.«[331] Osoba, sudjelujući u sakramentu, osnažena i duhovno okrijepljena po sakramentalnom susretu s Kristom, unatoč bolesti prepoznaje vlastito kršćansko svjedočenje kao svoje poslanje u zajednici.

3.1.1.3. Poslanje bolesnika – stvarnost svagdašnjeg života u snazi slavljenog otajstva

Sudjelovanje u sakramentalnim slavljima, snagom slavljenog otajstva, omogućuje djelovanje, prihvaćanje bolesti i patnje u svagdašnjem životu. To znači da psihički oboljele osobe u sakramentima traže i nalaze snagu, u skladu sa svojim mogućnostima i prilikama, za svoje poslanje. »U tumačenju smisla bolesti i trpljenja u kršćanskom vidu vrhunac se mora dosegnuti u poslanju bolesnih u Crkvi i za Crkvu i na njihovo svjedočanstvo koje daju kao trpeći udovi Crkve.«[332] Zadaća je Crkve neprestano poticati i posvješćivati svoje poslanje u odnosu na bolesnike koji snagu crpe iz sakramenata. Benedikt XVI. prigodom plenarne skupštine Papinskog vijeća za pastoral zdravlja 2007. godine svraća pozornost na sakrament euharistije, izvor i vrhunac života i poslanja Crkve, naglašavajući važnost euharistije u zdravstvenoj skrbi: »Euharistija primljena dostojanstveno i pobožno, životna je snaga bolesnicima koja tješi i ulijeva u njihove duše unutarnje svjetlo kako bi stanje bolesti i patnje živjeli s vjerom i nadom.«[333] Patnik koji trpi s vjerom preuzima poseban način sudioništva u poslanju Crkve. Psihički oboljele osobe svoje vlastito trpljenje, kao trpeći udovi Crkve, ugrađuju u svjedočanstvo vjere i života. S jedne strane, crkvena zajednica skrbi za bolesnike i patnike, a s druge strane, udio u poslanju Crkve prepoznaje se svjedočenjem kršćanske poruke u trpljenju i bolesti. Svojim svjedočanstvom bolesnik postaje ne samo predmet brige članova zajednice nego aktivni sudionik pastorala,[334] a njegova nezamjenjiva i posebna uloga postaje važan dio ukupnog poslanja Crkve.

Patnja povezana s vjerom postaje svjedočanstvo. Osoba koja boluje i svjedoči drugima nadu ostvaruje spasonosni naum Božji u kojem patnja postaje privilegirano mjesto očitovanja

---

[330] Usp. *Isto.*
[331] Niko IKIĆ, *Teologija sakramenata. »Gorući grm« sakramentalne milosti*, 379.
[332] Nikola VRANJEŠ, Glavni elementi pastorala sakramenata u aktualnoj pastoralnoj praksi, 476.
[333] BENEDICT XVI, Address of his Holiness Benedict XVI to The Plenary Assembly of The Pontifical Council for Helath Patoral Care (22. March 2007), u: http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/en/speeches/2007/march/documents/hf_ben-xvi_spe_20070322_pc-salute.html (23.V. 2021.).
[334] Usp. IVAN PAVAO II., *Christifideles laici – Vjernici laici. Apostolska pobudnica o pozivu i poslanju vjernika laika* (30. XII. 1988.), Zagreb, 1990., br. 54 (dalje: CL).

Božje ljubavi.[335] U spomenutim specifičnim odrednicama pastorala bolesnika, s obzirom na psihički oboljele osobe, važno je istaknuti da djelovanje podrazumijeva kontekst u kojemu žive oboljele osobe. S tim u vezi, vjernicima koji se nalaze u bolnicama i ustanovama socijalne skrbi, prema Ugovoru između Vlade Republike Hrvatske i Hrvatske biskupske konferencije zajamčeno je pravo na pastoralnu skrb.

3.1.2. Ugovor o dušobrižništvu u bolnicama i ostalim zdravstvenim ustanovama te ustanovama socijalne skrbi

Temeljem Ugovora između Svete Stolice i Republike Hrvatske,[336] 31. listopada 2005. stupio je na snagu *Ugovor o dušobrižništvu u bolnicama i ostalim zdravstvenim ustanovama te ustanovama socijalne skrbi*, sklopljen između Vlade Republike Hrvatske i Hrvatske biskupske konferencije. Ugovorom se regulira način ostvarivanja prava na dušobrižništvo vjernika katolika koji se nalaze u bolnicama i ostalim zdravstvenim ustanovama te ustanovama socijalne skrbi.[337] Temeljem spomenutog Ugovora, dakle, pitanje bolničkog pastorala u Republici Hrvatskoj zakonski je uređeno. Također, pitanje nadležnosti u organizaciji i provedbi bolničkog dušobrižništva jasno je definirano. Osvrnut ćemo se kratko na Ugovor, iznoseći pravni aspekt ugovora, ulogu bolničkog kapelana te značenje bolničkog dušobrižništva za cjeloviti pastoral bolesnika. Takav način pruža okvir za govor o važnim odrednicama pastorala koji je određen specifičnostima institucionalne skrbi za psihički oboljele osobe. Nakon definirane i već spomenute svrhe Ugovora, u Općim uredbama navodi se da »dušobrižništvo vjernika katolika u bolnicama i ustanovama, prije svega, podrazumijeva sljedeće aktivnosti: liturgijska slavlja i podjeljivanje sakramenata, savjetovanje u pitanjima vjere i morala, posjećivanje bolesnika te suradnju u humanizaciji zdravstvene i socijalne skrbi.«[338] Potpisanim Ugovorom omogućen je bolnički pastoral u Republici Hrvatskoj, a pastoralna skrb u bolnicama i ustanovama socijalne skrbi većim dijelom zadovoljava odredbe definirane Ugovorom. Iskustvo zemalja, u kojima se

---

[335] Usp. HRVATSKA BISKUPSKA KONFERENCIJA, *Direktorij za pastoral sakramenata u župnoj zajednici*, Zagreb, 2008., br. 171

[336] Ugovor između Svete Stolice i Republike Hrvatske o pravnim pitanjima, potpisan je 18. prosinca 1996. u Zagrebu, a stupio je na snagu objavom u Narodnim novinama 7. veljače 1997. godine. Ugovorne su strane dogovorile, temeljem članka 16, da Republika Hrvatska priznaje i jamči Katoličkoj Crkvi pravo na dušobrižništvo vjernika koji se nalaze u bolnicama i lječilištima te u svim ustanovama za zdravstvenu skrb, bilo da su javnoga bilo privatnoga značenja. Također, u istom člansku navodi se da će dušobrižnička djelatnost, u navedenim ustanovama, biti uređena posebnim ugovorom između nadležnih crkvenih vlasti i tijela Republike Hrvatske. Usp. *Narodne novine – Međunarodni ugovori*, broj 3/97, u: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/medunarodni/1997_02_3_19.html (11. II. 2021.).

[337] ZAGREBAČKA NADBISKUPIJA, Ugovor o dušobrižništvu u bolnicama i ostalim zdravstvenim ustanovama te ustanovama socijalne skrbi, čl. 1, u: *Službeni vjesnik Zagrebačke nadbiskupije,* 92 (2005.) 4, 194-195.

[338] *Ugovor o dušobrižništvu u bolnicama i ostalim zdravstvenim ustanovama te ustanovama socijalne skrbi*, čl. 2

dugi niz godina odvija bolnički pastoral, približava potrebu pastoralne skrbi koja zahtijeva stalnog dušobrižnika, koordinaciju sa župnicima pojedinih župa kojima pripadaju pacijenti te skrb medicinskog osoblja.[339]

3.1.2.1. Stručne i osobne kompetencije pastoralnog djelatnika potrebne za ophođenje s bolesnicima

Prema Ugovoru službu dušobrižnika, s posebnim mandatom mjesnoga biskupa, obavlja svećenik, a u izvanrednim okolnostima duhovnu pomoć može pružiti svaki katolički svećenik. Ugovorom se nadalje definira da pastoralni djelatnik ne mora uvijek nužno biti svećenik. Službu dušobrižnika može vršiti i đakon, redovnica ili vjernik laik s prikladnom (teološkom) izobrazbom.[340] Drugim riječima, vršenje pastoralne službe, osobito kada je riječ o bolesnicima, zahtijeva određene kompetencije. S obzirom na kompetencije za ispravno vršenje pastoralne službe, osobito službe kao što su pastoral zdravstva i bolesnika, u dokumentu Hrvatske biskupske konferencije *Na svetost pozvani* ističe se važnost trostruke vjernosti: »prema vjeri Crkve, prema Svetom pismu i njegovu crkvenom tumačenju te prema čovjeku kojemu je navještaj upućen.«[341] To ujedno znači da je za bolnički pastoral, kao i za pastoral općenito, potrebno poznavati nauk Crkve, trajno crpiti nadahnuće iz Svetoga pisma te nadasve dobro poznavati prilike u kojima se nalaze bolesnici. Slijedom navedenoga zaključuje se da za područje bolničkog pastorala treba biti zadužena osoba koja pokazuje osobnu sklonost za rad u bolnici, odnosno osoba koja posjeduje sposobnosti za takvu vrstu pastorala.

Ističući izobrazbu bolničkog dušobrižnika koja postoji u nekim europskim zemljama, primjerice u Austriji, Stipe Nimac izdvaja kompetencije važne za bolničko dušobrižništvo:

a) komunikativna kompetencija koja se odnosi na sposobnost komunikacije, sposobnost uspostavljanja povjerljivih kontakata, otvorenost, sposobnost za timski rad i sl;
b) religiozna kompetencija koja se tiče autentične duhovnosti, prikladnog teološkog znanja, povezanosti s crkvenom zajednicom, sposobnost za religiozni i dušobrižnički razgovor te za liturgijsko djelovanje;
c) etička i društveno-politička kompetencija koja omogućuje prepoznati etičke probleme te uključuje znanje o medicinsko-etičkim pitanjima, poznavanje

[339] Usp. Zvonko PAŽIN, Dušobrižništvo bolesnika, u: *Vjesnik Đakovačke i Srijemske biskupije*, 130 (2002.) 3, 140-141.
[340] Usp. *Ugovor o dušobrižništvu u bolnicama i ostalim zdravstvenim ustanovama te ustanovama socijalne skrbi*, čl. 3
[341] NSP, br. 19

organizacije bolnice i njezinih dužnosnika. Također, ova kompetencija se odnosi na spremnost za zagovaranje i zastupanje u odnosu prema bolnici i prema društvenoj javnosti onih koji su možda zapostavljeni u bolnici (ili društvu uopće).[342]

Sljedeći važan element koji utječe na ostvarivanje bolničkog pastorala predstavljaju suvremene pastoralne prilike koje ukazuju da djelovanje u pastoralno-zdravstvenoj skrbi iz dana u dan postaje sve zahtjevnije, a stupnjevitost zahtjevnosti iščitava se iz društveno-kulturnog okruženja današnjice. Kako bi se odgovorilo tim zahtjevima, za pastoralnog djelatnika i navjestitelja Božje riječi, od osobite je važnosti razumijevanje svijeta u kojem živimo, odnosno shvaćanje misaonog i kulturnog horizonta suvremenog čovjeka koji je sve manje sposoban pitanja zdravlja i bolesti osmisliti i povezati sa snažnim pitanjima o ljudskoj egzistenciji. Razlog je tomu pristup zdravlju i bolesti u današnjem društvu koje zdravlje smješta u vrhunsku vrednotu za koju su pojedinac i društvo spremni sve žrtvovati. Narušeno zdravlje nerijetko se u našem zapadnom društvu predstavlja kao potpuni svršetak za pojedinca, izvor njegovog životnog razočaranja i uzrok patnji koju nije sposoban integrirati u vlastiti život. Kako bi se ispravno odgovorilo na takav pristup, cjelovitost crkvenog djelovanja kojom se ostvaruje pristup zdravlju i bolesti, patnji i trpljenju, nemoći i starosti, moguće je aktualizirati u nekoliko vidova, koji se istodobno nameću kao prioriteti djelovanja i odgovori na zahtjevnost sadašnjeg trenutka.

Uloga pastoralnog djelatnika obuhvaća i *diakoniu* koja u trenucima bolesti, ovisno o različitim situacijama i slučajevima, podrazumijeva različite oblike i intenzitet djelovanja. To je posebno važno u današnjem svijetu kada, upotrebom najmodernije opreme u liječenju, osoba koja boluje gubi moć nad bolešću što katkada može dovesti do očajne samoće i osjećaja prepuštenosti samima sebi. U takvim trenucima, kada samoća pojačava već prisutnu bol i nosi strah koji je prijetnja čovjekovoj egzistenciji, potrebna je ljudska blizina. Strah koji je duboko utisnut u čovjeka, potencira izloženost boli, patnji i smrti. Pastoralni djelatnik pozvan je svojom prisutnošću i blizinom ublažavati takvu vrstu nevolje i nemoći. U tom kontekstu Alojzije Čondić smatra kako je prepoznati ljudsku samoću, patnju, bol i u tim trenucima približiti se čovjeku »u pastoralnoj perspektivi od odsudne važnosti.«[343]

[342] Usp. Stipe NIMAC, Pastoral bolesnika u Hrvatskoj, u: Nediljko Ante ANIČIĆ – Nikola BIŽACA (ur.), *Kršćanstvo i zdravlje*, 201.
[343] Alojzije ČONDIĆ, Milost prijelaza. Ruke kao »sredstvo« prijelaza, u: Ante MATELJAN (ur.), *Ecce homo! Medicinski i teološki pristupi*, 317.

3.1.2.2. Prikladan prostor za duhovne potrebe

Nadalje, za odvijanje bolničkog pastorala potrebni su prikladni prostori. Prema Ugovoru, bolnice i ustanove trebaju osigurati prikladne prostore koje će se urediti i opremiti za liturgijska slavlja biskupije na čijem se području nalazi bolnica. U istom članku Ugovora navodi se da će se bolnica, odnosno ustanova, pobrinuti za omogućavanje prikladnog prostora radi duhovih susreta s bolesnicima ili korisnicima zdravstvene i socijalne skrbi.[344] Slijedom navedenoga razvidno je da za kvalitetno strukturiranje bolničkog pastorala uz liturgijski prostor potrebno osigurati i prostor za dušobrižničke razgovore s pacijentima, susret i savjetovanje s rodbinom i bliskim osobama bolesnika. U tom kontekstu, zadovoljavanje duhovnih potreba hospitaliziranih bolesnika zadaća je ne samo bolničkog dušobrižnika nego i medicinskog osoblja, svih onih koji sudjeluju u provođenju zdravstvene njege. Stoga govor o pastoralu osoba koje boluju, osobito kada je riječ o bolničkom pastoralu, nužno mora uključiti zdravstvene djelatnike kao nositelje pastoralne skrbi.

3.1.2.3. Zdravstveni djelatnici u ulozi sudionika pastoralne skrbi

Tijekom procesa liječenja i susreta s bolesnicima zdravstveni djelatnici postaju, po svojoj profesionalnoj opredijeljenosti, sudionici pastorala. Utemeljenost njihova pastoralnog djelovanja nalazimo u Bibliji, u Isusovu susretu s bolesnicima, susretu s iscjeliteljem koji s ljubavlju prilazi bolesnicima i pomaže osobi u životnoj nemoći i bolesti. Isusova bliskost i suosjećanje u susretu i iscjeljenju gluhonijemog čovjeka (usp. Mk 7,32-35) primjer je koji može uzeti za uzor djelovanja svaki zdravstveni djelatnik. Istodobno, pruža temelje prema kojima je zdravstveni djelatnik, svojim pozivom i poslanjem, uključen u pastoral bolesnika. Isus se s osobitom uviđavnošću ophodi s tim bolesnikom i pažljivo ga izvodi nasamo, dalje od radoznala mnoštva te čudesnim znakom oslobađa od gluhoće koja ga prati od rođenja i oslobađa jezik za govor. U spomenutom ozdravljenju izražena je Isusova čovječnost, bliskost i ljubav prema gluhonijemom patniku. »To je ono što je najvažnije u odnosu zdravstveni djelatnik – pacijent. Posebice od liječnika pacijenti očekuju: čovječnost, neposrednost, brižljivost. Presudna je za pacijentovo zdravlje liječnikova stručnost, ali nimalo je manje vrijedna njegova ljudskost, otvorenost i srdačnost.«[345]

Na doprinos zdravstvenih djelatnika u pastoralu upućuje i *Red bolesničkog pomazanja i skrbi za bolesne*: »Ne dolikuje da se samo bolesnik bori protiv bolesti, već i liječnici i svi koji

[344] *Ugovor o dušobrižništvu u bolnicama i ostalim zdravstvenim ustanovama te ustanovama socijalne skrbi*, čl. 5
[345] Ante KOMADINA, Isusov križ. Simbol ljubavi i spasonosna trpljenja, u: Ante MATELJAN (ur.), *Ecce homo! Medicinski i teološki pristupi*, 66.

su se bilo kako posvetili njezi bolesnikâ moraju učiniti, nastojati i pokušati sve što im se po ljudskom sudu čini da može koristiti duhovnom i tjelesnom podizanju bolesnikâ; čineći naime to, ispunjaju Kristovu riječ kojom nalaže pohađati bolesne, kojom kao da govori da je onima koji pohađaju bolesnike povjeren sav čovjek i kako ga treba i prirodnim podrškama pripomoći i okrijepiti duhovnom snagom.«[346] Iz prethodno rečenoga, uočava se kako pristup zdravstvenog djelatnika čovjeku pogođenu bolešću, oboljeloj osobi, zahtijeva ne samo medicinsko znanje o određenoj bolesti, nego izniman ljudski senzibilitet koji će pomoći da se osoba na što bolji način suoči s bolešću. U tom kontekstu, važan čimbenik djelovanja zdravstvenih djelatnika predstavlja duhovni i moralni odgoj zdravstvenih djelatnika.[347] To je potrebno naglasiti i kada je riječ o služenju bolesnicima istraživanjem novih lijekova. Upravo na tom području kršćanski su stručnjaci »pozvani svjedočiti vlastitim etičkim uvjerenjima, puštajući da ih vjera trajno prosvjetljuje.«[348]

Zdravstveni djelatnici vezani su, po svom pozivu i ophođenju s bolesnicima, uz najintimniju sferu čovjeka. Zbog toga ih Ivan Pavao II. s pravom naziva službenicima ljudskog života.[349] Tijekom uspostavljanja dijagnoze, kada je liječnikova profesionalna obveza bolesniku na prikladan način priopćiti istinu o zdravstvenom stanju, nije samo tijelo izloženo patnji nego i duša pati uslijed prisutnosti straha i neizvjesnosti. Liječnikove riječi, savjeti, postupci i preporuke od iznimne su važnosti za psihičko stanje u trenucima kada duševna nevolja i tjeskoba zahtijeva dušobrižnikovu blizinu. U takvim trenucima liječnik je prisiljen pokazati svoju kršćansku autentičnost što ne bi trebao smatrati prekoračenjem kompetencija jer uz čovječnost, pažnju i ljubaznost, dušobrižnička gesta obogaćuje i upotpunjuje liječničku profesionalnost.[350] U tom kontekstu Štifanić ističe da »liječnikova dužnost nije samo to da otkrije od čega neka osoba boluje, da mu propiše lijekove i tretman liječenja. Liječnik treba biti *dobra* i *odgovorna* osoba i altruist kojem se pacijent može povjeriti i kojem može vjerovati.«[351]

Slijedom navedenoga, organiziranje i promicanje pastorala u bolnicama, važan je aspekt pastorala bolesnika koji je, radi bolje funkcionalnosti definiran ugovorom o dušobrižništvu u

[346] RIMSKI OBREDNIK, *Red bolesničkog pomazanja i skrbi za bolesne*, br. 4
[347] Usp. GIOVANNI PAOLO II, Lettera per l'Instituzione della Giornata Mondiale del Malato (13 maggio 1992), 2, u: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/it/letters/1992/documents/hf_jp-ii_let_13051992_world-day-sick.html (21. VII. 2021.).
[348] IVAN PAVAO II., Svijet zdravstva – dragocjena radionica civilizacije ljubavi. Poruka u prigodi IX. Svjetskog dana bolesnika (22. 8. 2000.), br. 4, u: Blaženka MANDIĆ-KOZULIĆ – Radovan ŠOLJAGA (ur.), *Svjetski dan bolesnika*. *Rijeka, 1993.-2005*., Rijeka, 2006., 211.
[349] Usp. IVAN PAVAO II., *Evangelium vitae – Evanđelje života. Enciklika o vrijednosti i nepovredivosti ljudskog života* (25. III. 1995.), Zagreb, 1995., br. 89 (dalje: EV).
[350] Usp. Ante KOMADINA, Uloga duhovnosti u liječenju bolesnika i djelovanju zdravstvenih djelatnika, u: *Crkva u svijetu*, 51 (2016.) 4, 627.
[351] Mirko ŠTIFANIĆ, *Kultura umiranja, smrti i žalovanja*, 119.

bolnicama. Kako bi osobe pritisnute bolešću, po služenju Crkve, bile ojačane spasonosnim susretom čovjeka s Bogom bolničko osoblje je, dakle, dužno pozvati dušobrižnika »na zahtjev bolesnika ili njegove obitelji i rodbine.« Također, »dušobrižnik može posjećivati bolesnike i vjerske obrede slaviti u svako doba kad to potrebe zahtijevaju.«[352] Sve spomenute odrednice Ugovora, osim što uređuju bolnički pastoral s pravne strane, doprinose djelovanju i sustavnom pristupu u shvaćanju pastorala bolesnika. Unutar tog shvaćanja posebnu pozornost treba posvetiti pastoralnoj skrbi za psihički oboljele osobe imajući u vidu posebnosti njihova stanja i kontekst u kojemu žive.

3.2.Pastoralno djelovanje u području pastorala psihički oboljelih osoba

Nakon razlaganja utemeljujućih postavki pastoralnog djelovanja Crkve u odnosu na sve kategorije bolesnika, s naglaskom na sakramentalno izvorište samog pastorala te prikaza glavnih postavki bolničkog pastorala, u nastavku ćemo pokušati teološko-pastoralnim razlučivanjem razložiti specifičnosti i zahtjevnost pastoralnog pristupa u odnosu na psihički oboljele osobe. Razlikovanje posebnosti stanja psihički oboljelih osoba od iznimne je važnosti zbog prikladnosti pastoralnog pristupa takvim osobama. Pritom je važno naglasiti kako pastoralno djelovanje ne zamjenjuje liječenje i da se u pastoralnom pristupu ne smiju zanemariti profesionalne, odnosno medicinske metode liječenja.

Pastoralni pristup psihički oboljelim osobama nužno mora poštovati životni kontekst oboljelih, pri čemu se uzima u obzir obitelj, institucionalna i vaninstitucionalna skrb, liječenje i prevencija bolesti kao i odnos društva prema psihički oboljelim osobama te specifičnosti pojedinih bolesti.[353] Premda susret s bolesnicima u psihijatrijskim bolnicama nerijetko pobuđuje strah i obrambeni otpor te predrasude, za psihički oboljele osobe važno je da tijekom liječenja postoje mjesta u kojima oboljele osobe »mogu pronaći utočište, dobiti medicinsku pomoć i liječenje, i na kojima se u mnogim slučajevima za njih također može skrbiti kroz dulje vremensko razdoblje. Unatoč svim svojim nedostatcima, psihijatrijska je bolnica mjesto na kojemu pravilno obučeno osoblje može ispuniti te uvjete.«[354] Stoga pastoralno djelovanje podrazumijeva odgovornost i ozbiljnost razlučivanja u odnosu na osobitost bolesti i pravila koja postoje u ustanovama koje skrbe o psihički oboljelim osobama. Tek ozbiljnim pristupom moguće je usmjeravati djelovanje, tražiti najprikladnije modele koji će ostvarivati crkveno poslanje u specifičnoj situaciji.

---

[352] *Ugovor o dušobrižništvu u bolnicama i ostalim zdravstvenim ustanovama te ustanovama socijalne skrbi*, čl. 8
[353] Usp. Nikola VRANJEŠ, Pastoralna skrb za psihički oboljele osobe. Temeljne odrednice, 302.
[354] Samuel PFEIFER, *Bodriti slabe. Suvremena psihijatrija i dušobrižništvo*, 25.

Situacija psihički oboljelih osoba specifična je u odnosu na situaciju drugih bolesnika, no u skladu s mogućnostima osobe i načinu skrbi, potrebno je uočavati i razvijati moguće odrednice pastoralnog pristupa. Subjektivno mentalno stanje oboljele osobe izmiče medicinskim spoznajama i teško ga je precizno opisati.[355] Stoga u pastoralnom pristupu treba imati u vidu »logiku integralne brige za cijelu osobu. To, s jedne strane, znači da se specifičnosti pastoralnog pristupa moraju sačuvati. S druge strane, pastoralni djelatnik mora voditi računa o stanju u kojem se osoba nalazi, te u tom pogledu obzirno i s puno diskretnosti pristupati bolesnicima.«[356] Imajući u vidu navedeno, važno je prepoznati i uvažavati u pastoralnom pristupu različitosti pojedinih životnih prilika konkretnih osoba. Ovdje prvenstveno mislimo na situaciju osoba kod kojih se javljaju suicidalne ideje kao i osobe kod kojih je moguće prepoznati elemente nezrele religioznosti. Budući da osobe koje se povezuju s navedenim ponašanjima nerijetko pate od psihičkih poremećaja, potrebno je u pastoralnoj skrbi psihički oboljelih osoba prepoznati takve ideje i ponašanja. Pritom, treba imati u vidu da je svaki pastoralni susret jedinstven. Kako bi se pastoralni susret uspješno ostvario i odgovorio na realne životne potrebe osobe, potrebno je poznavanje odredišnih točaka već spomenutih ponašanja.

3.2.1. Suicidalni rizik i duhovne potrebe osoba koje su pokušale samoubojstvo

Prema istraživanjima, oko 90 % osoba koje počine suicid ima neki od duševnih poremećaja. Ovaj podatak podupire tezu o povezanosti psihičkog poremećaja i suicidalnosti.[357] Suicidalna ponašanja i postupci u *Dijagnostičkom priručniku za duševne poremećaje* susreću se kao modifikatori odnosno komplikacije određenih psihičkih poremećaja.[358] Stoga držimo potrebnim kako je u razlučivanju aktualnog stanja pastorala psihički oboljelih osoba važno prepoznati ponašanja koja mogu dovesti do suicidalnih ideja. Budući da vjernici koji izražavaju suicidalno ponašanje ostaju često nezamijećeni u redovitom pastoralu, pastoral psihički oboljelih nužno uključuje podršku vjernicima ugroženima samoubojstvom, odnosno djelovanje u korist dara života.

Samoubilačko ponašanje vrlo je složeno ponašanje. U ponašanju označenom kao samoubilačko istovremeno se sustižu i motivi življenja i motivi smrti. To znači da se, s jedne strane, pojavljuju očaj, ništavilo i besmislenost života, a s druge strane, postoji nada da bi ipak

[355] Usp. Aaron KHERIATY – John CIHAK, *Pobijedite depresiju snagom vjere. Medicinsko-duhovni pristup*, 38.
[356] Nikola VRANJEŠ, Depresija – izazov za vjerničku praksu. Pastoralne mogućnosti i perspektive, 111.
[357] Usp. Petrana BREČIĆ, Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima, u: *Medicus*, 26 (2017.) 2, 180.
[358] Dijagnostički priručnik za duševne poremećaje ne specificira dijagnostičke kriterije za suicid kao zasebnu kategoriju.

sve moglo poći na bolje.[359] Premda postoji više modela koji pokušavaju objasniti suicidalnost, uvijek valja uzeti u obzir da je suicidalnost odraz složene interakcije bioloških, psiholoških sociokulturnih i spiritualnih čimbenika.[360] Prema medicinskim istraživanjima 60-65% samoubojstava otpada na osobe oboljele od depresije, 30 % na osobe koje pate od raznih oblika anksioznosti (tjeskoba, strah, uzrujanost) a ostatak na osobe koje boluju od tjelesno neizlječivih bolesti.[361] U Hrvatskoj, u poslijeratnom razdoblju te uslijed ekonomske i društvene krize, brojni su čimbenici koji dovode do osjećaja beznađa, životne i radne besperspektivnosti te suicidalnosti visoko traumatiziranih i depresivnih osoba. Pojava nezaposlenosti, standarda i socijalne sigurnosti ostavljaju duboke tragove u svijesti ljudi te dovode do depresije, delikventnog ponašanja i samoubojstava. Svjetske statistike pokazuju da učestalost samoubojstava ovisi o vjerskoj pripadnosti.[362]

Prema DSM-5, za oboljele od velikog depresivnog poremećaja, vjerojatnost suicidalnog ponašanja postoji tijekom čitavog trajanja velike depresivne epizode.[363] Brečić navodi podatak da čak 15 % osoba liječenih zbog velikog depresivnog poremećaja počini samoubojstvo te smatra da je taj postotak zasigurno i veći među neliječenim depresivnim bolesnicima.[364] Također, rizik od počinjenja suicida viši je u osoba koje imaju težu i kroničnu bolest te dugotrajno trpe bol koja neprestano iscrpljuje osobu. Za muškarce oboljele od depresije, rizik je četiri puta viši nego za žene.[365]

Suicidalni rizik kod osoba sa shizofrenijom vrlo je visok. Njih, oko 5-6% okonča život samoubojstvom, oko 20% pokuša samoubojstvo (jednom ili više puta), a mnogo više bolesnika ima ozbiljne suicidalne ideje. Pritom treba imati u vidu da je suicidalno ponašanje ponekad reakcija na imperativne halucinacije da osoba ozlijedi sebe ili druge.[366] Sumanute ideje, najčešće, nisu povezane sa suicidalnim rizikom.[367] Glede shizofrenije, važno je u pastoralnom

---

[359] Usp. Miro JAKOVLJEVIĆ, Duhovnost i suicidalnost, u: Đulijano LJUBIČIĆ i suradnici (prir.), *Suicid i duhovnost*, Rijeka, 2010., 14.
[360] Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u Republici Hrvatskoj najveći broj samoubojstava registriran je 1987. godine, 1 153 slučajeva (stopa 24,1/100 000) te 1992. godine, 1 156 slučajeva (stopa 24,2/100 000). Najmanje izvršenih samoubojstava registrirano je 2000. godine, 926 slučajeva (stopa 20.9/100 000) te 2019. godine kada je zabilježeno 582 slučajeva (stopa 14,3/100 000). Na svako izvršeno samoubojstvo dolazi nekoliko pokušaja (8:1). Usp. HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO, *Registar izvršenih samoubojstva Hrvatske*, u: https://www.hzjz.hr/aktualnosti/izvrsena-samoubojstva-u-hrvatskoj-2020/ (13. VIII. 2021.).
[361] Usp. Mijo NIKIĆ, Samoubojstvo. Psihodinamika, prevencija i moralno vrednovanje, u: *Obnovljeni život*, 50 (1995.) 2, 186.
[362] Samoubojstvo je češće u zemljama s protestantskim pučanstvom nego u zemljama s katoličkim i židovskim pučanstvom. Usp. *Isto.*
[363] Usp. DSM-5, 167.
[364] Usp. Petrana BREČIĆ, *Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima*, 181.
[365] Usp. *Isto*.
[366] Usp. DSM-5, 104.
[367] Usp. Petrana BREČIĆ, *Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima*, 181.

pristupu imati u vidu dva koncepta koja se ističu kao moguća poveznica između shizofrenije i suicida: beznadnost i gubitak kontrole. Posttraumatski stresni poremećaj također je povezan sa suicidalnim mislima i pokušajima, a samo postojanje poremećaja može indicirati koje će osobe na kraju imati suicidalni plan ili pokušati suicid.[368]

Slijedom navedenoga, u teološko-pastoralnom razlučivanju aktualnog stanja pastorala psihički oboljelih, važno je osvrnuti se na duhovne potrebe osoba koje su pokušale samoubojstvo.[369] Osoba koja je pozvana pastoralno skrbiti za psihički oboljele osobe nerijetko će se susresti sa suicidalnim ponašanjem i suicidalnim mislima oboljelih ili će se naći u situaciji da pruži pomoć osobi koja je pokušala samoubojstvo. Klasifikacija opasnih ponašanja bliskih samoubojstvu, prema Psihijatrijskom institutu Sveučilišta iz Columbia (SAD) pruža korisne detalje u razumijevanju slučajeva koji se mogu susresti u pastoralnoj skrbi. Spomenuti Institut suicidalna ponašanja razvrstava u tri kategorije:

a) suicidalni događaji u koje se ubrajaju počinjeni suicid, pokušaj suicida uzrokovan željom za smrću, pripremne aktivnosti za pokušaj suicida ili zaustavljeni pokušaj suicida;
b) nesuicidalni događaji u koje se ubrajaju samoozljeđujuće radnje bez suicidalne namjere i ostala opasna ponašanja bez namjere samoozljeđivanja;
c) nedeterminirani ili potencijalni suicidalni događaji u koje se ubrajaju razna samoozljeđujuća ponašanja i radnje, ali bez poznate namjere.[370]

Za pomoć osobi koja je pokušala samoubojstvo potrebno je poznavati motive koji su doveli do takvog radikalnog rješenja životne situacije. Drugim riječima, uspješnost savjetovanja ovisit će o poznavanju rizika koji su doveli do razmišljanja i prihvatljivosti ideje o suicidu. Osim prethodno spomenutih psihičkih poremećaja, faktori rizika mogu biti uzimanje droge ili obiteljska odnosno bračna situacija. U faktor rizika, također se ubraja i samoubojstvo kao rješenje za teže životne probleme.[371] U takvim okolnostima, osobe ne razmišljaju o samom činu samoubojstva nego o problemima za koje, prema trenutnom stanju u kojem se nalaze,

[368] Usp. DSM-5, 278.
[369] Približne procjene u SAD-u odnose se na podatak da se na svako izvršeno samoubojstvo može računati od 8 do čak 25 pokušaja suicida. Usp. Mihály SZENTMÁRTONI, Duhovno praćenje osoba (i rodbine) nakon pokušaja samoubojstva, u: Đulijano LJUBIČIĆ i suradnici (prir.), *Suicid i duhovnost*, 145.
[370] Usp. Lovro KLADARIĆ, Pastoralni doprinosi prevenciji samoubojstva, u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije i Srijemske biskupije,* CXLIII (2015.) 5, 32.
[371] Prema Szentmártony muškarci su skloniji razmišljanju o samoubojstvu kao rješenju životnih problema. Samoubojstvo je češće u situacijama kad osoba boluje od neizlječive bolesti te isto tako, neoženjenima je prihvatljivije rješenje samoubojstva nego oženjenim osobama. Usp. Mihály SZENTMÁRTONI, *Duhovno praćenje osoba (i rodbine) nakon pokušaja samoubojstva*, 145-146.

jedini izlaz vide u okončanju života. To znači da »smrt ne igra središnju ulogu kod osoba koje razmišljaju o samoubojstvu, nego se radi o kriznoj situaciji u kojoj je samoubojstvo u središtu pažnje kao krajnje, odnosno jedino rješenje nekog životnog problema.«[372] Što je prisutnija ideja o prihvatljivosti suicida, kao rješenja za životne situacije, veći je broj pokušanih suicida. Imajući u vidu navedeno, od iznimne je važnosti u tijeku razlučivanja situacije i savjetovanja ne ići za osudom nego za ciljem da se rekonstruira pozadina pribjegavanja samoubojstvu kao jedinom radikalnom rješenju problema.

Iako pripadnost zajednici i osobna religioznost predstavljaju zaštitu od samoubojstva, u redovitom pastoralu nerijetko skupina vjernika koja izražava suicidalno ponašanje ostaje nezamijećena.[373] Upravo to predstavlja aktualno stanje pastorala koji nužno mora voditi računa o redovitom praćenju vjernika kod kojih je uočljiv suicidalni rizik. Također, u svjetlu navedenoga otkriva se svrha pomoći osobama koje su pokušale samoubojstvo: pružiti nadu za budućnost. To znači neprestano isticati da, u rješavanju problema, postoje druga rješenja nego što je to samoubojstvo. Na taj način pastoralni djelatnik, svojim iskrenim zanimanjem za problem, demantira obrambeni stav osobe koja rješenje pronalazi jedino u samoubojstvu te iskrenim pristupom pruža sliku Boga koji je ljubav, koji se brine i bezuvjetno prihvaća svaku osobu.

3.2.2. Nezrela religioznost

U djelovanju Crkve, osobito kada je riječ o pastoralu bolesnika, od iznimne je važnosti prepoznati utjecaj i obilježja nezrele religioznosti na mentalno zdravlje. Nedvojbeno je da religioznost pozitivno utječe na psihičko zdravlje pojedinca.[374] Ipak, katkada, religioznost može negativno utjecati na psihičko zdravlje i predstavljati rizičan faktor. Stoga je u pastoralno-teološkom razlučivanju potrebno jasno razlučiti dobrobit istinske religioznosti koja svojim zrelim i duhovnim, molitvenim i moralnim životom povezuje vjernika s Bogom, jača nutarnji svijet i stav te na taj način pozitivno utječe na mentalno zdravlje. Naspram pozitivnih utjecaja, potrebno je uočiti iskrivljene predodžbe koje vjernici imaju o Bogu, o sebi i o moralnim vrijednostima. Također, važno je istaknuti prisutnost pogrešnih oblika molitve, žrtve, pokore, odricanja kao i prenaglašenog osjećaja krivnje izazvane skrupuloznošću. Jedan od rizičnih faktora, odnosno psihopatoloških oblika religioznosti, jesu ekleziogene neuroze. Istraživanjem

[372] *Isto*, 146.
[373] Usp. Lovro KLADARIĆ, *Pastoralni doprinosi prevenciji samoubojstva,* 34.
[374] Usp. Ilija ŽIVKOVIĆ – Suzana VULETIĆ, Ekleziogene neuroze u psihopatološkim oblicima religioznosti, u: *Društvena istraživanja*, 16 (2007.) 6, 1263.

ekleziogenih neuroza, autori Živković i Vuletić uočavaju da je pojam ekleziogenih neuroza prisutan u literaturi ali o njemu se najčešće govori usputno i bez detaljne analize.[375]

Uvid u problematiku zahtijeva, najprije, definiranje neuroza. Pojam »neuroza« ili »mali psihički poremećaj« kako se još često zove podrazumijeva psihičke poremećaje kod kojih nije moguće ustanoviti promjene na mozgu, živcima ili u organizmu. Dakle, kod neuroza nije nađena značajna morfološka promjena koja bi trebala biti uzrokom njihovog javljanja nego je uzrok poremećaja patološki strah.[376] Strah može biti vidno izražen ili skriven, no redovito se javlja kao skup simptoma koji uvjetuju patološke reakcije u ponašanju. Stalni izvor neuroza dovodi do poremećaja ličnosti iz kojega se zapravo rađaju simptomi koji su kroničnog tijeka. Usprkos činjenici da neurotične osobe pokazuju dramatične simptome u oblicima ponašanja, one ne gube odnos prema realnosti. Sposobnost razlučivanja fantazije i realnosti kod neurotičnih je osoba očuvana, što nije slučaj u psihozama.[377] Ipak, valja napomenuti da osoba ne prepoznaje simptome abnormalnog karaktera niti je svjesna svoga stanja. »Neuroze se podudaraju s poremećajima instinktivnog ponašanja, sa psihopatološkim duševnim poremećajima te poremećajima karaktera, kao i poremećajima u kojima dominira strah.«[378]

Prisutnost neurotičnih simptoma sve je češća kod opće populacije. Posljedice velike zastupljenosti neuroza odražavaju se na funkcioniranje pojedinca i obitelji te postaju sve veća smetnja u normalnom društvenom funkcioniranju i normalnoj religioznosti.[379] S obzirom da pojavnost neuroza u općoj populaciji, za očekivati je prisutnost neuroza i kod vjernika. Ovdje treba napomenuti, kako to ističu Živković i Vuletić na temelju istraživanja, da »pripadnost kršćanstvu ili religiji nije važan faktor neurotičnih simptoma, nego, štoviše, kršćanske vrijednosti i vjera mogu pridonijeti umanjenju osjećaja krivnje.«[380] Stoga, većina psihologa i psihijatra smatra da su neurotični simptomi prisutni uglavnom kod vjernika nezrele religioznosti. Neprimjeren vjerski odgoj, potaknut iskrivljenim predodžbama o Bogu[381] koje zastrašuju i oštećuju povjerenje prema njemu i dovode do nesigurnosti u vjeri, potiču

---

[375] Usp. *Isto*, 1263.
[376] Usp. Tanja FRANČIŠKOVIĆ, Neurotski, anksiozni, stresom uzrokovani i somatoformni poremećaji, u: Ljiljana MORO – Tanja FRANČIŠKOVIĆ i sur., *Psihijatrija: udžbenik za više zdravstvene studije,* 121-122.
[377] Usp. *Isto,* 121-122.
[378] Ilija ŽIVKOVIĆ – Suzana VULETIĆ, *Ekleziogene neuroze u psihopatološkim oblicima religioznosti*, 1265.
[379] Neurotični poremećaji češći su kod žena nego kod muškaraca. Javljaju se uglavnom između 20. i 30. godine života, a oboljeli dolaze iz svih društvenih klasa i zanimanja. Istraživanja neurotičnih poremećaja kod stanovnika u Europi potvrđuju godišnji rast neurotičnih poremećaja kod muškaraca za oko 2,2%, a kod žena za nešto više od 4%. Podaci navedeni prema: *Isto*, 1266.
[380] *Isto*, 1267.
[381] Dok prave slike o Bogu pomažu osobi da zauzme pravi odnos prema Bogu, da u Bogu nađe sigurnost i mir znajući da Bog bezuvjetno ljubi čovjeka bez obzira na čovjekove krive postupke, krive slike o Bogu uzrokuju bježanje ili pobunu protiv njega, a samim time mogu uzrokovati duševne poremećaje. Usp. Mijo NIKIĆ, *Slika Boga u vjerskim sljedbama i novim religioznim pokretima*, Zagreb, 2003., 14-19.

komponente nezrele religioznosti.[382] Prisutnost komponenti nezrele religioznosti može dovesti do neurotičnih simptoma, odnosno ovakav pristup vjeri može dovesti do svojevrsnih ekleziogenih neuroza.

Ekleziogene neuroze pripadaju, kako smo već spomenuli, slabo istraženom znanstvenom području. Unatoč tomu, u znanstvenoj literaturi susreće se pojam ekleziogenih neuroza. Prema Živković i Vuletić »ekleziogene su neuroze oblici nezrela ponašanja, a obuhvaćaju neurotičnu religioznost koju karakterizira kontradiktorno ponašanje: s jedne strane utopistička naivnost, a s druge racionalizam; s jedne strane moralna hiperskrupuloznost, a s druge strane laksizam; prezir prema vlastitu tijelu uz istodobnu hipohondriju; agresivnost prema vjerskim autoritetima i istodobno servilnost; sklonost pokazivanju i istodobno želja da se sakrije; potreba da bude čašćen i istodobno sažalijevan.«[383] Svi nabrojani oblici religioznog ponašanja u temelju su patološke naravi. Religioznost može postati opterećenje i predstavljati poteškoće kad osoba religijske vrijednosti shvati kao nametanje prevelikih moralnih zahtjeva ili kad religiozna zajednica posjeduje mehanizme kontrole na pojedincem. Karakterna dispozicija, pogrješno shvaćanje vjerskih zahtjeva i nepoznavanje kršćanske vjere te kontrola kojoj su izložene osobe može dovesti do ekleziogenih neuroza. Ovdje treba spomenuti i neprimjerene govore i pouke vjerskih službenika koji u svojim dramatičnim propovijedima i nagovorima naglašavaju moralne nedostatke i propuste koji bi se odnosili na sve prisutne. Na taj način »visoko moralne propovijedi mogu dovesti do toga da se solidan vjernik počne intenzivno baviti svojim propustima i nedostatcima i razvije osjećaj vlastite bezvrijednosti što u konačnici može uroditi neurotičnim simptomima.«[384]

Sijedom navedenoga razvidno je da za pastoralno djelovanje u susretu sa psihički oboljelim osobama osobitu važnost predstavlja prepoznavanje nezrele religioznosti što pomaže u razlučivanju jasnih granica između odgovarajućeg pastoralnog pristupa i oblika psihoterapije. Stoga je potrebno prepoznati psihopatološke tipove religioznosti koje je moguće uočiti kao oblike ekleziogenih neuroza. Detaljna razrada psihopatoloških tipova religioznosti prelazi okvire rada no, u kontekstu pastoralno-teološkog razlučivanja stanja pastorala sa psihički

[382] Pritom se ne smije zanemariti psihička nezrelost. »Kad govorimo o nezrelosti ili pak o nekom psihičkom poremećaju, tada trebamo uzeti u obzir simptome koje osoba pokazuje i ima, zatim kakvo joj je ponašanje, kakve su joj kognitivne funkcije, crte ličnosti, fizički znakovi, kombinacija raznih sindroma, kao i trajanje svih navedenih, te naposljetku radi li se o karakteristikama koje se pojavljuju u redovitom životu ili su pak navedene karakteristike dio prijelaznog razdoblja nekog pojedinca jer se nalazi u stresnoj fazi vlastitog života« Josip BOŠNJAKOVIĆ, Psihička zrelost ili minimalna sposobnost za sklapanje ženidbe, u: Josip ŠALKOVIĆ (ur.), *Zaručništvo i priprava za ženidbu.* Zbornik radova VII. Međunarodnog znanstvenog simpozija crkvenih pravnika u Subotici, 11. – 12. listopada 2013., Zagreb, 2015., 228-229.
[383] Ilija ŽIVKOVIĆ – Suzana VULETIĆ, *Ekleziogene neuroze u psihopatološkim oblicima religioznosti*, 1268.
[384] *Isto*, 1270.

oboljelim odraslim osobama, važno je upoznati različite tipovi nezrele religioznosti koji su u temelju eklezogenih neuroza. Stoga u nastavku navodimo psihopatološke tipove religioznosti koje, slijedeći analizu D'Acquino, Živković i Vuletić uočavaju kao oblike ekleziogenih neuroza:[385]

a) Ovisna religioznost – Crkva je institucija koja omogućuje određenu sigurnost i jamstvo je spasenja;
b) Religioznost koja nagrađuje, za osobe je sredstvo u rješavanju problema i stoga se Boga sjećaju samo u slučajevima potrebe;
c) Zamjenska religioznost pruža nezrelim osobama vlastitu afirmaciju, ali ne na duži rok što rezultira udaljavanjem od Crkve;
d) Religioznost iz straha onaj je tip religioznosti koji predočava Boga koji kažnjava, a ne kao onoga koji bezuvjetno ljubi čovjeka. U svojoj religioznosti osoba smatra da Božja kazna stiže odmah nakon počinjenoga grijeha, što ulazi u sferu patologije.
e) Mazohistička religioznost, kao što sam naziv upućuje, označava religiozni izražaj mazohiste – nezrele psihoafektivne ličnosti koja pod utjecajem nasilnih i patološki okrutnih misli ima potrebu da zadovoljštinu stekne patnjom i kadar je kažnjavati se sve do krvi. U takvom tipu religioznosti odnos s Bogom predstavljala se krajnjom podređenošću.
f) Hipomanična religioznost ima za posljedicu konfuziju između želja i realnosti. Osobe zaokupljanje svojim duševnim stanjem ne stavljaju se na raspolaganje drugima već i kada čine nešto dobro, čine to na prilično agresivan način. Uvjereni su da posjeduju povlaštenu vjeru te su, pretežno zato što su vrlo nesigurni u svojoj vjeri, netolerantni prema nevjernicima.
g) Opsesivna religioznost povezana je s opsesijom[386] koje se osoba ne može osloboditi te zbog toga osjeća tjeskobu i napetost. Jedan od karakterističnih iskaza u opsesivno-kompulzivnim reakcijama[387] jesu fiksne i nesređene ideje poput skrupula, neodlučnosti, nekontroliranih strasti i dr. Jedan od primjera izričaja opsesivne religioznosti, zbog stanja u kojem se osoba nalazi, svakako je mehanička molitva koja ne izražava nikakvu moralnu kvalitetu onoga koji moli. Dok osoba ustima moli odnosno izgovara riječi molitve, misli nisu u skladu s onim što se izgovara. Važno

[385] Usp. *Isto*, 1271.
[386] »Opsesije su ponavljajuće i ustrajne misli, porivi ili slike koji se doživljavaju kao nametljive i neželjene.« *DSM-5*, 235.
[387] Kompulzije su »opetovana ponašanja ili mentalne aktivnosti za koje osoba osjeća da ih mora izvesti kao reakciju na neku opsesiju ili prema određenim pravilima kojih se mora strogo pridržavati.« *Isto.*

za ovo područje vjerske patologije svakako je skrupuloznost – opsjednutost grijehom. Kako bi se oslobodila grijeha, osoba kontinuirano pristupa sakramentu ispovijedi, no odmah nakon primljenog oproštenja iznova se javlja prijeka potreba za optuživanjem.

Gore navedeni tipovi iskrivljenih oblika vjerovanja najočitiji su primjer ekleziogenih neuroza. Pritom treba imati u vidu da psihopatološki tip religioznosti nije isto što i ekleziogena neuroza jer je činjenica da mnogi vjernici svojim osobnim psihičkim poteškoćama, bilo svjesno ili podsvjesno, pridodaju vjerski smisao.[388]

3.2.3. Pastoralna skrb za psihički oboljele osobe u kontekstu nosivih elemenata života i djelovanja Crkve

Pastoral bolesnika, kao i cjelokupno djelovanje zajednice Isusovih učenika, aktualizacija je Kristova spasenjskog djelovanja. Da bi Crkva mogla ostvarivati svoje djelovanje, kako po pojedinim članovima tako i po čitavoj zajednici, važno je u teološko-pastoralnom promišljanju uočiti kako pastoral psihički oboljelih osoba podrazumijeva djelovanje crkvene zajednice prema spasenju osoba, putem navještaja riječi, liturgijskih slavlja i molitve te služenja i svjedočenja kršćanske ljubavi. Pri tom treba imati u vidu situaciju, mjesto i vrijeme koji su neposredno povezani oko skrbi za oboljele osobe. Imajući u vidu gornje navode, u nastavku ćemo se osvrnuti na tri navedene dimenzije. Zapravo su te dimenzije nosivi elementi djelovanja crkvene otajstvene zajednice te stoga predstavljaju i nezaobilazne čimbenike u teološko-pastoralnom razlučivanju.

Navještaj Božje riječi, kao nepromjenjivi element pastorala bolesnika, neizostavan je dio liturgijskih sakramentalnih i nesakramentalnih slavlja. Također, brojni izvanliturgijski susreti prožeti su navještajem Božje riječi koja ljudsku egzistenciju osvjetljuje Božjim svjetlom, pomaže osobi uroniti u dubinu Božjih otajstava te predstavlja vrelo nadahnuća za konkretni život.[389] Primjer svetopisamskog pravednika Joba pojašnjava kako bolesniku nije potrebna rasprava nego netko tko će ga prihvatiti u njegovoj bolesti, biti prisutan i poslušati.[390] Stoga je u navještaju riječi potrebno uvijek iznova, usred bespomoćnosti zapaliti svjetlo nade koja postaje osloncem usred stresa i kušnje.

---

[388] Usp. Ilija ŽIVKOVIĆ – Suzana VULETIĆ, *Ekleziogene neuroze u psihopatološkim oblicima religioznosti*, 1274.
[389] Usp. Nikola VRANJEŠ, Cjeloviti pastoral bolesnika i zdravstvenih djelatnika, 357-358.
[390] »Slušajte, slušajte dobro što ću reći, utjehu mi takvu barem udijelite« (Job 21,2).

U kontekstu našeg promišljanja, navještaj Božje riječi i katehizacija mora obuhvatiti najprije promicanje istinskog značenja zdravlja koje je u povezanosti s čovjekovim vječnim pozivom. Važno je naglašavati da se zdravlje iz kršćanske perspektive promatra kao jedan od preduvjeta za služenje u ljubavi, no ono ne može i ne smije nikada biti apsolutizirano. Ispunjen život ne može se poistovjetiti sa zdravljem jer se ispunjenje života može iskusiti i u životnom razdoblju narušenog zdravlja. Stoga pastoralno djelovanje kada je u pitanju pristup psihički oboljelim osobama treba iznalaziti načine djelovanja i zalaganja glede obnovljenog djelovanja za zaštitu dostojanstva s neprestanim naglaskom na kršćansku antropologiju prema kojoj oboljela osoba uvijek ostaje dionik ljudskog i kršćanskog dostojanstva.[391] U tom kontekstu važno je da se aktualiziranju Božje poruke ne pristupa pojednostavljeno i »kao nekakvom gotovom neodređenom uporištu za život i djelovanje, već kao stvarnom orijentiru i vrelu nadahnuća i u najtežim trenucima života.«[392] Mnoga istraživanja koja se bave odnosom duhovnosti i mentalnog zdravlja potvrđuju djelotvornost žive Božje riječi te se sve više, u cilju očuvanja mentalnog zdravlja uočava pozitivan utjecaj vjerske prakse.[393]

Za otkrivanje mogućnosti aktivnog sudjelovanja u pastoralu bolesnika, za osobe koje boluju od depresije jedan je od ključnih elemenata uspostavljanje kvalitetnog dijaloga. Klinička slika i obilježja depresije pokazuju da taj psihički poremećaj pogađa čitavu osobu, utječe i ostavlja posljedice u svim dimenzijama života oboljele osobe. Drugim riječima, depresija zahvaća i duhovnu dimenziju čovjekova života te se posljedice bolesti očituju u odnosu depresije i vjere. »Odnos između vjere i depresije vrlo je složen; aktualna depresija utječe negativno na vjeru i duhovni život oboljelih, a prava vjera opet može mnogo pridonijeti prevenciji i izlječenju od depresije.«[394] Zbog specifičnosti bolesti depresije, pristup oboljelim osobama, u skladu s trenutnim životnim odrednicama nužno zahtijeva različite kriterije pastoralnog pristupa. Treba imati u vidu da pastoralna skrb u teškoj depresiji zahtijeva veliko strpljenje i suživljavanje s problemom. Najvažnije je prihvatiti osobu i suosjećati s njom, razumijevati i hrabriti, govoriti o Božjoj ljubavi i Bogu koji je pun suosjećanja i brine se za čovjeka bez obzira na trenutno stanje u kojem se oboljela osoba nalazi. U snazi Isusove patnje, osobne patnje zadobivaju novi smisao i postaju snaga spasonosna trpljenja. Stoga je potrebno,

[391] Usp. Nikola VRANJEŠ, Izloženost i ranjivost bolesnih. Poziv pastoralnoj odgovornosti Crkve, u: Ante MATELJAN (ur.), *Ecce homo! Medicinski i teološki pristupi*, 257-258.
[392] Usp. Nikola VRANJEŠ, Cjeloviti pastoral bolesnika i zdravstvenih djelatnika, 358.
[393] Osvrt autora Kheriaty i Cihak na kvantitativna istraživanja o temi privrženosti vjeri i mentalnog zdravlja, provedena tijekom deset godina, donosi podatak da je čak 72% istraživanja utvrdilo pozitivnu vezu između pripadnosti vjeri i mentalnog zdravlja. Usp. Aaron KHERIATY – John CIHAK, *Pobijedite depresiju snagom vjere*, 65.
[394] Jelena IVELIĆ, Duhovne terapije i depresija, u: Đulijano LJUBIČIĆ i suradnici (prir.), *Depresija i duhovnost*, 197.

u pristupu oboljelima imati spremnost za vođenje razgovora o svakodnevnim životnim događajima i pružati, ukoliko je potrebno, praktičnu pomoć.

Važno je naglasiti da se jedna od poteškoća koja se javlja pri molitvenom zazivu, kod depresivnog psihičkog poremećaja, svakako odnosi na osobnu krivnju. Molitveni život depresivnih osoba često je pod utjecajem iluzija ideje o krivici i grešnosti. Ovakve iluzije javljaju se kod kršćana koji pate od oblika depresivne sumanutosti. Osoba je uvjerena da Bog ne želi čuti molitveni vapaj zbog neprihvaćanja promašaja dotične osobe. Sumanuta ideja nema poveznice s pravim uvjerenjem o grijehu. Nakon počinjena i ispovjeđena grijeha, osoba je u stanju milosti i u povezanosti s Kristom bez obzira kako se ona osjeća. Ovu objektivnu činjenicu ne može poništiti ni umanjiti nikakva patnja i iluzija o krivici, koliko god se učinili trenutno teškom osobi koja je zahvaćena tom idejom. Stoga ako je osoba depresivna ili se nalazi u nekom drugom fizičkom ili emocionalnom stanju, to nije znak da je u stanju grijeha. Molitva osobi oboljeloj od depresije predstavlja specifičnu duhovnu aktivnost, daje utjehu i nadu te »povećava osjećaj povjerenja prema sebi i ljudima oko sebe koji se bore za dobrobit oboljelog.«[395]

U svjetlu gornjih naznaka treba dodati da bi vjernici trebali izdržati napetosti i zauzeti zdrav stav prema zahtjevima koja vjersko učenje stavlja pred njih. No, ima onih koji vjerske zahtjeve shvaćaju prekruto te si ne mogu lako oprostiti svoje manjkavosti. Upravo je tu od iznimne važnosti navještaj Božje riječi i upoznavanje Boga koji čovjeka bezuvjetno prihvaća pa i onda kada je čovjek zbog svoje slabosti iznevjeri sebe i Boga. Stoga bi pastoralno djelovanje trebalo pomoći vjerniku graditi realan transcendentalni odnos. Važno je da se u tom odnosu ne predstavlja Boga srditim sucem koji kažnjava čovjeka, već upoznaje Boga koji razumije čovjeka i svojom prisutnošću prati čovjeka u svim prilikama njegova života. Iz toga je, naime, jasno da se navještaj Riječi treba usmjeriti prema važnosti Božje riječi u životu psihički oboljelih vjernika.[396] Važno je da osoba koja boluje od depresije ne bude zaokupljena samom sobom nego da sav svoj napor usmjeri prema van. U skladu s istaknutim valja napomenuti da se ključ po kojem će oboljela osoba čuti Božju riječ nalazi upravo u odvraćanju pozornosti od vlastitih shvaćanja i u preusmjeravanju sa sebe na Boga i naviještenu riječ.

Glede shizofrenije, koju obilježava poremećaj misaonih procesa, ovisno o etapi bolesti važno je izabrati prikladan biblijski tekst. Stoga je od iznimne važnosti u pastoralnom

[395] Đulijano LJUBIČIĆ, *Duhovnost i psihijatrija. Što koristi čovjeku ako zadobije čitav svijet, a izgubi dušu*, Rijeka, 2009., 66.

[396] Pritom je uvijek kao kriterij ostvarivanja rasta u vjeri važno voditi računa o biblijskim tekstovima koji sadrže riječ utjehe i ohrabrenja. U tom kontekstu Ivelić navodi niz biblijskih citata koji mogu djelovati terapijski na oboljele od depresije. Više o tome u: Jelena IVELIĆ, Biblija i depresija, u: Đulijano LJUBIČIĆ i suradnici (prir.), *Depresija i duhovnost*, 166-195.

djelovanju znati da je duhovni život u akutnoj fazi shizofrenije narušen ali da tijekom remisije može pružiti pacijentu veliku podršku.[397] Vrlo je važno, nadalje, kod navještaja riječi, da bolesnik zadobije povjerenje u Boga i crpi snagu iz naviještene riječi. Navještaj riječi treba biti praćen čitavim nizom biblijskih primjera koji uvijek iznova pokazuju da Bog svoju sućut i moć pokazuje prema onima koji su slabi, koji pate i koji žive unutar ograničenja dijagnosticiranih bolesti. Pritom je jako važno da shizofrene osobe ne žive pod pritiskom. Također, od iznimne je važnosti istaknuti da kod oboljelih od shizofrenije postoji opasnost od doslovnog interpretiranja Biblije koje, prema istraživanjima, dovodi do suicida.[398]

Kao što je uočljivo iz već istaknutoga, u pastoralnom je pristupu od posebnog značenja razvijanje poosobljenoga pristupa na što pastoralni djelatnik mora biti posebno usmjeren u navještaju Božje riječi osobama koje pate od posttraumatskog stresnog poremećaja. Psihološka trauma i PTSP mogu snažno utjecati na vjeru u Boga. Pod utjecajem doživljenog iskustva kod traumatiziranih osoba vjera se urušava, a nerijetko se javlja i osjećaj krivnje te Božje nepravde.[399] Pastoralni djelatnici moraju biti toga svjesni kako bi mogli na prikladan način ostvarivati procese pastoralne skrbi.

3.2.4. Prepreke u doživljavanju Božje nazočnosti i slike Boga u psihički oboljelih osoba

Ljubav prema Bogu i bližnjemu, kao temeljni zakon koji je Isus ostavio svojim učenicima, u bolesti depresije dolazi u odnos koji je obilježen napetošću. Napetost odnosa pokazuje kako osoba, kada je teže depresivna, postaje sve manje sposobna očuvati svijest o Božjoj blizini, vjeru u Boga i ljubav prema bližnjemu. Ozbiljnost bolesti utječe na sposobnost zapažanja, na sposobnost mišljenja i osjećanja, na ulogu volje i postupke oboljele osobe. Molitva depresivnoj osobi postaje teret te je u iskušenju da se odrekne molitvenog razgovora i prisna susreta s Kristom. Katkada ovakvo stanje postaje frustrirajuće zbog izostanka motivacije i nesposobnosti »pronalaženja zadovoljstva u bilo kojoj aktivnosti – uključujući liturgiju, molitvu izgovorenu naglas ili u sebi – može dovesti do toga da pomisli da sve to nije vrijedno truda i da ju je Bog napustio.«[400]

---

[397] Usp. Đulijano LJUBIČIĆ, *Duhovnost i psihijatrija. Što koristi čovjeku ako zadobije čitav svijet, a izgubi dušu*, 56.

[398] Istraživanja koja su se bavila utjecajem religioznog učenja na psihotične osobe potvrđuju da doslovno interpretiranje Biblije može dovesti do nasilnog ponašanja, homicida i suicida. Više o tome u: Branka AUKST MARGETIĆ – Miro JAKOVLJEVIĆ, Odnos religioznosti i shizofrenije, u: Miro JAKOVLJEVIĆ i suradnici (prir.), *Duhovnost u suvremenoj medicini i psihijatriji. Dileme i izazovi*, 183-184.

[399] Usp. Đulijano LJUBIČIĆ, *Duhovnost i psihijatrija. Što koristi čovjeku ako zadobije čitav svijet, a izgubi dušu*, 89-90.

[400] Aaron KHERIATY – John CIHAK, *Pobijedite depresiju snagom vjere. Medicinsko-duhovni pristup*, 98.

U svjetlu navedenoga važno je prepoznavati negativne elemente koji narušavaju duhovnu dimenziju oboljele osobe. Pritom nerijetko do izražaja dolazi kriva slika o Bogu koja ima razoran učinak na duhovni život. U negativnim slikama, koje je Frielingsdorf izdvojio na temelju Isusovih susreta s farizejima, izdvajaju se četiri vrste pogrješnih slikâ Boga: Bog kao sudac, Bog smrti, Bog račundžija i Bog učinka.[401] Nasuprot spomenutim krivim slikama o Bogu potrebno je u pastoralnom pristupu psihički oboljelim osobama isticati pozitivne slike o Bogu koje predstavljaju temeljni oslonac za uspostavljanje iskrenog odnosa s Njim. U tom kontekstu, Szentmártony donosi četiri slike Boga koji je prisutan i djeluje u povijesti: Bog stvoritelj, Bog dobri pastir, Bog Otac s majčinskim crtama i Bog suputnik i supatnik.[402] Dakle, u susretu s osobama koje stvaraju krivu sliku o Bogu zahtjevan je zadatak pastoralnog djelatnika pomoći osobama da negativne slike preinače u pozitivne slike koje se susreću u biblijskoj objavi. Drugim riječima, od iznimne je važnosti pomoći osobi otkriti sliku Boga koji suosjećajno prati i pomože osobe u njihovim patnjama izazvanim psihičkim poremećajem.

Kod oboljelih od depresije potrebno je, u promišljanju o pastoralnom pristupu, istaknuti shvaćanje Božje nazočnosti. Božja nazočnost u čovjekovoj duši objektivna je činjenica i nije ovisna o subjektivnom stanju osobe koja u dubini duše osjeća da ju je Bog napustio. Bez obzira što osoba prolazi trenutno 'dolinom sjena', Božja se nazočnost nalazi usred njihove tame. U skrbi za oboljele od depresije, također, ne smije izostati ohrabrenje; važno je hrabriti osobu u svjetlu nade da postoji izlaz iz depresije. Za pastoralno djelovanje, u smislu ohrabrenja za svjedočenje kršćanske ljubavi, pomoć osobama u teškoj depresiji zahtijeva suživljavanje s njihovim problemom. Osobu najprije treba prihvatiti, hrabriti i svjedočenjem govoriti o Božjoj ljubavi, čak i u trenucima kada to oboljela osoba ne može osjetiti. Također, važna je postupnost prema kojoj će ciljevi biti postavljeni jedan po jedan uz važnu napomenu da oboljela osoba kojoj se pruža pastoralna skrb ne smije nikada osjetiti pritisak duhovnih zahtjeva. To ujedno znači da je potrebno osobu neprestano usmjeravati na zadovoljenje osobnih ali i potreba koje će biti u službi zajedničkog dobra.[403]

Glede doživljavanja slike Boga, kod shizofrenije, treba biti vrlo oprezan. U kroničnoj fazi bolesti, pacijentovo ponašanje određuje bolest i stoga govor o Božjoj nazočnosti treba prilagoditi ovisno o fazi bolesti. Pacijenti obično postavljaju pitanja o smislu i o vjeri, o uzrocima bolesti, tijeku same bolesti ali i o snalaženju u svakodnevnom životu. Za osobu koja

[401] Usp. Mihály SZENTMÁRTONY, *Osjetljivost za čovjeka. Pastoralna psihologija*, 60-61.
[402] Usp. *Isto,* 61-62.
[403] Usp. Đulijano LJUBIČIĆ, *Duhovnost i psihijatrija. Što koristi čovjeku ako zadobije čitav svijet, a izgubi dušu*, 65-66.

je uključena u pastoralnu skrb nužno je pri susretu s oboljelima od shizofrenije postaviti jasne granice između ohrabrenja i poticaja zbog kognitivnih i socijalnih deficita koji utječu na procesuiranje informacija. Budući da kognitivni deficiti, koji su usko povezani s profesionalnim i funkcionalnim oštećenjima, mogu uključivati redukciju deklarativnog pamćenja radne memorije, jezičnih funkcija i drugih izvršnih funkcija koja vodi do sporijeg procesuiranja, važno je u pastoralnom pristupu prilagoditi govor o Božjoj nazočnosti. Pritom treba imati u vidu da »neke osobe sa shizofrenijom pokazuju deficit u socijalnim spoznajama, uključujući deficit sposobnosti procjene namjera drugih osoba (teorija uma) te mogu uočiti, a potom interpretirati, beznačajne događaje ili podražaje kao značajne, što može rezultirati stvaranjem interpretativnih sumanutosti.«[404] Stoga pastoralni pristup ne bi trebao biti odvojen od praktične pomoći i savjeta, izrečenim jednostavnim i uvjerljivim riječima i temeljenim na biblijskim činjenicama. Slijedom navedenoga, jedna od vrlo važnih značajki u pastoralnom pristupu oboljelima od shizofrenije predstavljaju suosjećanje i strpljenje.[405]

Istraživanja glede posttraumatskog stresnog poremećaja potvrđuju da »vjera ima pozitivno djelovanje nakon traumatskog iskustva u smislu posttraumatskog rasta i to svladavanjem egzistencijalnih dilema.«[406] Stoga je važno prilikom pastoralnog pristupa uzeti u obzir neke od tema koje doprinose jačanju čovjekove duhovne dimenzije. U tom kontekstu Ljubičić navodi osnovne teme za dušobrižništvo: naglašavanje važnosti čovjeka kao cjelovite i jedinstvene osobe, razumijevanje osobe i prihvaćanje osobnih duhovnih iskustava koja mogu biti vrlo korisna u pristupu bez obzira što mogu izgledati patološka te uključivanje članova obitelji i prijatelje u skrb za osobu.[407] Takav pogled izdvaja dušobrižništvo kao snagu koja jača osjećaj oprosta, što je ujedno neophodno za obnavljanje života u pozitivnom smjeru, u svim sferama.[408]

3.2.5. Odgovornost obitelji oboljelih i vjerničke zajednice

Pastoral bolesnika, kao integralni dio pastorala Crkve, svoje cjelovito djelovanje ostvaruje uključivanjem župne zajednice kao nositelja pastorala u pastoralno-zdravstvenoj skrbi. Dakle, pastoral bolesnika poziva na odgovornost i obvezuje čitavu crkvenu zajednicu. Uz svećenika koji je izravno uključen u taj segment pastorala, od odgovornosti se ne može osloboditi nijedan kršteni član Crkve. Drugim riječima, svatko je pozvan ostvarivati Isusovu

[404] *DSM-5*, 101.
[405] Usp. Samuel PFEIFER, *Bodriti slabe. Suvremena psihijatrija i dušobrižništvo*, 168.
[406] Đulijano LJUBIČIĆ, *Duhovnost i psihijatrija. Što koristi čovjeku ako zadobije čitav svijet, a izgubi dušu*, 89.
[407] Usp. *Isto,* 89-90.
[408] Usp. *Isto,* 89.

zapovijed ljubavi prema njegovoj životnoj praksi i teoriji. Dušobrižnički, stoga, djeluje svatko tko pomaže i ohrabruje krštenike u njihovu pokušaju primjenjivanja Isusova stila ophođenja, koji za kršćane predstavlja imperativ pastoralnog djelovanja Crkve.[409] Prema tome, udruženost i suradnički odnos svih članova Crkve, glede poziva i službe koju obavljaju, važan je čimbenik djelovanja u pastoralnoj skrbi za psihički oboljele osobe.[410]

Kako bi se pastoral bolesnika ostvarivao na što je moguće skladniji način, važno je istaknuti specifične odgovornosti i način sudjelovanja obitelji i zajednice u tom vidu pastorala. Doprinos župne zajednice i obitelji, s obzirom na ograničenja koja su posljedica bolesti, ogleda se ponajprije u nastojanju da se bolesnika uključi u život crkvene zajednice, a zatim da se unaprijedi zajedništvo koje se tiče područja društvene sfere života.[411] Pružajući potporu bolesniku i njegovoj obitelji župna zajednica pridonosi unapređenju stanja bolesnika i pomaže bolesnicima u ostvarivanju poslanja u Crkvi. Istodobno, župna je zajednica pozvana biti oslonac obitelji bolesnog člana. »Župa je u prvom redu pozvana prihvaćati i pratiti obitelji u njihovim životnim okvirima. Ona danas treba sve više postajati zajednicom koja pastoralno 'izlazi' prema obiteljima, a osobito onima na tzv. periferijama života društva.«[412] Djelovanje župne zajednice, dakle, poprima specifične konture koje pokazuju pravac i moguće angažmane u službi ostvarenja prisutnosti Crkve u pastoralno-zdravstvenoj skrbi za psihički oboljele osobe. Svoje poslanje u takvim okolnostima župna zajednica ostvaruje suosjećanjem s obitelji, prihvaćanjem bolesnika i iskazivanjem solidarnosti koja je »najbolji govor o prisutnome Bogu.«[413]

Odgovornost župne zajednice za pastoralnu skrb bolesnika svoje uporište nalazi u teološkim postavkama župne zajednice.[414] Pastoralno djelovanje kršćanske zajednice polazi od preispitivanja stvarnosti bolesti i patnje u svjetlu utjelovljenja Sina Božjega kako bi iz tog događaja crpila snagu djelovanja i odgovore na brojna pitanja povezana s pojavom bolesti. Iz rečenoga proizlazi da sve aktivnosti koje poduzima crkvena zajednica trebaju biti usmjerene prema spasenju čovjeka. Ističući važnost crkvene zajednice u skrbi za bolesnika, Drugi vatikanski sabor podsjeća da »svetim pomazanjem bolesnika i molitvom svećenika cijela Crkva preporučuje bolesne trpećem i proslavljenom Gospodinu.«[415] Župa je, dakle, teološki prostor ostvarivanja euharistijskog zajedništva, slavlja sakramenata i molitvenog zajedništva. Uz

[409] Usp. Josip BALOBAN, *Pastoralni izazovi Crkve u Hrvata*, Zagreb, 1992., 170-172.
[410] Rezultati istraživanja koje propituje religioznost oboljelih od shizofrenije navode da jaku podršku vjerske zajednice ima samo 14.3% ispitanika, a 43% smatra da nema nikakvu podršku. Usp. Branka AUKST MARGETIĆ – Miro JAKOVLJEVIĆ, *Odnos religioznosti i shizofrenije* 192.
[411] Usp. Nikola VRANJEŠ, Izloženost i ranjivost bolesnih. Poziv pastoralnoj odgovornosti Crkve, 254-256.
[412] Nikola VRANJEŠ, *Projekt i metoda. Praksa vjere u svijetu promjena*, Zagreb, 2021., 81.
[413] Milan ŠIMUNOVIĆ, *Prenošenje vjere u promijenjenim okolnostima suvremenoga svijeta*, Zagreb, 2017., 124.
[414] Usp. Nikola VRANJEŠ, *Pastoral danas. Izabrane teme iz pastoralne teologije*, 258-263.
[415] *LG*, br. 11

liturgijske obrede, Crkva potiče vjernike da mole za bolesnike i predviđa molitve da im se ublaže boli i da pobijede bolest. U tome se ogleda briga šire duhovne obitelji, crkvene zajednice, za obitelj pogođenu bolešću i patnjom prema Pavlovu načelu: »Ako trpi jedan ud, trpe zajedno svi udovi« (1 Kor 12,26).

Važnu ulogu u liječenju osoba oboljelih od psihičkih poremećaja ima obitelj.[416] Teret skrbi o oboljelima u obitelji dovodi do različitih psiholoških stanja koje za posljedicu imaju lošiju kvalitetu života. Upućenost na župnu zajednicu pomaže obitelji oboljelih osoba da se, u svjetlu vjere lakše nose s bolešću a ukoliko oboljela osoba i članovi obitelji dijele iste vjerske vrijednosti, vjera postaje poveznica članova i koheziona sila u svladavanju problema i prihvaćanju patnje. Obitelj koja je opterećena bolešću člana potrebna je razgovora u vezi s dvojbama i iskušenjima koje doživljava. Stoga je važno pružiti podršku obitelji, imati strpljenja te ulijevati nadu u prihvaćanju svakodnevice. Takav pristup postaje plodno tlo za učenje kako izbjeći nepotrebne situacije i zadržati funkcionalnost obiteljske zajednice.[417] Važno je u pastoralnom pristupu uočiti kako je kod članova obitelji koje žive s ukućaninom oboljelim od shizofrenije izražen osjećaj krivnje. Bez obzira što nema stvarnog utemeljenja, osjećaj krivnje predstavlja dodatno opterećenje s kojim se članovi obitelji trebaju nositi. Glede istraživanja koja se bave problemom shizofrenije u obitelji, gotovo se svi istraživači slažu da je shizofrenija poremećaj s biološkom osnovom, ali da raznolike obiteljske poteškoće mogu isprovocirati shizofrene simptome kod ranjivijih članova obitelji.[418]

Posttraumatski stresni poremećaj može snažno narušiti vjeru u Boga. Vjera se urušava, a nerijetko i osnovni smisao života zbog čega dolazi do egzistencijalne krize. Javlja se osjećaj krivnje i Božje kazne te se osobe osamljuju i otuđuju iz najuže obitelji i šire zajednice.[419] Pfeifer navodi da je u svojoj liječničkoj praksi »upoznao mnoge ljude koji, i unatoč svojim najvećim naporima, jednostavno nisu uspjeli izaći na kraj sa stresnim situacijama samo uz pomoć molitve ili promjenom svojeg unutarnjeg stava.«[420] Slijedom navedenoga razvidno je da pastoral

[416] U tom kontekstu, Aukst Margetić navodi da je liječenje shizofrenije bez podrške obitelji osobito teško. Usp. Branka AUKST MARGETIĆ – Miro JAKOVLJEVIĆ, *Odnos religioznosti i shizofrenije*, 194.
[417] »Mnoga istraživanja upućuju na pojavu teških emocionalnih reakcija u članova obitelji koji imaju člana s psihijatrijskim simptomima. Tako je, primjerice, škotska istraživačka grupa za shizofreniju našla u 75% članova obitelji teške emocionalne reakcije kada su se suočili s prvom epizodom shizofrene bolesti liječene u bolničkim uvjetima. (…) U slučajevima kada se psihijatrijski simptom pojavio kod člana koji je već zasnovao svoju obitelj, njegova su djeca zakinuta za svu onu emocionalnost koja je neophodna tijekom njihova rasta i razvoja. Komunikacije u obitelji su stalno opterećene bilo brigama bilo tjeskobama, a obitelj nema onu kvalitetu življenja koju bi trebala imati.« Marijana MARANGUNIĆ, Psihijatrijski simptom i obitelj, u: Staniša NIKOLIĆ i suradnici (prir.), *Obitelj – podrška mentalnom zdravlju pojedinca. Teorijski i praktični priručnik obiteljske terapije,* 69.
[418] Istraživanja provedena 70-tih godina prošlog stoljeća upućuju na to da roditelji shizofrene djece češće boluju od poremećaja ličnosti ili smetnji u afektivnom životu. Usp. *Isto*, 73-74.
[419] Đulijano LJUBIČIĆ, *Duhovnost i psihijatrija. Što koristi čovjeku ako zadobije čitav svijet, a izgubi dušu*, 56.
[420] Samuel PFEIFER, *Bodriti slabe. Suvremena psihijatrija i dušobrižništvo*., 66.

psihički oboljelih osoba zahtijeva djelovanje pastorala u liku osoba koje će se znati i moći prilagoditi mogućnostima oboljelih. Također, takav pristup uključuje fleksibilnost u prihvaćanju bolesnikovih nemogućnosti, razumijevanje bolesnika, slavlje sakramenata u zajedništvu sa župnom zajednicom te raspoloživost za slušanje ne samo bolesnika nego i članova njegove obitelji.

3.2.6. Crkvena i bračna obiteljska savjetovališta u Republici Hrvatskoj i pastoralna skrb za psihički oboljele osobe

Prisutnost psihičkog poremećaja i utjecaj koji poremećaj ostavlja na obiteljski život jedan je od mnoštva izazova s kojima se susreću današnje obitelji. Sama činjenica kako prisutnost različitih poremećaja dovodi do lomljivosti psihičke egzistencije ne samo pojedinca nego i cijele obitelji, snažan je poticaj za traženje stručne pomoći kroz savjetovateljski tretman u prevladavanju promjena koje narušavaju skladan obiteljski život. Stoga u prikazu aktualnog stanja pastorala psihički oboljelih osoba držimo potrebnim osvrnuti se na prisutnost i djelovanje crkvenih bračnih i obiteljskih savjetovališta (BiOS-a) čija djelatnost obuhvaća psihološku pomoć u raznim životnim krizama te podizanje životne kvalitete.[421] Budući da se djelatnost crkvenih i bračnih savjetovališta ostvaruje preko savjetodavnog rada i psihoterapijskog rada, te je samim tim nužno povezana s organiziranim pružanjem pomoći, djelovanje BiOS-a prepoznaje se kao važan segment u sveukupnom crkvenom djelovanju, ističući pritom konkretno realiziranje pastorala psihički oboljelih osoba.

U *Direktoriju za pastoral obitelji Crkve u Hrvatskoj* ističe se kako je djelovanje savjetovališta dalekosežno te prema ostvarivanju ciljeva predstavlja vrlo osjetljivo i značajno područje crkvenog djelovanja. Stoga, djelovanje treba biti u skladu s crkvenim naukom, a osobe uključene u rad savjetovališta imati razvijene kompetencije na stručnoj i ljudskoj razini.[422] Kroz izniman trud koji ulažu djelatnici, suradnici i volonteri savjetovališta, savjetovanje i praćenje obitelji u teškim i kriznim situacijama od izuzetne je važnosti ne samo za Crkvu nego i za društvo u cjelini. Bračni parovi ili obitelji, dolaskom u savjetovalište i tijekom tretmana često puta otkrivaju prisutnost psihičkog poremećaja koji je ponekad pravi uzrok novonastalim problemima u obiteljima. Potrebno je, dakle, najprije prepoznati problem te, bez obzira na

[421] Usp. ĐAKOVAČKO-OSJEČKA NADBISKUPIJA, *Savjetovališta*, u: https://djos.hr/savjetovalista/ (7. IX. 2021.).
[422] Usp. HRVATSKA BISKUPSKA KONFERENCIJA, *Direktorij za obiteljski pastoral Crkve u Hrvatskoj*, Zagreb, 2002., br. 73

slabosti koje su uzrok obiteljskih kriza, savjetovanjem produbiti pozitivan stav glede braka i pružiti potporu u prevladavanju problematičnog razdoblja.

U Republici Hrvatskoj savjetovateljski rad provodi se u osamnaest crkvenih bračnih i obiteljskih savjetovališta.[423] U posljednjih 20-ak godina savjetovališta su postala mjesta pružanja istinske pomoći u obiteljskim životnim krizama.[424] Imajući u vidu kako je obitelj osnovna stanica društva ali i kućna Crkva, koja predstavlja važan čimbenik u pastoralnoj skrbi za psihički oboljele osobe, postaje jasnijim doprinos koji daju savjetovališta sveukupnoj društvenoj stvarnosti i pastoralnom djelovanju Crkve. Savjetovališta djeluju u cilju osnaživanja čovjeka u njegovoj potrazi za uravnoteženim, duhovnim i osnaženim životom. Na taj način, djelatnici savjetovališta postaju blagotvorna prisutnost u životima mnogih obitelji i pojedinaca, pružaju potporu te razvijaju kulturu pozornosti u Crkvi i društvu. U savjetovalištima se provodi psihološko savjetovanje »usmjereno na podršku, prevenciju i pojašnjavanje u procesu promjena korisnika koji dolazi na savjetovanje. Savjetovanje nije isključiv i zatvoren pristup, već interdisciplinaran, koristi se raznim tehnikama i vještinama, a prilagođava fazama savjetovanja.«[425] Slijedom navedenoga, djelovanje savjetovališta obuhvaća široko polje koje uključuje pružanje pomoći glede raznovrsnih poteškoća, odnosno rad savjetovališta uključen je u sve one stvarnosti koje se tiču svakodnevnih poteškoća obiteljskog života i problema s kojima se susreću današnje obitelji.

Prethodni navodi, također, ukazuju kako savjetovališta pružaju perspektive za usmjeravanje djelovanja prema obiteljima ili pojedincima koje se susreću s pojavom psihičkih poremećaja. Pritom je važno naglasiti kako mnoge osobe koje se javljaju u savjetovalište i traže pomoć često otkriju kako su krizne obiteljske situacije zapravo povezane s pojavom psihičkih poremećaja. U naznačenom smislu, svojom djelatnošću crkvena bračna i obiteljska savjetovališta sudjeluju u pastoralu psihički oboljelih osoba u Republici Hrvatskoj. Na temelju priređenog prikaza o djelovanju savjetovališta Ureda HBK-a za život i obitelj, u godinama neposredno nakon osnivanja svih savjetovališta, među najčešće probleme zbog kojih obitelji dolaze u savjetovalište, navode se razni psihički poremećaji, strahovi i tjeskobe kod depresivnih

[423] Usp. O strukturama obiteljskog pastorala, vidi: URED HBK ZA ŽIVOT I OBITELJ, *Obiteljski pastoral u Hrvatskoj*, u: https://obitelj.hbk.hr/strukture/ (8. IX. 2021.).

[424] Na inicijativu vlč. Marka Majstorovića, prvo obiteljsko savjetovalište osnovano je u 1968. u Slavonskom Brodu, dok je savjetovalište pri Rezidenciji Družbe Isusove u Zagrebu osnovano 1971. godine. Ostala savjetovališta u Republici Hrvatskoj osnivana su u razdoblju od 1991. do 2012., a većina ih je osnovana između 2002. i 2004. godine. Usp. Mate UZINIĆ – Petar-Krešimir HODŽIĆ, Doprinos bračnih i obiteljskih savjetovališta obiteljskom licu Crkve u Hrvatskoj, u: Josip BOŠNJAKOVIĆ – Ivana STVORIĆ (ur.), *Podrži me po svojoj riječi i živjet ću (Ps 119,116)*. Zbornik radova djelatnika i suradnika Bračnih i obiteljskih savjetovališta pri nad/biskupijama u Republici Hrvatskoj, Slavonski Brod, 2021., 12-13.

[425] Suzana MATOŠEVIĆ, Pregovaranje u bračnim i obiteljskim sukobima, u: Josip BOŠNJAKOVIĆ – Ivana STVORIĆ (ur.), *Podrži me po svojoj riječi i živjet ću (Ps 119,116)*, 61.

osoba, anksioznost, depresija kod žena srednjih godina, stres, suicidalnost i dodatne otežavajuće okolnosti (razne traume).[426]

Današnja obitelj izložena je mnogobrojnim izazovima, a roditelji i djeca susreću se s mnoštvom kriznih situacija na koje često nisu kadri samostalno pronaći odgovore. Stoga Crkva kroz djelovanje savjetovališta osnažuje obitelji, pomaže obiteljima nositi se sa situacijama razvoda i odgoja djece. Također, u savjetovalištima se ostvaruje stručni rad s rizičnim i zlostavljajućim obiteljima, pruža pomoć obiteljima koje se susreću s bolestima ovisnosti, radi se s traumatiziranim osobama i njihovim obiteljima te djeluje u prevenciji stresa kod djece i odraslih unutar bračnih i obiteljskih sukoba. Djelovanje je, dakle, usmjereno prema integraciji i zajedništvu, a temeljni je čimbenik osnaživanje obitelji uz naglašavanje autentične duhovnost koja predstavlja glavni izvor u razvoju otpornosti kad nastupe krizne i teške životne situacije.[427]

Slijedom navedenoga važno je uočiti kako su savjetovateljski susreti ostvareni u BiOS-ima »susreti koji otvaraju nove prekretnice nade za mnoge osobe, susreti koji skidaju mnoge terete, susreti suosjećanja, nježnosti, snage, hrabrosti, poniznosti, traženja, poteškoća, susreti Boga i čovjeka.«[428] Dakle, radom s obiteljima BiOS-i spremno se suočavaju s izazovima kojima su izloženi društvo i Crkva, osobite glede pružanja pomoći podrške u situacijama nesnalaženja i »trenucima teškoća ili kriza.«[429] Glavni su ciljevi i misijsko poslanje savjetovališta podrška obiteljima, a ostvaruju se putem savjetovanja, psihoterapije, prevencijom, edukacijom, promicanjem obiteljskih vrijednosti, kao i senzibiliranjem javnosti za kulturu savjetovanja.[430] Drugim riječima, promotivnim, preventivnim i edukativnim programima te interdisciplinarnim pristupom savjetovališta postaju mjesta naviještanja evanđelja, odnosno ispunjavaju evangelizacijsko poslanje Crkve. Evangelizirati, za Crkvu znači unijeti Radosnu vijest u svaku ljudsku sredinu, u sva područja ljudskog življenja.[431] U tom kontekstu, djelovanje BiOS-a zaslužuje dužnu pozornost i zauzima važno mjesto u poslanju Crkve. O tome, Ivan Pavao II., u svojoj pobudnici o zadaćama kršćanske obitelji, ističe: »Laici specijalisti (liječnici, pravnici, psiholozi, socijalni radnici i radnice, savjetnici, itd.) mogu obiteljima pružiti dragocjenu pomoć: oni pojedinačno ili u različitim udruženjima i pothvatima, daju svoj prinos u prosvjetljavanju,

[426] Usp. Veronika RELJAC, Uloga i mjesto crkvenih obiteljskih savjetovališta u pastoralu braka i obitelji, u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije i Srijemske biskupije*, CXXXVII (2009.) 9-10, 830-832.
[427] Usp. Anita DUČKIĆ-SERTIĆ, Duhovnost kao resurs obiteljima u razvoju otpornosti kad nastupe krizne i teške životne situacije, u: Josip BOŠNJAKOVIĆ – Ivana STVORIĆ (ur.), *Podrži me po svojoj riječi i živjet ću (Ps 119,116)*, 275-277.
[428] Josip BOŠNJAKOVIĆ, Odjek i snaga Božje riječi u ljudskom govoru i razgovoru, u: *Isto*, 33.
[429] HRVATSKA BISKUPSKA KONFERENCIJA, *Direktorij za obiteljski pastoral Crkve u Hrvatskoj,* br. 51
[430] Usp. ĐAKOVAČKO-OSJEČKA NADBISKUPIJA, *Savjetovališta*, u: https://djos.hr/savjetovalista/ (7. IX. 2021.).
[431] Usp. EN, br. 18

savjetovanju, usmjeravanju i podršci obiteljima. (…) S punim pravom vaše zalaganje zaslužuje naziv ‘poslanje’, tako su plemeniti ciljevi kojima težite i tako su odlučujući za dobro društva i same kršćanske zajednice učinci koji iz toga proizlaze.«[432]

[432] FC, br. 75

IV. POGLAVLJE

PERSPEKTIVE PASTORALNOG DJELOVANJA SA PSIHIČKI OBOLJELIM ODRASLIM OSOBAMA

Usmjeravajući djelovanje Crkve u suvremenom svijetu, Drugi vatikanski sabor u pastoralnoj konstituciji *Gaudium et spes* ističe: »Radost i nada, žalost i tjeskoba ljudi našeg vremena, osobito siromašnih i svih koji trpe jesu radost i nada, žalost i tjeskoba također Kristovih učenika, te nema ničega uistinu ljudskoga a da ne bi našlo odjeka u njihovu srcu.«[433] Crkva je, dakle, pozvana svjedočiti svoju prisutnost u životu trpećih, žalosnih i svih koji su tjeskobni zbog mnoštva složenih životnih situacija. Zbog toga skrb za psihički oboljele osobe nameće se kao jedno od bremenitih područja djelovanja Crkve u suvremenom svijetu.

U cilju što bolje i kvalitetnije skrbi, pastoral psihički oboljelih osoba zahtijeva neprestano promišljanje, razlučivanje teme u traženju odgovora i iznalaženju perspektiva djelovanja usmjerenih prema spasenju psihički oboljelih osoba. Pastoralna se skrb za psihički oboljele osobe ostvaruje putem navještaja riječi, liturgijskih i molitvenih slavlja te služenjem i svjedočenjem kršćanske ljubavi. Pritom je važno osmišljenim djelovanjem ponuditi odgovore u kontekstu stvarnih potreba psihički oboljelih osoba. Riječ je dakle o aktivnostima koje se odnose na oboljele osobe, ali i mjesto i vrijeme koji su povezani uz skrb oboljelih osoba.[434] To znači da je u pastoralnom nastojanju, također, potrebno naglašavati važnost mentalnog zdravlja kao i programe preventivnih mjera koji će doprinositi očuvanju mentalnog zdravlja pritom pazeći da se ne umanjuje važnost elementa koji vode pastoralno djelovanje središnjoj osi pastorala bolesnika, a to su sakramenti. Oko središnje osi stvara se širi krug različitih pastoralnih aktivnosti po kojima Crkva ostvaruje svoju zadaću, postaje prisutna u skrbi za bolesnike te doprinosi izgradnji općeg dobra. Socijalno-društvene prilike i čimbenici koji dovode do narušavanja mentalnog zdravlja također predstavljaju zahtjev prema kojem treba usmjeravati crkveno djelovanje. Stoga je za iznalaženje perspektiva za pastoral psihički oboljelih osoba važno uočavati društveno-socijalni kontekst brige za oboljele osobe te temeljem teološko-pastoralnog razlučivanja aktualnog stanja usmjeravati djelovanje prema istinskom susretu Crkve sa psihički oboljelim osobama. Dakako da pritom temeljno polazište predstavlja Isusova praksa skrbi za bolesnike i značajke koje se izdvajaju u Isusovom pristupu bolesnicima.

[433] GS, br. 1
[434] Usp. Nikola VRANJEŠ, Cjeloviti pastoral bolesnika i zdravstvenih djelatnika, 352.

4.1. Dinamičnost pastorala psihički oboljelih odraslih osoba

4.1.1. Isusovi susreti s bolesnicima – temeljna odrednica u susretu Crkve sa psihički oboljelim osobama

Prihvaćajući velikodušno i s ljubavlju svaki ljudski život, osobito kad je slab i bolestan, Crkva živi temeljnu sastavnicu svoga poslanja.[435] Crkva je dakle pozvana, temeljeći svoje pastoralno djelovanje na Kristovoj ljubavi i brizi za bolesnike, pristupati i prihvaćati pojedinog čovjeka onako kako mu je Krist pristupao u takvim situacijama. U tom vidu, pastoral bolesnika modele za svoje kriterije i nadahnuća nalazi u Isusovom djelovanju. Drugim riječima, za svakodnevno ophođenje s bolesnicima koji pate od različitih psihičkih poremećaja perspektive djelovanja najprije treba tražiti promatrajući Isusovu praksu skrbi za bolesnike a potom, pomnim razlučivanjem životnih stanja psihički oboljelih osoba, aktualizirati različite modele djelovanja.

Može se reći da briga za bolesnike koju je konkretizirao Isus usmjerava pastoralnu pozornost na tri razine: djelovanje na razini zajednice, na razini obitelji te razini osobnog nastojanja oko brige za vlastito zdravlje. Sve tri razine skrbi upućuju na dinamičnost pastorala bolesnika koji svoje utemeljenje nalazi u Isusovom pristupu bolesnicima. U svom djelovanju Isus se neprestano približavao svijetu ljudske patnje, pokazivao suosjećanje i potresenost (usp. Mt 9,35-36).[436] Brojna ozdravljenja pokazuju Isusa kao onoga koji u žalostima tješi, podiže pale, bolesnike krijepi (usp. Mt 9,35; Mk 5,21-42) te svojom pojavom donosi novost, vraćajući ljudima životnu radost i nadu (usp. Mt, 9,27-31; Mk 7,31-37).

U Isusovoj brizi za bolesnike poruka za djelovanje na razini zajednice jasno upućuje na temeljni aspekt djelovanja zajednice u pastoralu psihički oboljelih osoba, a to je zauzimanje za čovjeka koje je u korijenu Božjeg odnosa prema čovjeku. Isusova zauzetost za čovjeka otkriva se u suosjećanju, prepoznavanju patnje svakog pojedinca te učinkovitom djelovanju. Isusovo suosjećanje otkriva njegovu unutarnju senzibiliziranost u odnosu na bolesnike, a njegov odnos prema bolesti i bolesniku predstavlja vanjsku angažiranost.[437] Na taj način, »onima koji žive u tjeskobi zbog svojega stanja krhkosti, boli i slabosti, Isus Krist ne nameće zakone nego pruža

[435] Usp. CL, br. 38
[436] Usp. IVAN PAVAO II., *Salvifici doloris – Spasonosno trpljenje. Apostolsko pismo o kršćanskom smislu trpljenja* (11. II. 1985.), Zagreb, 1985., br. 16 (dalje: SD).
[437] Usp. Josip BOŠNJAKOVIĆ, *Suosjećati znači zaustaviti se pokraj potrebitog (Mt 20,30-34)*, u: https://savjetovaliste.hr/suosjecati-znaci-zaustaviti-se-pokraj-potrebitog-peta-scena-suosjecanja-mt-20-30-34/ (30. VIII. 2021.).

svoje milosrđe, odnosno samoga sebe kao onoga koji ima moć ozdraviti i pridići.«[438] Slijedeći primjer evanđeoskih ozdravljenja i brige oko skrbi za bolesnike, zajednica je pozvana iskazivati milosrđe bolesnicima (usp. Mt 9,2 par Mk 2,3 i Lk 5,18). Prema *Katekizmu Katoličke Crkve* župna zajednica, njegujući liturgijski život, kršćanski puk uči spasonosnoj Kristovoj nauci te po dobrim i bratskim djelima odjelotvoruje ljubav Gospodnju.[439]

Druga razina u Isusovu djelovanju prepoznaje se u brizi obitelji koja, također, ima nezamjenjivanu ulogu i važnost u pastoralnoj skrbi. Obitelj, kao stjecište iskustava, osobi pruža osjećaj pripadnosti i čini ju sposobnom u ispunjavanju mnoštva društvenih uloga. Evanđeoski tekstovi izvješćuju o ozdravljenjima bolesnika za koje se zauzima ne samo najbliža, nego i šira obitelj. Na taj način razna ozdravljenja, koja čini Isus, otkrivaju ulogu obitelji u skrbi za zdravlje. Svjedočanstvo brige obitelji za bolesnog člana zrcali se u molbi žene Kanaanke koja moli za oslobođenje svoje kćeri (usp. Mt 15,21-28, Mk 7,24-30) kao i u molbi rimskog satnika koji moli za ozdravljenje sluge (usp. 8,5-13; par Lk 7,1-10).[440] U sinoptičkim evanđeljima čitamo o ozdravljenju Petrove punice za koju se zauzima rodbina (usp. Mt 8,14-15; Mk 1,29-31; Lk 4,38-39). Spomenuti evanđeoski tekst otkriva ulogu šire obitelj koja se zauzima za ozdravljenje moleći Isusa da pomogne bolesnoj ženi.

Prema evanđeoskim izvješćima o ozdravljenjima jasno je da ozdravljenja svjedoče o spasonosnom susretu s Isusom koji ne vraća samo fizičko zdravlje nego bolesniku omogućava da se preobrazbom svog načina postojanja uključi u zajednicu. Dakle, Isus se ne zaustavlja samo na susretu i ozdravljenju, već svjestan bolesnikove ograničenosti, omogućuje mu sudjelovanje u životu zajednice (usp. Mk 1,40-45). Isusova vanjska angažiranost, u odnosu prema onima koji su radi bolesti bili isključeni ili im je bio onemogućen život u zajedništvu, omogućuje bolesnicima povratak u obitelj i punopravno sudjelovanje u životu zajednice (usp. Lk 17,11-19). Posljedice fizičke paraliziranosti manifestiraju bolesnikovu ograničenost i isključenost iz zajednice, a Isusovo ozdravljenje vraća bolesnika u zajednicu i ističe važnost skrbi za vlastito zdravlje svakog pojedinog člana zajednice.

U Isusovoj osobnoj senzibiliziranosti otkriva se i treća razina skrbi, a to je odnos prema vlastitom zdravlju. Isusova osobna senzibiliziranost pridonijela je da bolesnici, unatoč otuđenju

[438] FRANJO, *Dođite k meni svi koji ste izmoreni i opterećeni i ja ću vas odmoriti (Mt 11,28)*. Poruka Svetoga Oca Franje za XXVIII. Svjetski dan bolesnika, 11. veljače 2020., br. 2, u: https://ika.hkm.hr/dokumenti/dodite-k-meni-svi-koji-ste-izmoreni-i-optereceni-i-ja-cu-vas-odmoriti-mt-11-28/ (22. VIII. 2021.).
[439] KKC, br. 2179
[440] Ivanovo evanđelje navodi kako se radi o ozdravljenju sina kraljeva službenika: »Dođe dakle ponovno u Kanu Galilejsku, gdje bijaše pretvorio vodu u vino. Ondje bijaše neki kraljevski službenik koji je imao bolesna sina u Kafarnaumu. Kad je čuo da je Isus došao iz Judeje u Galileju, ode k njemu pa ga moljaše da siđe i ozdravi mu sina jer već samo što nije umro« (Iv 4,46-47).

i neprihvaćanju sebe, ponovno uspostave kontakt sa zajednicom te na taj način pokažu brigu za vlastito zdravlje. Isključenost zbog fizičke nemogućnosti sudjelovanja u zajednici dovodi do društvene izolacije bolesnika s posljedicom neprihvaćanja bolesnika od dotične zajednice. Pomnijim pristupom uočava se da neprihvaćenost od dotične zajednice ima korijen u čovjekovom stavu prema bolesti i u neprihvaćanju samoga sebe.[441] Odgovor bolesnika, na kupalištu kod Ovčjih vrata: »Gospodine, nikoga nemam tko bi me uronio u kupalište kad se voda uzbiba« (Iv 5,7) pokazuje njegovu napuštenost i izoliranost. Isusovo ozdravljenje paraliziranog bolesnika označava smjer pastoralnog djelovanja koje, pružanjem ruke oboljelima, pomaže integraciji bolesnika »u zajednicu vjere i života u kojoj se mogu osjećati prihvaćenima, shvaćenima, podržavanima, dostojnima, jednom riječju: da ljube i da budu ljubljeni.«[442]

Analiziranje spomenutih situacija ozdravljenja ukazuje da uvažavanje specifičnosti situacije bolesnika, potreba i mogućnosti psihički oboljelih osoba zahtijeva pastoralnu osjetljivost i sposobnost. U tome je pogledu potrebno imati određene stručne i osobne kompetencije. Osoba koja je uključena u pastoral psihički oboljelih osoba mora poštivati dostojanstvo oboljelih, prihvaćati različitost trenutnog psihičkog stanja, biti sposobna uspostavljati zdrave odnose te pomoći bolesniku otkrivati zdravi dio sebe kako bi se sam brinuo za povjereni život. Iz svega navedenoga proizlazi da su, u odnosu na crkveni angažman, oni koji sudjeluju u pastoralu psihički oboljelih osoba potrebni trajnog napredovanja u teološko-teoretskoj i molitveno-duhovnoj dimenziji. Članovi župne zajednice uključeni u pastoral psihički oboljelih pozvani su biti osobe nade te u susretu s ranjivošću psihički oboljelih odraslih osoba svjedočiti vjernost, pouzdanost, diskreciju, uljudnost i vedrinu.

4.1.2. Dijaloška narav pastorala psihički oboljelih osoba

Za pastoralno djelovanje sa psihički oboljelim osobama potrebno je poznavati odrednice bolesti i utjecaj koji bolest ostavlja na svakodnevni život. Razumijevanje psihičkih poremećaja pomaže ne samo u shvaćanju i prihvaćanju oboljelih osoba nego i u iznalaženju perspektiva za djelovanje u pastoralnoj skrbi. Pritom prvenstveno mislimo na tri važna čimbenika koji,

[441] Spomenuti stav uočljiv je osobito kod psihički oboljelih osoba. Rezultati istraživanja glede religioznosti oboljelih od shizofrenije, koje su proveli Aukst Margetić i Jakovljević, pokazuju da stav ispitanika koji smatraju da nemaju nikakvu podršku vjerske zajednice, može biti povezan s rjeđim odlascima u crkvu i izbjegavanjem mjesta vjerskog okupljanja. Usp. Branka AUKST MARGETIĆ – Miro JAKOVLJEVIĆ, *Odnos religioznosti i shizofrenije* 192-193.

[442] JOHN PAUL II, *Address of John Paul II to the Participants in the 18th International Conference Promoted by the Pontifical Council for Health Patoral Care on The Theme of 'Depression'*, November 14, 2003, br. 3, u: https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2003/november/documents/hf_jp-ii_spe_20031114_pc-hlthwork.html (16. VIII. 2021.).

međusobno povezana, pogoduju razvoju psihičkog poremećaja: dispozicija, okolina i reakcija. U psihijatriji se govori o 'ranjivosti' pri čemu se misli na razinu osjetljivosti kojom će osoba pod pritiskom okoline reagirati – psihijatrijskim poremećajima, somatskim simptomima ili promjenama u ponašanju.[443] Drugim riječima, pružanje podrške i pomoći psihički oboljelim osobama zahtijeva pristup stručne medicinske nadležnosti te uzima u obzir dijalog psihologije i teologije. U tom kontekstu, model cjelovite pomoći psihički oboljeloj osobi temeljen na medicini i psihologiji obvezuje i djelovanje Crkve. Uvažavanjem interdisciplinarnog dijaloga u pastoralnoj skrbi za psihički oboljele osobe otkriva se niz modela razumijevanja psihološke zbilje osobnosti.[444] Pritom treba imati u vidu da interdisciplinarna suradnja mora sačuvati jasnu distinkciju uloge psihologa i zadaće dušobrižnika. Čuvajući jasnu epistemiološku i metodološku distinkciju izbjeći će se opasnosti da se na »smetnje psihološke prirode daju duhovna rješenja, odnosno da se na probleme koji su čisto duhovne prirode daju psihologijska rješenja.«[445] U tom kontekstu treba osobito imati u vidu izvjesne bolesne izričaje religioznosti s kojima se susreće crkveno djelovanje, a zapravo su oblici psihopatologije.[446]

Promišljanje o važnosti i utjecaju bioloških i medicinskih aspekata psihičkih poremećaja, uz poštivanje pravila interdisciplinarnosti, mora se integrirati u pastoralno djelovanje. Zabrinut za povećanjem stope depresije diljem svijeta Ivan Pavao II., u govoru održanom sudionicima 18. međunarodne konferencije u organizaciji Papinskoga vijeća za pastoral zdravstvenih djelatnika, naglašava interdisciplinarni dijalog potičući na istraživanja i proučavanja društvenih i kulturalnih čimbenika i okolnosti koji doprinose rastućem trendu depresije. »Širenje depresivnih stanja postalo je zabrinjavajuće. Tu se očituje ljudska, psihološka i duhovna krhkost za koju je barem djelomično odgovorno društvo. Važno je posvijestiti posljedice na osobe što ih izazivaju poruke medija koje veličaju konzumerizam, brzo zadovoljenje želja i trku za sve većim materijalnim blagostanjem. Potrebno je ponuditi nove putove kako bi svatko mogao izgrađivati svoju osobnost razvijajući duhovni život, temelj zrele egzistencije.«[447]

U kontekstu dijaloške naravi pastorala psihički oboljelih osoba, promocija mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja, također, predstavlja važan segment djelovanja.

---

[443] Usp. Samuel PFEIFER, *Bodriti slabe. Suvremena psihijatrija i dušobrižništvo*, 64-65.
[444] Usp. Ivan ŠTENGL, Perspektive dijaloga pastorala i trendova aktualne psihoterapije, u: *Bogoslovska smotra*, 76 (2006.) 2, 452-454.
[445] Anđelko DOMAZET, Teologija i psihologija: mogućnosti i granice dijaloga, u: *Filozofska istraživanja*, 27 (2007.) 2, 274-275.
[446] Usp. Ivan ŠTENGL, Perspektive dijaloga pastorala i trendova aktualne psihoterapije, 453.
[447] JOHN PAUL II, *Address of John Paul II to the Participants in the 18th International Conference Promoted by the Pontifical Council for Health Patoral Care on The Theme of 'Depression'*, br. 2

»Promocija mentalnog zdravlja podrazumijeva stvaranje individualnih, društvenih i okolinskih uvjeta koji su osnažujući i kao takvi omogućuju optimalno zdravlje i razvoj.«[448] Prepoznavanje mjesta i uloge u društvu, odnosno poznavanje socijalno-društvenog životnog konteksta psihički oboljelih osoba, određuje smjer i način pastoralnog djelovanja koji mora jamčiti očuvanje dostojanstva i podizanje kvalitete života. To znači da narav pastoralne skrbi za bolesnike obuhvaća promociju mentalnog zdravlja čiji je cilj kvaliteta života. Pastoralna skrb, dakle, nužno zahtijeva holistički pristup koji uključuje prevenciju mentalnih poremećaja, prepoznavanje poremećaja, traženje dostupnih i korisnih trenutnih oblika pomoći te traženje načina u pružanju životne podrške oboljelim osobama. Prisutnost psihičkih poremećaja Crkvu, a i cijelo društvo, podsjeća na to koliko je važno ukazivati na iskustva koja će pomoći osobama rasti na ljudskomu, psihološkom, moralnom i duhovnom planu. »Doista, nedostatak uporišta nužno pridonosi većoj krhkosti osobnosti i navodi ih da se drže kako su sva ponašanja jednako vrijedna.«[449]

Glede preventivne skrbi osoba sa psihičkim poremećajima, pastoralno djelovanje smjera jačanju zaštitnih čimbenika mentalnog zdravlja i smanjenju rizika od psihičkih poremećaja. U tom kontekstu živo kršćansko zajedništvo predstavlja potencijal crkvenog djelovanja. Život zajednice temeljen na evanđeoskim vrijednostima osigurava prikladne pristupe mentalnim, emocionalnim i ponašajnim poremećajima kroz tri oblika prevencije: primarna, sekundarna i tercijarna.[450] U primarnoj prevenciji pomoć se zrcali u posvješćivanju smisla i važnosti života te kroz obiteljsku podršku osobi u teškim životnim okolnostima. Sekundarna prevencija uključuje rano otkrivanje i liječenje psihičkih poremećaja, suosjećajnost i molitvenu podršku crkvene zajednice. Tercijarna prevencija slijedi nakon bolničkog liječenja i pomaže osobi da se vrati obvezama svakodnevnog života. Glede tog razdoblja, crkvena zajednica prihvaćanjem pridonosi oporavku osobe, omogućuje osobi iskusiti ljubav prihvaćajući ju unatoč njezinim ograničenjima.[451] Na taj način, za preventivnu skrb odnosno prevenciju psihičkih poremećaja snagu treba crpiti u poticajima koji izviru iz kršćanske vjere i primjerima koji pružaju svjedočanstvo o osobama jake vjere u Bibliji.

Budući da dobro mentalno zdravlje podrazumijeva fleksibilnost i rješavanje problema na najbolji mogući način s obzirom na trenutne prilike, u iznalaženju perspektiva djelovanju s

[448] Bruno ANTOLIĆ – Miranda NOVAK, Promocija mentalnog zdravlja: Temeljni koncepti i smjernice za roditeljske i školske programe, 323.
[449] JOHN PAUL II, *Address of John Paul II to the Participants in the 18th International Conference Promoted by the Pontifical Council for Health Patoral Care on The Theme of 'Depression*', br. 4
[450] Usp. Bruno ANTOLIĆ – Miranda NOVAK, Promocija mentalnog zdravlja: Temeljni koncepti i smjernice za roditeljske i školske programe, 320.
[451] Usp. Samuel PFEIFER, *Bodriti slabe. Suvremena psihijatrija i dušobrižništvo,* 189-190.

ciljem preventivne skrbi kao nadahnuće mogu poslužiti određeni primjeri osoba koje, unatoč teškoj borbi i neizvjesnosti, ne posustaju i ne predaju se malodušnosti. U tom kontekstu spominjemo Kanaanku, ženu oštrog uma i neprocjenjivog dara vjere. Pribranost ove žene i majčinska ljubav, unatoč životnoj opasnosti koja prijeti njezinoj kćeri, ogleda se u nekoliko jednostavnih gesta: vjera da se život njezine kćeri može promijeniti, ustrajnost u molitvi i približavanje Isusu bez obzira na njegovo odbijanje, odnosno neuspjeh u prvotnoj nakani (usp. Mt 15,25). Spomenute geste žene Kanaanke primjer su kako biblijski likovi pružaju primjere koje je ne samo moguće nego i potrebno integrirati u pastoral psihički oboljelih osoba te otkrivati njihovo značenje u promociji mentalnog zdravlja i prevenciji psihičkih poremećaja. Iz iznesenih je uvida jasno kako kršćanska vjera, spoznavanje Božje riječi i kršćani, koji pristupaju oboljelima sa suosjećanjem i ljubavlju, »mogu dati neprocjenjiv doprinos cjelovitom liječenju psihičkih bolesti.«[452]

4.1.3. Razumijevanje stanja psihički oboljelih osoba u svjetlu kršćanske vjere

Iskustvo bolesti, a osobito prisutnost i patnja psihičkog poremećaja, otvara mnoga egzistencijalna pitanja kod oboljelih osoba, ali i kod članova njihovih obitelji. Paul Tournier upozorava kako ta pitanja potvrđuju postojanje neizvjesne zbunjenosti pred novom situacijom: »Kada se u našem životu slomi nešto što više nikada ne možemo povratiti, tada postavljamo sebi pitanja koja smo u svakodnevnoj monotoniji života pomalo zaboravili, pitanja o smislu života, patnje, bolesti i smrti.«[453] Pfeifer navodi kako vjerska pitanja vjernici uglavnom nisu u stanju izreći naglas psihijatru.[454] S jedne strane, visok postotak pacijenata, od čak 38%, ne osjeća se ugodno pri spominjanju svojih vjerskih uvjerenja liječniku. S druge strane, u znanstvenim studijama provedenim proteklih godina, došlo se do zaključka da pacijenti sa svojim liječnikom žele razgovarati o vjerskim i duhovnim problemima.[455] Ove su spoznaje na poseban način značajne kad je u pitanju pastoral psihički oboljelih osoba. Odgovori na egzistencijalna pitanja slični su onima u skrbi za ljude koji boluju od tjelesnih bolesti pritom imajući u vidu, kako uloga pastoralnog djelatnika zahtijeva pristup koji će na emotivnoj i kognitivnoj razini prepoznati patnju psihički oboljele osobe. S obzirom na teološko-pastoralno razlučivanje stanja pastorala psihički oboljelih osoba sposobnost razumijevanja svijeta druge osobe zahtijeva suosjećanje i strpljenje te unošenje radosti i nade u život kako bi se olakšala

[452] *Isto,* 191.
[453] Paul TOURNIER, *Lice patnje. Spoznaja smisla života u mračnom trenutku*, 142.
[454] Usp. Samuel PFEIFER, *Bodriti slabe. Suvremena psihijatrija i dušobrižništvo*, 168.
[455] Usp. Aaron KHERIATY – John CIHAK, *Pobijedite depresiju snagom vjere*, 64-65.

patnja druge osobe. Iz te perspektive, pastoralnim djelovanjem neophodno je obuhvatiti eshatološki usmjeren pristup zdravlju, osmišljavanje bolesti, prihvaćanje patnje i kvalitetu života.

Uz sakramente, središnju os koja podržava pastoralno djelovanje Crkve u susretu s bolesnicima, treba istaknuti kako se blago nalazi upravo u iscjeliteljskom djelovanju vjere koje je neporecivo. »Vjernička praksa samih oboljelih, uključenost u zajednicu Crkve, pomoć i podrška ostalih vjernika, sakramentalni i molitveni život, svakako predstavljaju važnu odrednicu u smislu doprinosa ostvarenju smislenog i radosnog života.«[456] Ovdje treba istaknuti da se elementi pastorala bolesnika neće moći primijeniti, bez obzira na kliničku sliku, na sve slučajeve psihičkih poremećaja jer je svaka osoba jedinstvena, drukčija i zahtijeva specifičan pristup. Pritom, kod nekih poremećaja treba imati u vidu da je religijski aspekt osobe tijekom akutne faze znatno narušen, no tijekom remisije, pacijentu može pružiti veliku podršku.

4.2. *Perspektive djelovanja u pastoralu psihički oboljelih odraslih osoba*

Pastoralna skrb za bolesnike, koja svoje izvorište i uporište otkriva u svjetlu vjere, ne ostaje samo na teoretskim postavkama nego odgovara na istinske potrebe bolesnika. Drugim riječima, pastoralno djelovanje sa psihički oboljelim osobama usmjereno je prema raspoznavanju stanja oboljele osobe, traženju prikladnog odgovora u osmišljavanju i prihvaćanju stvarnosti bolesti te pomoći u svakodnevnim jednostavnim životnim situacijama. Polazeći od ovih postavki postaje jasno da područje pastoralne skrbi psihički oboljelih osoba iziskuje dinamičnost i trajno nastojanje glede podizanja svijesti o važnosti brige za osobe koje pate od psihičkih poremećaja, kako u crkvenoj tako i u društvenoj zajednici. Benedikt XVI. u poruci za XVIII. Svjetski dan bolesnika ističe »da se u sadašnjem povijesno-kulturnom trenutku zamjećuje potreba za pozornom i kapilarnom prisutnošću Crkve pored bolesnika, kao i prisutnost u društvu koja je kadra prenijeti na djelotvoran način evanđeoske vrijednosti u cilju zaštite ljudskog života.«[457]

4.2.1. Bolnički pastoral – djelovanje u specifičnom ambijentu

Pastoral psihički oboljelih osoba u specifičnim životnim okolnostima podrazumijeva načine djelovanja, odnosno mnogoobličnu aktivnost koja će na najbolji mogući način osigurati

[456] Nikola VRANJEŠ, Pastoralna skrb Katoličke crkve za osobe oboljele od depresije, u: Đulijano LJUBIČIĆ i suradnici (prir.), *Depresija i duhovnost,* 224.
[457] BENEDIKT XVI., *Iskustvo boli i trpljenja može postati škola nade*. Poruka za XVIII. Svjetski dan bolesnika (7. XII. 2009.), u: https://www.vatican.va/content/benedict-xvi/hr/messages/sick/documents/hf_ben-xvi_mes_20091122_world-day-of-the-sick-2010.html (31. VIII. 2021.).

pružanje duhovne skrbi bolesnicima. U tom kontekstu, pastoral psihički oboljelih osoba teži iznalaženju mogućnosti djelovanja koje će odgovoriti zahtjevima poslanja Crkve koja je, rođena iz otajstva otkupljenja u Kristovu križu »dužna tražiti susret s čovjekom, osobito na putu njegova trpljenja.«[458] Imajući u vidu specifične okolnosti i mjesta u kojima se aktualizira ovaj segment pastorala, potrebe bolesnika zahtijevaju od pastoralnog djelovanja pozornost na sve što se bolesniku događa i što proživljava.[459] Činjenica kako se radi o susretu s osobama koje proživljavaju vrlo osjetljivo razdoblje života upućuje na djelovanje koje će pomoći u tjelesnim i duhovnim potrebama bolesnika.[460]

Za pastoralni pristup psihički oboljelima potrebno je, nadalje, imati u vidu da u nekim stadijima bolesti, kad bolesnici ne prihvaćaju riječ ohrabrenja, pastoralna skrb nailazi na granice svoje korisnosti. Pritom treba biti oprezan da se zbog takva stanja bolesnika ne bi zaključilo da djelovanje Crkve nema ulogu u pomaganju onima koji boluju od težih psihičkih bolesti. Naprotiv, za pastoralnog djelatnika u takvoj situaciji od iznimne je važnosti poznavanje činjenica i skupa podataka o pozadini teških bolesti te suradnja s liječnikom psihijatrijske naobrazbe. U nekim slučajevima i sami psihijatriji nailaze na nerazumijevanje bliže i daljnje obitelji. U tom kontekstu Pfeifer navodi: »Psihijatrijske bolnice našle su se pod općom unakrsnom vatrom kritizerstva, kao mjesta u kojima se skuplja teške mentalne bolesnike. Ima mnogo stvari pogodnih za kritiziranje, jer mi koji se bavimo psihijatrijom prečesto ne možemo pružiti potpuno izlječenje. Razočarane nade lako se pretvaraju u žestoke pritužbe protiv psihijatrije. Osim toga, unutar ograničenja liječnikove profesionalne obaveze da čuva tajne, nije uvijek moguće drugim ljudima objasniti zašto je pacijentu potrebna hospitalizacija.«[461]

Tijekom bolničkog liječenja, pastoral bolesnika ostvaruje se specifičnim pristupom koji obuhvaća razgovor, sakramentalna slavlja i molitvu.[462] Pritom valja imati u vidu da u bolnicu dolaze osobe s teškim poremećajima te da se s njima često ne može razgovarati o pitanjima vjere. U takvim situacijama, pastoralna pomoć dušobrižnika očituje se ponajviše u prihvaćanju osobe s njezinim problemima. Također, slavlje sakramenata pomaže bolesnicima u

---

[458] SD, br. 3

[459] Uspoređujući neke dijagnostičke skupine, u određenom razdoblju od 2000. do 2016. istraživanja pokazuju da se ukupna stopa hospitalizacija smanjila osim za depresivne poremećaje (u 2000. godini ta stopa je iznosila 77,1 dok je u 2016. stopa zbog depresivnih poremećaja iznosila 122,8 uz trend kontinuiranog porasta). Usp. Slađana ŠTRKALJ IVEZIĆ – Vlado JUKIĆ – Danijela ŠTIMAC GRBIĆ – Ivan ČELIĆ – Petrana BREČIĆ – Maja SILOBRČIĆ RADIĆ – Ante BAGARIĆ – Marko ĆURKOVIĆ, *Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj*, 182.

[460] Usp. Stipe NOSIĆ, Bolesnik i pastoralni djelatnik, u: Blaženka MANDIĆ-KOZULIĆ – Radovan ŠOLJAGA (ur.), *Svjetski dan bolesnika*. *Rijeka, 1993.-2005*., 32.

[461] Samuel PFEIFER, *Bodriti slabe. Suvremena psihijatrija i dušobrižništvo*, 22.

[462] Usp. Ante MATELJAN, Svećenik i bolesnik. Načela za kršćansku komunikaciju svećenika i bolesnika u bolnici, u: *Služba Božja,* 48 (2008.) 4, 380.

osmišljavanju bolesti koja svoje uporište nalazi u svjetlu vjere.[463] Slavlje sakramenata predstavlja komunikaciju između Krista i bolesnika, a susret s trpećim i proslavljenim Kristom u sakramentima put je traženja smisla vlastitog trpljenja u konkretnoj situaciji života. Životna povezanost s Isusovom osobom nudi istinsku utjehu u bolesti koja je, u određenom smislu, iskaz ljudske nemoći. Slaveći sakramente Crkva pruža svjedočanstvo brige za bolesnike. Ta briga je cjelovita i u »konačnici služi jedinom cilju: spasenju – što u stvari znači osposobljenje za pozitivni konačni osobni susret s Kristom Spasiteljem.«[464] Slijedom navedenoga razvidno je kako zahtjevnost i odgovornost prema pastoralu psihički oboljelih odraslih osoba zahtijeva od pastoralnog djelatnika spremnost i raspoloživost koja će omogućiti oboljelim osobama da se sakramentalni život upotpunjuje trajnim naviještanjem evanđelja.

Susret sa psihički oboljelim osobama u pastoralnoj skrbi uvijek mora proizlaziti i voditi molitvenom zajedništvu s Bogom. Istinski susret s Bogom pomaže osobi vidjeti tuđu patnju, rađa sposobnost suosjećanja s tuđom boli te svjedoči o učinkovitosti djelovanja. Paradigmatski okvir suosjećajnog Isusova djelovanja otkrivaju evanđelja svjedočeći o izlječenju mnogih bolesnika. Evanđelist Matej bilježi da se Isus povlači, nakon vijesti o smrti Ivana Krstitelja, »na samotno mjesto, u osamu. Dočuo to narod pa pohrli pješice za njim iz gradova. Kad on iziđe, vidje silan svijet, sažali mu se nad njim te izliječi njegove bolesnike« (Mt 14,13-14). Dakle, ishodište svakog apostolata ukorijenjeno je u neprestanoj, strpljivoj i ustrajnoj molitvi. Iz takve molitve proizlazi suosjećanje s tuđom patnjom, a na tragu tog suosjećanja otvara se nova perspektiva djelovanja koja ima za cilj uspostaviti kvalitetniji način odnosa i poboljšati kvalitetu života psihički oboljelih osoba.

Stoga se u skrbi za psihički oboljele osobe, pred pastoralne djelatnike koji djeluju u bolnicama i ostalim zdravstvenim ustanovama, postavlja zahtjev *biti prisutan*. Szentmártony smatra da upravo pastoral može svjedočiti kako je katkad najvažnija stvar *biti prisutan*.[465] U tom kontekstu, prispodoba o milosrdnom Samaritancu (usp. Lk 10,29-37) svojim sadržajem pruža svojevrstan paradigmatski okvir za djelovanje u specifičnom ambijentu.[466] Isus u

[463] Usp. HRVATSKA BISKUPSKA KONFERENCIJA, *Direktorij za pastoral sakramenata u župnoj zajednici*, br. 164

[464] Ante MATELJAN, Svećenik i bolesnik. Načela za kršćansku komunikaciju svećenika i bolesnika u bolnici, 395.

[465] Usp. Mihály SZENTMÁRTONY, Odnos svećenik – liječnik – bolesnik: iz perspektive svećenika, u: *Služba Božja,* 53 (2013.) ¾, 303.

[466] Model milosrdnog Samaritanca Filippo Urso razrađuje u šest etapa: svijest Samaritanca o čovjeku kojem je potrebna pomoć; samilost Samaritanca; samoinicijativa Samaritanca izražena gestama, a ne riječima; sudjelovanje u zacjeljivanju rana; praćenje bolesnika i suradnja Samaritanca s gostioničarem. Gostioničar prema autoru simbolizira liječnike, medicinare i pomoćno osoblje. Usp. Filippo Urso, Il buon samaritano, u: *Vita pastorale* 2/2013., 18-20, navedeno prema: Mihály SZENTMÁRTONY, Odnos svećenik – liječnik – bolesnik: iz perspektive svećenika*,* 304.

prispodobi nudi uzor djelovanja koji se gradi na prisutnosti, povjerenju i poniznosti. Rast u vrlinama i usvajanje dobrih navika od ključne su važnosti kako za mentalno tako i za duhovno zdravlje.[467] Stoga, prisutnost i povjerenje te krepost poniznosti ne smiju biti izostati u pristupu psihički oboljelim osobama.

Motiv zaustavljanja Samaritanca nije radoznalost nego raspoloživost i spremnost pomoći čovjeku u potrebi. Iskrena osjetljivost za psihičku patnju drugoga koja se razlikuje od samog sažaljenja proizlazi iz osjetljivosti srca i predstavlja prisutnost koju se može označiti kao *kulturu pozornosti*.[468] Prisutnost drugoga u teškoj situaciji uvjetovanoj psihičkim poremećajem za oboljelu osobu i njezinu obitelj odjelotvoruje se pozornošću koja uključuje: blizinu, slušanje, razumijevanje i praćenje bolesnika. Isus opisuje Samaritanca kao osobu koja konkretno pomaže, učinkovita je te dariva sebe, iskreno i djelotvorno. Preko lika dobrog Samaritanca može odjeknuti poruka evanđelja, donositelja nade kao odgovor na najdublje težnje svakog ljudskog bića koje traži mir i spasenje. Evanđelja ne bilježe riječi Samaritanca upućene izranjenom čovjeku, nego samo konkretnost. Konkretno pomaganje prati šutnja i prisutnost. Nije to šutnja koja progovara prazninom, nego šutnja koja ispunjava, pruža mir i pomoć čovjeku u nevolji.

Poštujući specifični ambijent, intimu i dostojanstvo svakog čovjeka, pastoral psihički oboljelih odraslih osoba mora biti prožet povjerenjem. Osoba od povjerenja zna prije svega slušati i u povjerljivom razgovoru čuvati tajnu. Duboka ljudska osjetljivost i domišljata ljubav uvijek pronalazi način i put djelovanja. Taj put, u specifičnom ambijentu označenom trenucima patnje za bolesnika zahtijeva samozatajnu ljubav. Promičući takav pristup, zadaća je crkvenog djelovanja pozivati medicinsko osoblje, ali i građansko društvo u cjelini, na čovječnost te ih činiti osjetljivima prema potrebama psihički oboljelih osoba koje se često razlikuju od potreba drugih bolesnika. Spremnost na odricanje postavlja u središte pažnje slabe, one koji trpe i koji trebaju skrb kako se nitko ne bi osjetio zaboravljen i marginaliziran.[469] Takvo djelovanje promiče kulturu odricanja koja ide u korist psihički oboljelih osoba. Na taj način, po uzoru koji je ostavio Krist, pastoralni djelatnik povjerenjem i svojom prisutnošću u teškim situacijama, koje su posljedica psihičkog poremećaja, može pomoći osobama da »iz perspektive vlastite bolesti kvalitetno prožive darovane dane i kao kršćani i kao ljudi.«[470] Sve to ukazuje na put

[467] Usp. Aaron KHERIATY – John CIHAK, *Pobijedite depresiju snagom vjere. Medicinsko-duhovni pristup*, 183.
[468] Usp. Nikola VRANJEŠ, *Na pragu vječnosti. Promišljanja o pastoralu umirućih*, 68-69.
[469] Usp. BENEDIKT XVI., *Spe salvi – U nadi spašeni. Enciklika o kršćanskoj nadi* (30. XII. 2007.), Zagreb, 2008., br. 38 (dalje: SS).
[470] Josip ŠIMUNOVIĆ, Skrb za bolesnike, u: *Vjesnik Đakovačke i Srijemske biskupije,*126 (2008.) 7-8, 694.

Crkve koja se od početka svoga postojanja brinula za svoje bolesne članove, a pozvana je to činiti svjesno i zauzeto odgovarajući na zahtjeve današnje kulture.

Kako crkvena prisutnost ne bi bila sažaljenje koje može povrijediti drugoga, u pastoralu psihički oboljelih osoba treba naglašavati i njegovati krepost poniznosti. U tom kontekstu, poniznost znači shvaćanje poslanja kao dužnosti koja je utemeljena na evanđelju: »Učinismo što smo bili dužni učiniti« (Lk 17,10). Prema uzoru na Isusa Krista, koji je prošao zemljom čineći dobro i uvijek bio blizak patnicima, pastoral psihički oboljelih osoba zahtijeva suosjećanje s oboljelim osobama nerijetko marginaliziranima u njihovoj duševnoj patnji. Mnoga ozdravljenja iznose na vidjelo osjetljivost kojom Isus primjećuje u svojoj blizini prisutnost bolesnika. Evanđelist Luka u ozdravljenju zgrbljene žene u subotu naglašava Isusovu inicijativu riječima: »Kad je Isus opazi, dozva je…« (Lk 13,12). Istu inicijativu susrećemo kod Ivana, u opisu ozdravljenja uzetoga: »Kad ga Isus opazi gdje leži i kada dozna da je već dugo u tome stanju, kaže mu: 'Želiš li ozdraviti'« (Iv 15,6). Kod ozdravljenja slijepca od rođenja Ivan primjećuje: »Prolazeći ugleda čovjeka….« (Iv 9,1). Slijedom navedenoga razvidno je da su prisutnost, povjerenje i poniznost elementi koji se isprepliću u pastoralnom djelovanju i pridonose ostvarenju pastorala bolesnika. To ujedno znači da »vrijeme provedeno uz onoga koji je u kušnji rađa plodovima milosti za sve ostale dimenzije pastorala.«[471] Djelovanje i poslanje ostvaruje se prisutnošću koja oboljelima, na ljudskom i nadnaravnom planu, pruža pomoć i svjedoči nadu u uskrsnuće. Prisutnost u bolnicama i socijalnim ustanovama postaje tako rječit izraz pastoralne prisutnosti koja počiva na temeljnom osjećaju dobrobiti psihički oboljelih osoba.

Za današnji svijet zdravstva i medicinskih dostignuća, perspektivu djelovanja u pastoralu psihički oboljelih osoba uz *biti prisutan* treba aktualizirati i *traženjem* bolesnika, odnosno posjetom bolesnicima. Glede psihički oboljelih osoba, liječenje u bolnicama traje nekoliko mjeseci. Posjet i primjerena pozornost pomaže bolesnicima da u svjetlu vjere hrabrije podnose odvojenost od obitelji i patnju kojoj su izloženi. U tom kontekstu, Ivan Pavao II. postavlja zahtjev pred župnike i pastoralne djelatnike da »moraju paziti i jamčiti da bolesnik nikada ne ostane bez utješne Gospodinove prisutnosti po Božjoj riječi i sakramentima.«[472]

[471] BENEDIKT XVI., *Iskustvo boli i trpljenja može postati škola nade*. Poruka za XVIII. Svjetski dan bolesnika (7. XII. 2009.), u: https://www.vatican.va/content/benedict-xvi/hr/messages/sick/documents/hf_ben-xvi_mes_20091122_world-day-of-the-sick-2010.html (31. VIII. 2021.).

[472] IVAN PAVAO II., Obrana kulture života u središtu skrbi za bolesne. Poruka u prigodi XI. Svjetskog dana bolesnika (2. II. 2003.), br. 5, u: Blaženka MANDIĆ-KOZULIĆ – Radovan ŠOLJAGA (ur.), *Svjetski dan bolesnika*. *Rijeka, 1993.-2005*., 231.

4.2.1.1.Umanjivati napetost između psihijatrije i religije

Budući da djelatnost bolničkog dušobrižnika uključuje usmjerenost i na zaposlenike u bolnici kao i na samu instituciju kao takvu, u perspektivama pastoralnog djelovanja neophodno je ukazati na napetost koja postoji između psihijatrije i religije. U literaturi nailazimo na četiri pristupa kojima se ljudi služe da opišu spomenutu napetost. Čak tri pristupa mogu se označiti ne samo kao jednostrana, nego i nepravedna prema psihički oboljeloj osobi. Njihova jednostranost ogleda se u tomu da se niječe bilo kakva povezanost psihijatrije i religije, zatim u naglašavanju da religija uzrokuje ili barem pogoršava psihičke bolesti te da je mentalna bolest duhovni problem koji se može izliječiti samo vjerom.[473]

Evidentan je veći broj pacijenata s vjerskim uvjerenjima, ali također i uloga vjerskog uvjerenja psihijatara može imati utjecaj na terapijski ishod. Znanstveni pristup psihijatriji uključuje razumijevanje psihičkih bolesti i razumijevanje ljudi kod kojih vjera ima važnu ulogu. U tom kontekstu, susret s bolesnikom treba biti prožet ispravnim stavom prema religioznom iskustvu koje je često u literaturi i psihijatriji opisano »samo u svojim patološkim manifestacijama, a njegovi pozitivni vidovi nisu primjereno naglašeni.«[474]

U trećem poglavlju spomenuli smo kako vjera odnosno religioznost mogu dovesti do iskrivljenje slike Boga i forme vjerovanja koja ima negativan utjecaj na čovjekovo mentalno zdravlje. To znači da znanstveni i praktični pristup religioznosti upućuje kako religioznost u pojedinim svojim oblicima za pojedine osobe može predstavljati rizični faktor u zdravom i cjelovitom funkcioniranju osobe. Tako pojedini oblici religioznosti ostavljaju posljedice na duševno zdravlje i međuljudske odnose.[475] Upravo zbog toga nameće se perspektiva djelovanja koja u bolničkom pastoralu pruža mnogostruke mogućnosti glede umanjivanja napetosti između psihijatrije i religije. Bolnički ambijent može biti pogodno ozračje za organiziranje seminara prilagođenih za osoblje koje radi u bolnicama te za razne duhovne susrete koji će staviti naglasak na pozitivne vidove religioznog iskustva psihički oboljelih osoba. Ti susreti, također, prigoda su za usmjeravanje interesa prema psihologijskom pristupu religioznosti koji predstavlja »nepatvoreni interes za zdravu ličnost zdrave religioznosti. U njemu nije pitanje 'religija – da ili ne', već kakva religioznost, tj. ona koja potiče ljudski razvoj, doprinosi duševnoj stabilnosti, uspješno promiče nedvojbene vrijednosti, njeguje svoju vertikalno-horizontalnu dimenziju (kad vjera u Boga nadahnjuje zdrav odnos prema sebi i svijetu oko

[473] Usp. Samuel PFEIFER, *Bodriti slabe. Suvremena psihijatrija i dušobrižništvo,* 8-9.
[474] *Isto*, 11.
[475] Usp. Šimun Šito ĆORIĆ, Dimenzije psihopatološke religioznosti, u: Martina JURČIĆ – Mijo NIKIĆ – Herman VUKUŠIĆ (ur.), *Vjera i zdravlje*. Zbornik radova s interdisciplinarnog, multikonfesionalnog i internacionalnog simpozija održanog 2. ožujka 2005. u Zagrebu, Zagreb, [2]2007., 38-39.

sebe), razvija specifične čovjekove snage ili – to sve paralizira i ne čini.«[476] Na taj način, djelovanje u specifičnom ambijentu i nastojanje oko umanjivanja napetosti između psihijatrije i religije potvrđuje nužnost uvažavanja interdisciplinarnog dijaloga između teologije i psihologije, odnosno pastoralnog djelovanja i psihijatrijske medicinske prakse koji doprinosi sustavnom i sređenom djelovanju pastorala sa psihički oboljelim osobama. Tek interdisciplinarnom suradnjom i poštivanjem pravila interdisciplinarnog rada, pastoralno djelovanje pomaže psihički oboljelim osobama kao i onima koji skrbe za njih kako otkriti 'zdravi dio' oboljele osobe koji ujedno predstavlja potencijal za nastavak svakodnevnog života u obiteljskoj i društvenoj zajednici.

4.2.1.2. Učvršćivati kršćansku vjeru i nadu u životu psihički oboljelih osoba

Budući da mnogobrojni čimbenici zajedno pridonose razvoju psihičkog poremećaja, kao jedan od zahtjeva u perspektivama pastoralne skrbi nameće se važnost učvršćivanje vjere i nade u životu oboljelih osoba. Kršćanska vjera pruža pomoć u svladavanju psihičke bolesti jer mijenja razmišljanje prema pozitivnome te potiče nadu, hrabri i upravlja pogled prema budućnosti.[477] Stoga, u svjetlu postmodernog pristupa shvaćanja zdravlja, pastoralno djelovanje zahtijeva aktualizaciju eshatološke perspektive s naglaskom da zdravlje nije i ne može biti ostvarenje spasenja ovdje na zemlji. Ako osoba ne poznaje eshatološku nadu, ostaje jedino čežnja za ispunjenjem ovozemaljskog života. Na takvo se poimanje pastoralnog djelovanja traži prikladan odgovor naglašavanjem poimanja zdravlja u eshatološkoj perspektivi – potpuno ispunjeno i od Boga darovano spasenje – kojim se oduzima temelj često utopističkim predodžbama zdravlja postmodernog društva. Benedikt XVI. u enciklici *Spe salvi* ističe da »spasenje nije jednostavna, ni uz što vezana datost. Otkupljenje nam je, naime, dano u smislu da nam je dana nada, pouzdana nada, zahvaljujući kojoj se možemo lakše nositi sa sadašnjošću: sadašnji trenutak, ma koliko težak bio, može se živjeti i prihvatiti ako vodi ka nekom cilju, ako u taj cilj možemo biti sigurni i ako je taj cilj tako velik da opravdava trud koji je uložen u prijeđeni put.«[478]

Kršćanska nada, dakle, svoje utemeljenje nalazi u Bogu koji je vjeran svojim obećanjima. Kristovo utjelovljenje, život, muka, smrt i uskrsnuće obrazloženje su i ispunjenje Božje vjernosti obećanjima. Ostvarenjem obećanja Bog je po jedinorođenom Sinu postao *s nama Bog* i omogućio kršćanima da s pouzdanjem Boga nazivaju Bogom nade, onim koji nas

[476] *Isto*, 38.
[477] Usp. Samuel PFEIFER, *Bodriti slabe. Suvremena psihijatrija i dušobrižništvo*, 114.
[478] SS, br. 1

je ljubio i ljubi nas 'do kraja'.[479] Krist *naša nada* (usp. 1 Tim 1,1) pokazuje da kršćanska nada nije prvenstveno nada u događaje, nego nada u samoga Boga. Ovdje je važno napomenuti, da zdravlje promatrano u eshatološkoj perspektivi ne umanjuje doprinos medicine i znanstveno-tehničkog napretka glede liječenja i zdravlja. Otvorenost prema eshatološkom značenju zdravlja u konačnici znači prihvaćanje činjenice da čovjek nije gospodar života. Bio čovjek zdrav ili bolestan, život je dar kako u vidu stvaranja, tako i u pogledu otkupljenja.

4.2.2. Životna kriza uzrokovana psihičkom bolešću – perspektiva za otkrivanje zdravih potencijala osobe

Pojava psihičkog poremećaja dovodi često do životne krize isprepletene egzistencijalnim i drugim pitanjima. Pitanja koja se u psihijatriji i u skrbi za psihički oboljele osobe postavljaju u uzročnom, odnosno terapeutskom obliku trebalo bi fokusirati na rehabilitirajući cilj, a to je sposobnost osobe za nošenje sa životnim poteškoćama unatoč poremećajima.[480] U tom kontekstu pastoralno djelovanje usmjerava se prema otkrivanju mogućnosti koje oboljela osoba posjeduje za svladavanje svakodnevnih poteškoća uzrokovanih psihičkim poremećajem.

Svaki pastoralni susret sa psihički oboljelim osobama mora biti prožet shvaćanjem da su to osobe koje iza svoje vanjštine, bez obzira na težinu i dijagnozu bolesti, ostaju ljudi poput svih nas. Stoga, uslijed psihičke bolesti, kriza koju proživljava oboljela osoba trebala bi postati poticaj da se kroz pastoralni susret i potporu, oboljeloj osobi pomogne da otkrije zdravi dio sebe.[481] Drugim riječima, psihički oboljele osobe imaju zdravih područja koja treba otkrivati i aktivirati kao potencijal u pastoralnoj skrbi unoseći pritom radost i nadu u život psihički oboljelih osoba. Konkretnost nade prepoznaje se da uvijek postoji izlaz i da uvijek možemo učiniti nešto za rješavanje životnih poteškoća. Na taj način, nada pruža znanje o mogućnosti života što ga čovjek nade posjeduje. Bolesnik koji drugima svjedoči nadu preuzima svoj specifični udio u kršćanskom poslanju.

Slijedom navedenoga, u pastoralnom djelovanju sa psihički oboljelim odraslim osobama nameće se perspektiva koja se ogleda se u služenju i svjedočenju kršćanske ljubavi. U tom kontekstu potrebno je, ne samo u župnim zajednicama nego i u specijalnim bolnicama i ustavama socijalne skrbi, dakako gdje za to postoje uvjeti, poticati te razvijati sudjelovanje oboljelih osoba u liturgijskim grupama ili ako se radi o župnoj zajednici, poticati uključivanje

[479] Usp. SS, br. 27
[480] Usp. Samuel PFEIFER, *Bodriti slabe. Suvremena psihijatrija i dušobrižništvo*, 57-58.
[481] Usp. *Isto*, 10.

u posebne župne zajednice, koje Plan i program župne kateheze u obnovi župne zajednice naziva *živi vjernički krugovi*.[482] Riječ je o zajednicama koje uključuju rad s odraslima »pri čemu valja primjenjivati načelo aktivnog sudjelovanja u izmjeni misli, o međusobnom uvažavanju, o umijeću slušanja i dr. (…) U svemu je pak nužno razvijati ljudsko zajedništvo u vjeri, jer je ta vrlina – prema Isusovoj riječi (usp. Iv 17,21) – temeljna pretpostavka za naviještaj Evanđelja.«[483]

Svaka osoba, prema svojim sposobnostima može sudjelovati u liturgijskoj grupi: pjevači, čitači, ministranti ili pak u uređivanju liturgijskog prostora.[484] Iskustva bolesnika aktivno uključenih u spomenutu grupu pokazuje korisnost sudjelovanja u vidu pozitivnih učinaka na psihičkoj, socijalnoj i duhovnoj razini. Glede psihičke razine, oboljela osoba povećava samostalnost i osjećaj neovisnosti, samopoštovanje i samopouzdanje te svladava strah od javnog nastupa. Na socijalnoj razini, također, uključivanje i suradnja s članovima grupe, potiče osobe da razvijaju vještine koje će im pomoći da se nose s uspjesima i neuspjesima u životu. Na duhovnoj razini, u slavlju sakramenata osobe produbljuju osobnu duhovnost, rast u vjeri i što je najvažnije, zadobivaju iskustvo susreta sa živim Bogom. Na taj način djeluje se na tragu riječi Ivana Pavla II. koji je istaknuo da se uloga onih koji skrbe za depresivne osobe, a nemaju posebnu terapijsku zadaću, sastoji »u pomaganju da ponovno pronađu samopoštovanje, pouzdanje u vlastite sposobnosti, zanimanje za budućnost i volju za životom.«[485] Pritom se, u kršćanski podnošenoj bolesti, dinamizam života intenzivno nastavlja, spoznaje se važnost vjere te usvajaju navike koje pridonose djelovanju u skladu s osobnim mogućnostima.[486]

Slijedom navedenoga uočljivo je, dakle, da vjera ima podupiruću moć u mnogim segmentima života psihički oboljelih osoba. Drugim riječima, pastoralna skrb za psihički oboljele osobe mora ići u pravcu djelovanja koje će pomoći osobi otkriti zdrave potencijale koje svaka osoba posjeduje bez obzira na psihički poremećaj. Pružanjem pastoralne skrbi, kroz služenje i svjedočenje kršćanske ljubavi, oboljelima se nudi perspektiva za integriranje u zajednicu vjere i života kao putokaz oporavku od mentalnih poremećaja.[487] Stoga pastoralni

---

[482] HRVATSKA BISKUPSKA KONFERENCIJA, *Župna kateheza u obnovi župne zajednice. Plan i program*, Zagreb – Zadar, 2000., br. 73 (dalje: ŽK).
[483] *Isto.*
[484] Usp. *Isto.*, br. 75
[485] JOHN PAUL II, *Address of John Paul II to the Participants in the 18th International Conference Promoted by the Pontifical Council for Health Patoral Care on The Theme of „Depression*", November 14, 2003, 3.
[486] Usp. Bruno MARRA, Bolest, u*: Enciklopedijski teološki rječnik*, 115.
[487] Koliko je važno poticanje oporavka od mentalnih poremećaja vidljivo je u akcijskom planu za mentalno zdravlje 2013.-2020. kojim se obvezuje zemlje članice Svjetske zdravstvene organizacije da razvijaju službe za mentalno zdravlje u zajednici, bore protiv kršenja ljudskih prava osoba sa psihičkom bolesti, a osobito protiv stigme i diskriminacije. Usp. World Health Organization, Mental health, *Comprehensive mental health action plan 2013-2020-2030*, u: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/ (5. VI. 2021.).

djelatnici trebaju uvijek imati u vidu da svaka osoba posjeduje osobine koje joj mogu pomoći u svakodnevnoj 'borbi' sa svojim poteškoćama. »Čak i ljudi s teškim mentalnim bolestima ipak imaju zdravih područja koja je vrijedno otkriti i njegovati što je moguće više.«[488] U tom kontekstu, pastoral psihički oboljelih osoba zahtijeva uvijek iznova traženje i pronalaženje izvora zdravih područja osobnosti, njihovo poticanje te aktiviranje. Pritom je nezamjenjiva pomoć koju pruža župna zajednica, osobito u kontekstu strukturiranja župe, kao zajednice zajednica. Stoga je potrebno istaknuti, u kontekstu pastorala psihički oboljelih osoba, formiranje zajednice za osobe s posebnim potrebama.[489] Upravo su te, manje, zajednice važne za pružanje podrške psihički oboljelim osobama kroz darovano vrijeme, razumijevanje i ljubav onih kršćana i članova zajednice koji su posebno osjetljivi za takvu zadaću Crkve.[490]

4.2.3. Nužnost suodnosa u angažmanu obitelji i župne zajednice glede pastorala psihički oboljelih osoba

Kao što je vidljivo iz do sada izloženog, razvijeni pastoral psihički oboljelih osoba, kroz sustavno i sređeno djelovanje doprinosi osvješćivanju zajednice o prisutnosti mentalnih bolesti te zahtijeva aktivno uključivanje crkvene zajednice i pojedinaca u cjelokupni proces pružanja skrbi psihički oboljelim osobama. Također, potrebno je, uvažavajući smjernice struke, planirati i primjenjivati one modele koji poštuju potrebe pojedine osobe. Pritom se, kako psihijatrijskoj tako i pastoralnoj skrbi nameće razvijanje kulture oporavka u svojoj sredini. Liječenje i rehabilitacija u vlastitom domu s ciljem što kraćeg boravka u bolnici i bržeg oporavka rezultira potrebom nastavka liječenja u pacijentovom okruženju: kod kuće, u obitelji i sredini u kojoj živi.[491] Važno je naglasiti da su svi članovi zajednice odgovorni za mentalno zdravlje, izgradnju 'sustava' koji će biti dostupan oboljelima u svrhu poboljšanja kvalitete života, poticati na oporavak od psihičke bolesti te biti od pomoći u ranom prepoznavanju bolesti i njenom liječenju. Treba imati u vidu da osobe stigmatizirane zbog psihičkog poremećaja nailaze na velike prepreke u traženju pomoći i oporavku od psihičke bolesti. Stigmatizacija i samostigmatizacija dovodi do dalekosežnih socijalnih posljedica tako da mnogi pacijenti ostaju nezaposleni, izolirani i isključeni iz društva. Pastoralna skrb mora težiti za zaštitom oboljele

[488] Samuel PFEIFER, *Bodriti slabe. Suvremena psihijatrija i dušobrižništvo,*58.
[489] Usp. ŽK, br. 85
[490] Usp. *Isto*.
[491] Zdravstvenu skrb u ovakvim slučajevima je »moguće provesti uspostavom mobilnih multidisciplinskih timova oblikovanih za pružanje potrebne zdravstvene skrbi u kući pacijenta.« Slađana ŠTRKALJ IVEZIĆ – Vlado JUKIĆ – Danijela ŠTIMAC GRBIĆ – Ivan ČELIĆ – Petrana BREČIĆ – Maja SILOBRČIĆ RADIĆ – Ante BAGARIĆ – Marko ĆURKOVIĆ, Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj, u: *Acta Med Croatica*, 72 (2018) 2, 185.

osobe, stvarati novu kulturu života koja će ne samo uspješno aktivirati obiteljske potencijale u procesu ozdravljenja nego i pružiti podršku obiteljima oboljelih.

Čovjek je biće zajedništva i u svakom trenutku, bez obzira na bolest, ima svoje mjesto kao jedinka u obiteljskom okruženju. Bolest pojedinca utječe na obitelj, ali i obiteljska struktura utječe na bolest člana. Od obitelji u mnogome ovisi kako će bolesnik prihvatiti bolest i nositi se sa stanjem bolesti. S jedne strane, obitelj kao temeljni životni ambijent i temeljna stanica društva postaje veza bolesnika s društvenom zajednicom. Poštivanjem dostojanstva osobe i pomoći koju pruža obitelj, bolesnikovu ograničenost se, uvjetovanu poremećajem, ne pretvara u opterećenje ili iskustvo ostavljenosti. S jedne strane, zdrava obiteljska podrška omogućuje bolesniku sudjelovanje u društvenoj sferi života i uspostavljanju veza s crkvenom zajednicom. S druge strane, stvarnost života čini oboljelu osobu ovisnom o obitelji koja je dužna štititi dostojanstvo bolesnog člana. Na ulogu obitelji upozorio je Ivan Pavao II. tumačeći u apostolskoj pobudnici *Familiaris consortio* važnost i zadaće kršćanske obitelji: »Kršćanska obitelj koju prožima i podržava nova zapovijed ljubavi prihvaća, poštuje i služi svakom čovjeku, uvijek ga promatrajući u njegovom osobnom dostojanstvu i u dostojanstvu sina Božjega.«[492] Obitelj u svojoj nezamjenjivoj ulozi referentni je okvir ostvarivanja osobe i onda kada je osoba bolesna. Svjedočanstvom života i zaštitom dostojanstva psihički oboljele osobe, obitelj sudjeluje u životu Crkve, postaje put Crkve i ljudski prostor za susret s Kristom. Obitelj kao put Crkve pozvana je prihvatiti, zračiti i u svijetu očitovati Kristovu nazočnost, ljubav i milosrđe.[493]

Pod utjecajem današnjih društvenih okolnosti obitelji je ponekad teško pratiti bolesnog člana i osigurati primjereno zbrinjavanje bolesnog člana u obiteljskom domu. Ipak, ne smije se zaboraviti da je obitelj dragocjeno mjesto razvijanja osobnosti i ostvarivanja svakog pojedinca. S jedne strane, u obitelji se ostvaruje najbolja podrška u osjetljivom razdoblju kao što je narušeno mentalno zdravlje pojedinog člana. S druge strane, bolest člana obitelji, u proživljavanju bolesti ostavlja promjene i na samu obitelj. Narušeno mentalno zdravlje jedne osobe može ugroziti čitavu obitelj koja se našla u izvanrednoj situaciji te zbog pojave bolesti i neizvjesnosti liječenja, i obitelj može postati anksiozna.[494] Okolnosti u kojima se našla obitelj pružaju prigodu za aktualiziranje dinamičkog zajedništva u Crkvi. Ta dimenzija uključuje,

[492] IVAN PAVAO II., *Familiaris consortio – Obiteljska zajednica. Apostolska pobudnica o zadaćama kršćanske obitelji u suvremenom svijetu* (22. XI. 1981.), Zagreb, [3]2009., br. 64 (dalje: FC).
[493] Usp. BENEDETTO XVI, Discorso del Santo Padre Benedetto XVI alla Plenaria del Pontificio Consiglio per la Famiglia, *Giovedì, 1° dicembre 2011, u:* http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/it/speeches/2011/december/documents/hf_ben-xvi_spe_20111201_pc-family.html (26. VII. 2021.).
[494] Usp. Staniša NIKOLIĆ, Mentalno zdravlje, društvene promjene i obitelj, u: Staniša NIKOLIĆ i suradnici (prir.), *Obitelj – podrška mentalnom zdravlju pojedinca. Teorijski i praktični priručnik obiteljske terapije*, 35-39.

prema riječima Josipa Balobana, »zajedništvo vjere ali i zajedništvo problema (od svakidašnjih dalje), zajedništvo strahovanja i nadanja, zajedništvo radosti do zajedništva dobara.«[495] Kroz potporu i pomoć obitelji, zajednica se solidarizira s obitelji bolesnika te suradničkim djelovanjem omogućuju bolesnom članu da zbog psihičkog poremećaja ne doživljava izoliranost i odbačenost.

Župna zajednica, pozorna na patnju i bolest, pozvana je svojim zalaganjem tražiti prikladne odgovore na žurne izazove trenutka. Važan element pastorala koji se aktualizira u djelovanju zajednice predstavlja zajednička molitva. Zajednica koja se okuplja na molitvu, slušanje Riječi i slavlje sakramenata razvija suživljavanje i solidarnost. Solidarnost u djelovanju zajednice aktualizira se različitim oblicima pomoći obitelji glede skrbi za njihove bolesne članove. Posjet obitelji koja skrbi za bolesnog člana, motiviran vjerom, molitvom i sakramentima, može biti nezamjenjivo i djelotvorno terapijsko sredstvo za bolesnika, a za članove obitelji i župnu zajednicu to može postati prigoda otkrivanja dragocjenih ljudskih i duhovnih vrijednosti. U tom smislu Vranješ smatra da angažiranje pojedinih članova zajednice »iznutra dinamizira život cijele župne zajednice ne samo u smislu skrbi za bolesne nego i u smislu prepoznavanja i vrednovanja njihovog služenja u zajednici.«[496]

Slijedom navedenoga, omogućavanje sudjelovanja psihički oboljelih osoba u životu obiteljske i župne zajednice oslobađa bolesnike izoliranosti i nadvladavanju samostigmatizacije. Usmjeravanje djelovanja na potrebe bližnjega štiti dostojanstvo čovjeka koji po svojoj datosti ne može biti sam jer je biće za drugoga, na sliku Stvoritelja koji je u sebi samo zajedništvo.[497] Štiteći dostojanstvo svake osobe, angažman obiteljske i župne zajednice smjera djelovanju koje će pomoći bolesnicima u njihovu uključivanju u društveni život i sveukupno poslanje Crkve. Tako se štiti dostojanstvo prema kojem bolesnik, bez obzira na ograničenost bolesti, ima svoje mjesto i poslanje u obitelji i župnoj zajednici, kao i u široj društvenoj zajednici. U kontekstu ostvarivanja pastorala bolesnika, obiteljska i kršćanska zajednica uzajamno se nadopunjuju te tako postaju sudionici pastorala psihički oboljelih osoba.

4.2.4. Pastoral u službi kvalitete života psihički oboljelih osoba

Pastoralno djelovanje u službi podizanja kvalitete života osoba sa psihičkim poteškoćama svoje uporište nalazi u čovjekovu dostojanstvu. Naglašavanje čovjekova

[495] Josip BALOBAN, Pastoralno djelovanje suvremene Crkve pred izazovom religiozne indiferentnosti, u: *Obnovljeni život*, 41 (1986.) 3-4, 233.
[496] Nikola VRANJEŠ, Izloženost i ranjivost bolesnih. Poziv pastoralnoj odgovornosti Crkve, 259.
[497] Usp. Alojzije ČONDIĆ, Milost prijelaza. Ruke kao »sredstvo prijelaza, 316.

dostojanstva doprinosi poboljšanju cjelokupnog zdravstvenog stanja osobe, a nerijetko utječe i na smanjivanje hospitalizacija. No ipak, osobe koje žive izvan bolnice i ustanove nisu oslobođene problema koji im predstavljaju prepreke u svakodnevnom funkcioniranju. U cilju povećanja socijalnih i osobnih vještina potrebno je na razini crkvene skrbi ponuditi programe koji će uključivanjem psihički oboljelih osoba u zajednicu doprinijeti podizanju kvalitete života. Cijeli niz usluga koje postoji na nacionalnoj razini, uključujući izvanbolničke programe poput dnevnih bolnica, psihijatrijske ambulante, povezanost različitih programa i razina skrbi predstavlja predispoziciju za podizanje kvalitete života psihički oboljelih osoba. Od iznimne je važnosti naglašavanje organizacije skrbi koja treba postati mjesto humanosti, zaštite prava i poštivanja dostojanstva osobe u svim okolnostima.[498]

Pastoralna skrb, po uzoru na Kristovo djelovanje, smjera spasenju cijeloga čovjeka u integralnom smislu. U svakoj situaciji, pa i situaciji psihičkog poremećaja, čovjek je pozvan napredovati prema Bogu i stoga je zadaća pastorala, situacije psihičkih oboljenja osvjetljavati snagom Kristova spasenja. Pozornost na ljudsku patnju i pitanje mentalnog zdravlja podrazumijeva približavanje kršćanskog pogleda na zdravlje i bolest, senzibiliziranje bolesnika za realno i potpuno suočavanje s patnjom i bolešću. Osjetljivost za patnje bolesnika svoje uporište nalazi u Isusovoj praksi iz koje je vidljivo da se stvarnost patnje ne tiče samo patnika nego i šire zajednice. Prisutnost osoba koje pate od psihičkih poremećaja neminovno u djelovanje uključuje zajednicu i poziva na vjerničku suodgovornost zajednice koja ima poslanje naviještati Kristovu nesebičnu ljubav i njegovu blizinu. Takvo djelovanje podrazumijeva tematske i strukturalne elemente koji će voditi prema kvaliteti života psihički oboljelih osoba i unaprjeđenju pastorala u aktualnoj crkvenoj praksi.

U tom kontekstu važno je istaknuti djelovanje u cilju prihvaćanja bolesti. Bolest prekida uobičajeni način života i donosi nepredvidive promjene. Pritom treba imati u vidu kako prihvaćanje bolesti ne znači da se protiv bolesti ne treba boriti. Naprotiv, svi psihološki, teološki, racionalni pokušaji osmišljavanja trenutnog stanja uzrokovanog psihičkim poremećajem i s njim povezanih patnji, ne smiju umanjiti osobnu dužnost borbe protiv bolesti. Ljudski je život po Božjem stvaralačkom djelovanju dar Božje ljubavi te istodobno zadaća jer zahtijeva primanje i čuvanje života u skladu s Božjim planom. Vrijednost života ne proizlazi iz onoga što bi čovjek mogao činiti nego iz njegova postojanja. U tom kontekstu, korijen

[498] Glede zaštite psihički oboljelih osoba, Hrvatski je sabor 13. lipnja 2014. donio Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama koji je stupio na snagu 1. siječnja 2015. godine. Usp. ZAKON O ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA, u: https://www.zakon.hr/z/181/Zakon-o-za%C5%A1titi-osoba-s-du%C5%A1evnim-smetnjama (21. VIII. 2021.).

vrijednosti i kvaliteta svakog ljudskog života, bila osoba zdrava ili bolesna, počiva u Bogu. »Dar života što ga je Bog Stvoritelj i Otac povjerio čovjeku, od njega zahtijeva da bude svjestan njegove neprocjenjive vrijednosti i da za nj preuzme odgovornost.«[499] Prihvaćanjem bolesti preuzima se odgovornost za vlastite postupke, a odgovornost pomaže uspostavljanju boljih međuljudskih odnosa koji postaju osobni i socijalni pokazatelji u prepoznavanju kvalitete života.

Stoga pastoralna briga, u okviru cjelovitog pristupa pastoralu sa psihički oboljelim osobama, zahtijeva evangelizaciju i bolesnika i zajednice te upućivanje na kvalitetu života smještenu u kršćansko poimanje zdravlja i bolesti. U tom kontekstu važno je stalno posvješćivanje čovjekova dostojanstva i naglašavanje da nije manje čovjek kad je bolestan. Unatoč bolesti i smanjenim psihičkim i fizičkim snagama čovjek je slika Božja s neotuđivim dostojanstvom i vrijednošću te ima svoje mjesto u društvu i zajednici naroda Božjega – Crkvi. Takvim pristupom podiže se kvaliteta života svakog pojedinca ali i kvaliteta života zajednice kojoj pojedinac pripada. Razlika situacije psihički oboljelih osoba u odnosu na situaciju drugih bolesnika ne bi trebala umanjivati odgovornost za vlastito zdravlje. Svatko je dužan po Božjem stvarateljskom naumu, unatoč psihičkoj invalidnosti koja otežava svakodnevne životne navike, doprinositi kvaliteti života. Drugim riječima, u cilju poboljšanja kvalitete života psihički oboljelih osoba potrebno je povjeriti svakoj osobi odgovornost za vlastit život. Pritom važnu ulogu u pastoralu ima komunikacija s oboljelom osobom i strategija djelovanja koja će smjerati višoj razini mentalne aktivnosti i boljem funkcioniranju oboljele osobe.

4.2.4.1. Važnost komunikacije u pastoralu psihički oboljelih osoba

Uspostava komunikacije s osobom kojoj je dijagnosticiran psihički poremećaj zahtjevan je zadatak za pastoralnog djelatnika. Vodeći računa o postavkama ispravne komunikacije, koja sadrži i terapeutsku vrijednost, pastoral bolesnika pridonosi ispravnom vrednovanju brige za cjelovito zdravlje osobe.[500] Gian Maria Comolli smatra da u komunikaciji s pacijentom mora doći do 'razmjene osjećaja' jer se samo na toj razini može shvatiti bolesnikovo osobno suočavanje s bolešću i patnjom. Osjećaji predstavljaju najdublji i najintimniji stupanj dosegnut riječju, otkrivaju životnu pozadinu čovjeka i očituju značenje koje ima bolest za oboljelu osobu. Anksioznost može biti kratkotrajno ublažena farmakološkim sredstvima, ali bolesnik ostaje osoba kojoj je potreban dijalog između dva subjekta jednakog dostojanstva, između dva lica

[499] ZBOR ZA NAUK VJERE, *Donum vitae – Dar života. Naputak o poštivanju ljudskog života u nastanku i o dostojanstvu rađanja. Odgovori na neka aktualna pitanja* (22. II. 1987.), Zagreb, [3]2012., br. 1
[500] Usp. Gian Maria COMOLLI, *Tutto ha inizio con il Vangelo… Compendio di Pastorale della Salute*, 380.

koja gledaju jedno prema drugome u oči. Sve dok komunikacija s pacijentom ne stvori klimu koja potiče razmjenu osjećaja, spoznaja druge osobe nije moguća jer osobe nisu istinski otvorene jedna prema drugoj.[501] Kako bi komunikacija doprinijela kvaliteti života, Comolli ističe nekoliko elementa koji čine autentičnu komunikaciju s bolesnikom. Ti se elementi odnose na prihvaćanje bolesnika i stjecanje povjerenja, na pozornost slušanja, zauzimanje pozitivnog stava prema bolesnicima i odnos koji bolesnika upućuje na zajedništvo s Bogom.[502]

Preliminarna je faza komunikacije prihvaćanje i otvorenost. Razgovor u koji se ulazi s otvorenošću i prihvaćanjem psihički oboljele osobe svjedoči da je svaka osoba jedinstvena, neponovljiva i vrijedna pozornosti.[503] Nadalje, iskazivanje ljubavi i zanimanje za strahove i tjeskobe koje su se pojavile sa psihičkim poremećajem zahtijeva komunikaciju koja odražava diskretan pristup. U tom kontekstu, razgovor između bolesnika i pastoralnog djelatnika postaje 'lijek', potiče stvaranje povjerenja i otvara prostor za prenošenje željene poruke. Pritom treba paziti na izgovorenu i neizgovorenu poruku kao i na razumljivost same poruke. Važno je razgovarati usklađeno, a to znači da se u razgovoru upotpunjuju izgovorene riječi s neizgovorenima.[504]

Drugi je važan temeljni aspekt komunikacije stav aktivnog slušanja oboljele osobe.[505] Pažljivo slušanje odnosi se na ono *što drugi kaže* i *kako kaže*. Sposobnost slušanja dolazi od predispozicije slušatelja koji obraća pažnju na drugoga, bez predrasuda. Ako postoje zapreke kao što su nezainteresiranost, strah od emocionalnog sudjelovanja, apsorbiranje informacija od napornih svakodnevnih aktivnosti ili osobna zabrinutost, slušanje neće postići željeni učinak. Tu se ponekad rađa i želja pastoralnog djelatnika da se odmah ponudi pravo rješenje. Upoznavanje bolesnika, otvorenost i dinamičan pristup omogućuje bolesniku uspostavljati dobru komunikaciju s pastoralnim djelatnikom. Odatle proizlazi zahtjevnost koja se postavlja pred pastoralne djelatnike; da prije nego što progovore, trebaju biti osobe koje znaju slušati. Slušanje drugoga zahtijeva prostor šutnje, vještinu slušanja, razumijevanje i vrijeme odvojeno upravo za tu osobu.

Trenuci šutnje mogu biti najsmislenija komunikacija koja poručuje da je netko na raspolaganju bolesniku.[506] Pastoralni djelatnik najprije sluša, a tek onda govori. Slušanje

[501] Usp. *Isto,* 382.
[502] Usp. *Isto*, 383-386.
[503] Usp. Marija ŠILJE, Komunikacijske vještine s osobama oboljelim od psihičke bolesti (psihijatrijskim bolesnicima), 23-25.
[504] Usp. Jadranka GARMAZ, Zdenka MRDEŠA-ROGULJ, Neka načela u komunikaciji s bolesnikom, u: *Služba Božja*, 53 (2013.) ¾, 329.
[505] O vještini aktivnog slušanja u pastoralu, vidi: Mihály SZENTMÁRTONY, *Osjetljivost za čovjeka. Pastoralna psihologija*, 83-86.
[506] Usp. Elisabeth KÜBLER-ROSS, *Razgovori s umirućima,* Zagreb, [4]2007., 112.

potvrđuje prisutnost drugoga. Bolesnik najbolje zna u kakvoj je situaciji te je stoga potrebno bolesniku »dati prostor a ne zauzeti njegov prostor i situaciju u kojoj se nalazi.«[507] Važno je da osoba osjeti susretljivost i prihvaćanje. To znači da je perspektiva pastoralnog djelovanja po komunikaciji i osobnoj susretljivosti svjedočiti susretljivost Boga Oca, Sina i Duha Svetoga prema svakoj osobi. Božja susretljivost u odnosu na bolesnike pokazala se vidljivom u Isusovom odnosu prema svim bolesnicima. Prema uzoru na ljubav Krista, komunikacija u pastoralu psihički oboljelih osoba uključuje, u blagom, srdačnom i suosjećajnom susretu, osluškivanje osobnih potreba bolesnika. Suosjećanje s bolesnicima, izrečena riječ sućuti, iskazana pažnja i prisutnost po služenju Crkve odjelotvoruju susretljivost Božju i tako postaju svjedočanstvo Crkve koja izlazi ususret svakom čovjeku u potrebi.[508]

U uvjetima nastalim od posljedica procesa bolesti, odgovor što ga očekuje onaj koji pati treba se uklapati i oblikovati prema stvarnim potrebama oboljele osobe. Primatelj očekuje sućutno sudjelovanje u njegovoj patnji, solidarnu ljubav i velikodušnu odanost. To podrazumijeva spremnost velikodušnog darivanja drugome, ali i iskrenost prema sebi i onome koga slušamo. Kvaliteta odnosa pomaže ne samo boljoj pastoralnoj i medicinskoj skrbi bolesnika nego i poboljšanju kvalitete života bolesnika. S tim u vezi važno je imati u vidu kako je za uspostavljanje komunikacije potrebno poznavati komunikacijske vještine koje su neophodne u komunikaciji sa psihički oboljelim osobama:

1. prihvatiti osobe sa psihičkim poremećajem i pokazati spremnost praćenja u teškim trenucima bolesti;
2. razgovarati s osobom o njezinu životu i istražiti iskustva koja su izravno uzrokovala poremećaj;
3. naglašavati nadu za izlazak iz patnje uzrokovane poremećajem;
4. poznavati i objasniti različite mogućnosti liječenja;
5. hrabriti osobu ističući Božju ljubav i upućujući na ulomke biblijskih tekstova koji su prožeti Božjim obećanjima:
6. posvijestiti osobi, osobito kod depresivnog poremećaja, moguće promjene raspoloženja:
7. sa strpljivošću i razumijevanjem pristupati osobi ne očekujući pomake odjednom.[509]

[507] Anđelo MALY, Briga za bolesne u Svetome pismu, u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije i Srijemske biskupije*, 148 (2020.) 6, 6.
[508] Usp. BENEDIKT XVI., *Deus caritas est – Bog je ljubav. Enciklika o kršćanskoj ljubavi* (25. XII. 2005.), Zagreb, 2006., br. 31 (dalje: DC).
[509] Usp. Samuel PFEIFER, *Bodriti slabe. Suvremena psihijatrija i dušobrižništvo,* 122-123.

Slijedom navedenoga uočava se kako je posebnost komunikacije u razdoblju osjetljivom zbog psihičkog poremećaja drugačija po samoj naravi od komunikacije sa zdravom osobom. Osobe koje pate od depresivnog poremećaja često su 'povučene u sebe' tako da su jedva i svjesne razgovora s pastoralnim djelatnikom. Također, uslijed shizofrenije misaoni je proces narušen te ne može pravilno interpretirati, vrednovati, sortirati i pohranjivati informacije.[510] Uz naznačeno, važno je istaknuti kako u razgovoru s osobama oboljelih od PTSP-a nije dobro, ako osoba ne želi, zahtijevati razgovor o traumatskom iskustvu. Važno je potaknuti osobe na razmišljanje o budućnosti i kvalitetnom suradnjom ohrabrivati u ostvarenju budućih planova. Potrebno je, nadalje, imati u vidu kako oboljele osobe »ne reagiraju na stvari onakve kakve one jesu već s obzirom na to kako ih oni vide, odnosno percipiraju.«[511] Zbog toga je važna pozornost prema komunikaciji s bolesnikom što iziskuje potrebu da komunikacija bude dijelom formacije onih koji se posvećuju pastoralnoj skrbi za bolesnike, osobito skrbi za psihički oboljele osobe. To podrazumijeva učenje novog jezika komunikacije i ponašanja koji će biti u stanju prepoznati percepcije pacijenta i komunicirati sadržaj u skladu sa situacijom psihičkog stanja oboljele osobe.

»Ako je komunikacija određeni *način* na koji se događa odnos, posredovanje, ne smije se zaboraviti da ona ima i svoj 'sadržaj'.«[512] Drugim riječima, u teškim trenucima kroz koje prolazi bolesnik, obitelj i okolina bolesnika, prenošenje evanđeoske poruke ovisit će o kvalitetnoj i ispravnoj komunikaciji te komunikacijskim vještinama svih onih koji sudjeluju u pastoralnoj skrbi. Ako ne postoji vertikala koja predstavlja komunikaciju s Bogom, horizontalnu povezanost interpersonalnog odnosa, bliskog odnosa s oboljelom osobom bit će teško održati. Iz dobre komunikacije s Bogom rađa se iskrenost, povjerenje i priopćavanje sebe drugome, a sve to pomaže uspostavljanju dijaloga koji podrazumijeva upoznavanje drugoga i upoznavanje sebe.

Slijedom navedenoga, pastoralni djelatnici pozvani su njegovati svakodnevni molitveni i sakramentalni život kako bi mogli posvjedočiti iskustvo dobre komunikacije s Bogom. Tako shvaćena i ostvarena komunikacija svoje plodove nalazi u privođenju bolesnika zajedništvu s Kristom sakramentalnim susretom. Pastoralni djelatnik postaje sluga Riječi koji vodi bolesnika ususret Božjoj riječi. Sadržajna komunikacija utemeljena je na komunikaciju s Bogom i

[510] Usp. *Isto*, 151.
[511] Mirko ŠTIFANIĆ, *Kultura umiranja, smrti i žalovanja*, 320.
[512] Ante MATELJAN, Svećenik i bolesnik. Načela za kršćansku komunikaciju svećenika i bolesnika u bolnici, 386.

uključuje jasnu viziju smisla života, pomaže u prepoznavanju značenja vlastite bolesti te pridonosi kvaliteti odnosa s Bogom koji je nosivi oslonac u bolesti i trpljenju.

Kao što je vidljivo iz prethodno rečenoga, ispravna komunikacija, kao važan aspekt koji doprinosi cjelovitom pastoralnom djelovanju, svoje uporište nalazi u zaštiti ljudskog dostojanstva polazeći od temeljne pretpostavke kako je svaki čovjek osoba dostojna poštovanja.[513] Zaštita dostojanstva i poštivanje osobe u njezinoj cjelovitosti u pastoralnoj skrbi uvelike ovisi o komunikaciji između pastoralnog djelatnika i psihički oboljele osobe. Bliskost i suosjećanje, uviđavnost i pažnja neizostavni su u susretu s oboljelom osobom. Komunikacija s bolesnikom ne smije dovesti do osjećaja samostigmatizacije. Taj osjećaj se vrlo lako može javiti ako se ne poštuju pravila komunikacije. Stoga, pristup temeljen na načelima ispravne komunikacije, evanđeoskim vrednotama i usklađenosti s kršćanskim načelima postaje perspektiva djelovanja koja vodi ishodištu svakog pastoralnog djelovanja – Isusu Kristu.

4.2.4.2. Djelovanje Družbe sestara milosrdnica svetog Vinka Paulskoga u službi kvalitete života psihički oboljelih osoba

Pojava psihičkog poremećaja ostavlja posljedice na sve dimenzije života uključujući i duhovni život koji nerijetko dolazi u krizu zbog posljedica psihičkog poremećaja. Svaka je osoba jedinstvena i neponovljiva te situaciju bolesti doživljava na svoj osobni način. Osjetljivost društva uglavnom postoji kada se govori o brizi i ljubavi prema osobama koje pate od tjelesne i psihičke bolesti, ali kada je riječ o duhovnoj odgovornosti glede osoba koje su pritisnute bolešću i patnjom, nerijetko zavlada šutnja. Sve to upućuje da bolesnik, uz stručnu medicinsku pomoć i skrb, treba pastoralnu skrb, ali i svaku drugu ljudsku pomoć. Drugim riječima, kao što liječenje i medicinska skrb za psihički oboljele osobe uključuje veći broj osoba i službi, na isti način pastoralna skrb zahtijeva uključivanje osoba koje će pastoralno pratiti oboljele, donositi nadu i suosjećati s bolesnicima u njihovoj patnji.

U tome pogledu aktualizacija pastoralne skrbi za psihički oboljele odrasle osobe zahtijeva različite pristupe koji će u međusobnom djelovanju doprinositi oporavku i promicati kvalitetu života psihički oboljelih osoba. Potrebno je, dakle, razvijati odgovarajuće pastoralne modele, jačati i širiti već postojeće, a koji će omogućiti oboljeloj osobi rast u vjeri unatoč bolesti i smanjenim psihičkim, a često i fizičkim snagama. Na takav način, djelovanje vodi ublažavanju posljedica na bio-psiho-socijalnom planu koje su neminovne kod psihički oboljelih osoba ako

[513] NSP, br. 54

ih se marginalizira.[514] U tom kontekstu, jednu od perspektiva djelovanja koja može doprinijeti pastoralu psihički oboljelih osoba treba aktualizirati unutar redovničke zajednice, osobito unutar zajednica onih redovnika i redovnica koji po svojoj karizmi, nasljedujući Isusa Krista, posvećuju svoj život služenju bolesnicima.[515]

Pomoć u realiziranju konkretnih odluka vezanih uz ovaj segment pastoralnog angažmana zasigurno može pružiti djelovanje Družbe sestara milosrdnica svetog Vinka Paulskoga čiji počeci sežu u daleko 17. stoljeće.[516] Niska ljestvica moralnih vrednota i društveno-ekonomska krize bili su snažan poticaj Vinku Paulskom za ostvarivanje karizme koja će preko materijalne i duhovne skrbi za bolesnike označiti crkveno djelovanje kroz stoljeća. Od početne spontanosti nastanka Družbe sestara milosrdnica i potrebe koja je zahtijevala žurni odgovor na tadašnje prilike, s vremenom je Vinkovo djelovanje poprimilo sustavnu brigu za čovjeka u stanju bolesti. Njegovo živo nastojanje za oslobođenje čovjeka od duhovne i materijalne bijede nije bilo zamišljeno kao individualno nastojanje, nego kao zajedničko djelovanje. U svome svećeničkom djelovanju Vinko je upoznao Lujzu de Marillac te su zajedničkim naporima razvijali organiziranu pomoć bolesnicima. Lujza je s dvanaest djevojaka započela živjeti novim oblikom posvećena života, koji je do tada bio nepoznat u Crkvi.[517]

Dakle, skrb za bolesnike prvotna je karizma sestara milosrdnica, a pastoral bolesnika trajan izazov djelovanju u traženju načina i modela skrbi koji će odgovoriti na zahtjeve suvremenih prilika. Na hrvatskim prostorima djelovanje sestara i doprinos u pastoralno-

---

[514] Usp. ŽK, br. 85

[515] Glede oblika i sadržaja okupljanja posebnih zajednica unutar župne zajednice, Plan i program župne kateheze upravo potiče fleksibilnost obzirom na mjesto susretanja pojedinih zajednica. U tom kontekstu ističu se samostani kao prikladni prostori za održavanje susreta. Usp. *Isto*, br. 73

[516] Čovjek koji je istinski prepoznao patnju i bol u 17. stoljeću u Francuskoj, zasigurno je bio Vinko Paulski (1581.-1660). Ratovi, epidemije, siromaštvo i glad samo su neka od obilježja tadašnjeg društveno-ekonomskog stanja u Francuskoj. Uz to moralna patnja koju je teže utvrditi i terapijom doseći od bilo koje tjelesne patnje, predstavljala je za stanovništvo velik problem. Događaj koji se zbio jedne nedjelje, 20. kolovoza 1617. godine u župi Châtillon, bio je dodatni putokaz Vinkovu djelovanju na putu što ga je zacrtao sam Isus Krist u evanđelju. Prije početka nedjeljne svete mise Vinku su javili kako su svi u jednoj obitelji bolesni i bez ikakve pomoći. Vinko je iskoristio propovijed i potaknuo okupljene vjernike da pomognu toj obitelji, a sam je poslije mise posjetio obitelj. Poziv za pomoć osobama u stanju boli i bolesti za Vinka je bio izazovan zadatak koji je obilježio početak pastorala bolesnika u njegovu djelovanju, odnosno početak pružanja organizirane pomoći bolesnicima.

[517] Osnivanjem te zajednice učinjen je radikalan iskorak iz dotadašnjeg shvaćanja redovništva. Žene su poslane djelovati izvan samostanskih zidina što je do tada bilo skoro nezamislivo. Odlazak k siromasima na ulice i bolesnicima u kuće, služenje u bolnicama i u zatvorima, predstavljalo je poslanje koje je bilo prekretnica u shvaćanju ženskog redovništva. Tu prekretnicu Vinko objašnjava sestrama sljedećim riječima: »Vaš samostan i vaša kuća jest bolnica i kuća bolesnika. Vaša ćelija je vaša iznajmljena soba. Po tome ste sličnije našem Gospodinu. Kapela vam je župna crkva gdje ste dužne uvijek prisustvovati božanskoj žrtvi i davati dobar primjer. Dužnost vam je vazda izgrađivati puk. Ipak ne smijete propustiti da u potrebi poslužite bolesnike. Klauzura vašeg samostana za vas su gradske ulice kojima prolazite da obiđete svoje bolesnike.« Pierre COSTE, *Konferencije svetog Vinka Paulskoga za Kćeri kršćanske ljubavi (61.-120.)*, Zagreb, 1987., 451-452.

zdravstvenoj skrbi počinje polovicom 19. stoljeća.[518] Upravo izdvajanjem elemenata djelovanja ove redovničke zajednice moguće je profilirat pastoralni model koji može doprinijeti izgradnji sustavnog i organiziranog pastorala psihički oboljelih osoba.

Učestalost pojave psihičkih bolesti uvjetovanih često puta suvremenim načinom života zahtijevaju djelovanje koje će poštivati svaku osobu. U tom kontekstu, vjernost vinkovskoj tradiciji prema Konstitucijama Družbe potiče sestre na traženje odgovora s obzirom na skrb za psihički oboljele osobe: »U skladu s okolnostima mjesta i vremena, vjerne svojoj karizmi, sestre organiziraju ili preuzimaju one načine djelovanja u kojima je moguće promicati evanđelje života u poštovanju ljudske osobe, a u potpunom skladu s naukom Crkve.«[519] Prema zamisli utemeljitelja svetog Vinka Paulskog, skrb za bolesnike u djelovanju ove redovničke zajednice odražava milosrdno lice Isusa iz Nazareta po kojem je milosrđe postalo živo, vidljivo i doseglo svoj vrhunac.[520] U tom kontekstu zauzimanje u pastoralu zahtijeva nove oblike skrbi u iskazivanju milosrđa upravo onim najslabijim, koji su zbog posljedica psihičkih poremećaja, često stigmatizirani u društvenim strukturama.

Kako na počecima djelovanja sestara milosrdnica tako i danas hrabrost Vinka Paulskog, utemeljitelja sestara milosrdnica i osnivača zajednica, može biti poticaj za iskorak i iznalaženje izravnog odgovora u skrbi za bolesnike, osobito psihički oboljele osobe. Pred dramama psihičkih poremećaja koje su zamijenile kuge prošlosti potrebno je aktualizirati djelovanje koje će omogućiti pružanje neophodne duhovne pomoći bolesnicima, kako bi u vjeri živjeli svoje teško stanje. Na taj način pridonosi se, u duhu karizme milosrdne ljubavi, aktualiziranju pastoralnih modela koji su nedovoljno zastupljeni u crkvenoj praksi skrbi za psihički oboljele osobe. U tom pogledu, osobit doprinos koji redovnice mogu pružiti u pristupu psihički oboljelim osobama predstavlja pastoralno savjetovanje te molitva s bolesnikom i za bolesnika.

Pastoralno savjetovanje Szentmártoni definira kao poslanje Crkve i evangelizacijsko sredstvo.[521] Teološko-eklezijalni kontekst pastoralnog savjetovanja ukazuje na njegovu religijsku dimenziju, njegovu posebnost ali i ograničenost. Za uspješno vođenje razgovora potrebno je posjedovati mentalne preduvjete: raspoloživost i profesionalnost. Upravo takav vid

---

[518] Prve sestre milosrdnice došle su iz Zamsa u Zagreb 5. rujna 1845. godine. Nekoliko mjeseci kasnije, točnije 1. siječnja 1846. sestre otvaraju bolnicu u samostanu s početnih dvanaest kreveta, a pružanje pomoći ograničeno je samo na ženske bolesnice. Skromna samostanska bolnica prerasla je u bolnicu na Vinogradskoj cesti, danas Klinički bolnički centar *Sestre milosrdnice*. Usp. Margareta Anka BABIĆ, Dolazak i počeci javnog rada Sestara milosrdnica u Hrvatskoj, u: *Croatica Christiana Periodica*, 2 (1978.) 2, 45.

[519] DRUŽBA SESTARA MILOSRDNICA SVETOGA VINKA PAULSKOGA – ZAGREB, *Konstitucije Družbe sestara milosrdnica svetoga Vinka Paulskoga s Kućom maticom u Zagrebu*, Zagreb, 2016., čl. 3 (dalje: Konstitucije)

[520] Usp. FRANJO, *Misericordiae vultus – Lice milosrđa*. *Bula najave izvanrednog jubileja milosrđa* (11. IV. 2015.), Zagreb, 2015., br. 1 (dalje: MV).

[521] Usp. Mihály SZENTMÁRTONY, *Osjetljivost za čovjeka. Pastoralna psihologija*, 65.

pastoralnog djelovanja sestre milosrdnice baštine iz vinkovske tradicije. Čuvajući tu tradiciju, djelovanje sestara teži ublažavanju patnje i zauzimanju za dostojanstvo cijele osobe. Također, radi učinkovitosti svjedočenja, potrebno je neprestano napredovanje sestara u duhovnoj i stručnoj izobrazbi kako bi mogle tumačiti stajalište Crkve u osjetljivim područjima djelovanja.[522]

Mihály Szentmártoni, uz klasične modele savjetovanja, koji zahtijevaju dijalog između psihologije i teologije, predlaže terapeutski pristup koji se temelji na evanđeoskoj paradigmi. Evanđeoski model savjetovanja Szentmártoni predlaže prema analizi njemačke terapeutkinje Hanne Wolf. Iz Isusova pristupa ljudima s raznim poteškoćama, Wolf je formulirala tri praktična principa: uloga volje, iskrenost i uvježbavanje u procesu ozdravljenja.[523] U tom kontekstu potrebno je istaknuti osobine savjetnika koje su neophodne za uspješno odvijanje pastoralnog savjetovanja: iskrenost, toplina i empatija oslobođena posesivnosti. U želji trajnog pastoralnog rasta, model pastoralnog savjetovanja omogućit će uključivanje obitelji bolesnih, ali i drugih osoba koje će svojom stručnošću i specifičnom formacijom pridonijeti što kvalitetnijem pastoralu psihički oboljelih osoba. Slijedom navedenoga, pastoralna djelatnost sestara milosrdnica treba težiti djelovanju koje će u crkvenoj i društvenoj zajednici podizati svijest o važnosti brige za psihički oboljele osobe koji čine dio te zajednice, poticati različite programe u borbi protiv stigmatizacije i umanjivati samostigmatizaciju. Sve su to načini za izradu strategije koja će biti ugrađena u praksu i na taj način doprinositi skrbi za psihički oboljele osobe ne samo na župnoj nego i biskupijskoj te nacionalnoj razini.

Pastoralno djelovanje, kako bi odgovorilo zahtjevima današnjeg vremena, treba upućivati da vjera pridonosi procesima ozdravljenja, snaži čovjeka u psihičkoj bolesti te vodi prihvaćanju činjenice da zdravlje i bolest nisu stvarnosti kojima se može raspolagati. Pastoral psihički oboljelih osoba podrazumijeva evanđeosko svjedočenje i razumijevanje čovjekova tjelesnog i duhovnog trpljenja po Kristovu primjeru. Pastoralni pristup u okviru savjetovanja i tijekom boravka bolesnika u samostanskom prostoru omogućuje u procesu liječenja aktualizirati molitvenu dimenziju crkvene brige za bolesnike. Po ovom modelu, također, pastoral psihički oboljelih osoba naglašava posebnost komunikacije koja se odvija na razini molitve. Molitva je najdublji oblik uključivanja u brigu za bolesne a »kroz tu molitvu bolesnik i njegovi bližnji doživljavaju duhovnu skrb ne kao obavljanje nekoga posla, nego kao istinsku

[522] Usp. KONGREGACIJA ZA USTANOVE POSVEĆENOG ŽIVOTA I DRUŽBE APOSTOLSKOG ŽIVOTA, *Ponovno krenuti od Krista. Obnovljena zauzetost posvećenog života u trećem tisućljeću* (19. V. 2002.), Rim – Zagreb, 2002., br. 38

[523] Usp. Mihály SZENTMÁRTONY, *Osjetljivost za čovjeka. Pastoralna psihologija*, 77-79.

duhovnu brigu za čovjeka.«[524] Pažnja i pastoralna skrb prema bolesnicima, praćena dobrom komunikacijom i susretima sa psihički oboljelim osobama u svakodnevnom suočavanju s bolešću, postaju znak Božje nježnosti prema onima koji trpe te istodobno svjedočanstvo o osjetljivosti za pojedinca posebice u našim danima kad postoji hitna obveza »da budemo bližnji baš svakom čovjeku i da mu, kad se s njim susretnemo, djelotvorno budemo na usluzi.«[525]

[524] Ante MATELJAN, Pastoral bolesnika: nužnost pouke i odgoja, u: *Vjesnik Đakovačke i Srijemske biskupije*, 137 (2009.) 9-10, 791.
[525] GS, br. 27

ZAKLJUČAK

Doktorski rad *Pastoral psihički oboljelih odraslih osoba u Republici Hrvatskoj* prikazan je, uz uvodni i zaključni dio, u četiri glavna poglavlja koja su imala za cilj metodom teološko-pastoralnog razlučivanja propitati mogućnosti ostvarivanja pastorala psihički oboljelih osoba te, na temelju dobivenih spoznaja, ponuditi perspektive djelovanja. Kako rezultati istraživanja ne bi premašili okvire rada, istraživanje se ograničilo na one stvarnosti koje se neposredno dotiču istraživačkog cilja rada: propitivanje aktualnog stanja pastorala psihički oboljelih odraslih osoba i to u odnosu na hrvatsko-zdravstvenu stvarnost.

U prvom poglavlju polazi se od razumijevanja biblijskog i teološkog poimanja čovjeka koji pruža okvir unutar kojega postaje jasnija interpretacija čovjekove egzistencije uključujući zdravlje i bolest, dvije nerazdvojne stvarnosti čovjekove opstojnosti. U pastoralnom djelovanju od ključnog je značenja naglašavanje i poštivanje odrednica o čovjeku koje pruža teološka antropologija. Time što je svaki čovjek *slika Božja* i ima svoj začetak u Bogu, mentalno zdravlje temelj je za funkcioniranje pojedinca i zajednice koje se odvija u relaciji, odnosno upućenosti na drugoga. Osoba s dobrim mentalnim zdravljem ključna je za dobrobit zajednice jer je sposobna stvarati uvjete za suočavanje sa životnim situacijama te je otvorena učenju i vježbanju vještina za izgradnju kvalitetnih odnosa.

Crkva je pozvana, prema uzoru na Isusove susrete s bolesnicima, uklanjati nevolje i okruživati ljubavlju sve koji su pogođeni ljudskom slabošću i bolešću. Kako bi ispunila zahtjeve svog poslanja, za pastoralno djelovanje u susretu sa psihički oboljelim osobama potrebno je razumjeti poteškoće i poremećaje s kojima se suočavaju oboljele osobe. Takav pristup podrazumijeva znanje o psihičkim bolestima i poremećajima; o tome kako one djeluju na ljude općenito, a u pastoralnom kontekstu posebice je važno znati kako djeluju na vjeru čovjeka i njegov odnos prema Bogu. Osobe koje sudjeluju u pastoralnom djelovanju sa psihički oboljelim osobama susreću se ne samo s vjerskim pitanjima nego i s pitanjima koja se tiču uzroka i nastanka bolesti.

U drugom poglavlju, kontekstualizacija životnog i misaonog horizonta današnjeg čovjeka usmjerena je prema otkrivanju izazova za pastoral psihički oboljelih odraslih osoba u današnjem društvenom kontekstu. Shvaćanje zdravlja i bolesti u misaonom kontekstu čovjeka današnjice oslanja se na poimanje čovjeka prema tomu kako ga doživljava i predstavlja današnje društvo. Dostojanstvo osobe nerijetko se podređuje pokušaju procjene vrijednosti vlastitog života prema kriterijima učinkovitosti, funkcionalnosti i tjelesnog izgleda. Unatoč kontekstu poimanja zdravlja kod suvremenog čovjeka, koji često smisao postojanja pronalazi u samome sebi i svom zdravlju, s kršćanskog stajališta ipak ne bi bilo ispravno omalovažiti brigu

za zdravlje. Govor o zdravlju ne smije zanemariti činjenicu da je čovjek pozvan svakodnevno se brinuti o svom zdravlju i tako pridonositi društvenom razvoju i ispunjenju svog života. U kršćanskom smislu zdravlje je Božji dar, dobro koje omogućuje čovjeku djelovanje i služenje bližnjima. U tom kontekstu, pristup psihički oboljelim osobama zahtijeva eshatološki usmjeren pristup zdravlju, značenje vjere u pristupu zdravlju i osmišljavanju bolesti te brigu za socijalnu okolinu bolesnika. Izazovi socijalno-društvenih okolnosti, neposredno vezani uz narušeno mentalno zdravlje, očituju se u načinu organizacije medicinske i druge skrbi za psihički oboljele osobe. Glede standarda liječenja u Republici Hrvatskoj, liječenje se uglavnom provodi u psihijatrijskim bolnicama. Osjeća se nedostatnost liječenja u bolnicama općeg tipa te još uvijek, praktički, nepostojanje psihijatrije u zajednici koja bi u kontinuiranosti i sveobuhvatnosti programa, uključivala otkrivanje, prevenciju, rani tretman i rehabilitaciju osoba koje imaju emocionalne smetnje, smetnje u ponašanju ili pokazuju socijalna odstupanja. Ovakva strategija organizacije skrbi psihički oboljelih osoba doprinosi kvaliteti života, a ujedno je usmjerena na smanjivanje diskriminacije i stigmatizacije psihički oboljelih osoba. Pod utjecajem negativnih stavova društva, osoba koja je dobila psihijatrijsku dijagnozu s vremenom često usvaja nametnutu stigmu i integrira negativna obilježja u svoj identitet što dovodi do samostigmatizacije. Prihvaćanjem stavova društva o psihički bolesnim osobama kao manje vrijednima, oboljela osoba mijenja svoj dosadašnji identitet te prihvaćanjem stigmatizirane slike o sebi, počinje sebe doživljavati kao manje vrijednom, nekompetentnom i opasnom. Snažna povezanost psihijatrijskih bolesti i kvalitete života sugerira da je psihičko zdravlje jedan od najvažnijih aspekata kvalitete života tijekom životnog vijeka.

Metodom teološko-pastoralnog razlučivanja, u trećem poglavlju, polazi se od sakramentalnog izvorišta pastorala bolesnika te u svjetlu glavnih elemenata propituje mogućnosti aktivnog sudjelovanja psihički oboljelih osoba u životu Crkve. U teološko-pastoralnom promišljanju pastoral psihički oboljelih osoba podrazumijeva djelovanje crkvene zajednice prema spasenju osoba, putem navještaja riječi, liturgijskih slavlja i molitve te služenja i svjedočenja kršćanske ljubavi. Zapravo su ove dimenzije nosivi elementi djelovanja crkvene otajstvene zajednice te stoga predstavljaju i nezaobilazne čimbenike u teološko-pastoralnom razlučivanju. Razlikovanje posebnosti stanja psihički oboljelih osoba od iznimne je važnosti zbog prikladnosti pastoralnog pristupa takvim osobama. Pastoralna praksa skrbi za psihički oboljele osobe prisutna je u bolnicama i ustanovama socijalne skrbi. Važno je naglasiti kako pastoralno djelovanje ne zamjenjuje liječenje i da se u pastoralnom pristupu ne smiju zanemariti profesionalne, odnosno medicinske metode liječenja. Zauzimanje za integralno čovjekovo dobro izražava potrebu interdisciplinarnog dijaloga između teologije, psihologije i

psihoterapije. Takav pristup, osobito, dolazi do izražaja u *Crkvenim bračnim i obiteljskim savjetovalištima* u kojima se prepoznaje kvaliteta rada koja daje izniman doprinos pastoralu psihički oboljelih osoba u Republici Hrvatskoj. Nadalje, pastoralno raspoznavanje situacije psihički oboljelih osoba na poseban način pokazuje važnost prepoznavanja suicidalnog rizika, prisutnost nezrele religioznosti te prepreka koje su prisutne kod oboljelih osoba glede doživljavanja Božje nazočnosti. Slijedom navedenoga zaključuje se kako je pastoralno djelovanje moguće ostvariti ponajprije u jasno postavljenim granicama koje se, s jedne strane tiču mogućnosti pastoralnog pristupa, a s druge strane ograničenja nastalih zbog same prirode bolesti.

Ususatvljivanjem dobivenih spoznaja u četvrtom se poglavlju otkrivaju perspektive djelovanja i dinamičnost pastorala psihički oboljelih osoba. U središtu pastoralnog susreta sa psihičkim oboljelim osobama uvijek je Isusov odnos prema bolesnicima kao temeljna odrednica u susretu Crkve i oboljelih osoba. U razumijevanju stanja psihički oboljelih osoba važno je prepoznati pozitivan učinak interdisciplinarnog dijaloga te naglasiti sposobnost koja je potrebna za razumijevanja svijeta druge osobe. Suosjećanje, strpljenje te unošenje radosti i nade u život oboljele osobe jasno upućuju kako je pastoralnim djelovanjem neophodno obuhvatiti eshatološki usmjeren pristup zdravlju, osmišljavanje bolesti, prihvaćanje patnje i djelovanje u cilju podizanja kvalitete života.

Teološko-pastoralnim razlučivanjem i raspoznavanjem važnih elemenata u pastoralnom djelovanju, u ovom su istraživanju, nadalje, prikazane perspektive pastorala psihički oboljelih osoba koje se prepoznaju na nekoliko razina djelovanja. Prva razina djelovanja predstavlja ostvarivanje bolničkog pastorala koji nužno podliježe djelovanju u specifičnom ambijentu. S jedne strane, djelovanje u ovom ambijentu podliježe ograničenjima bolničke ustanove i ustanove socijalne skrbi, a s druge strane pastoralna prisutnost u specifičnom bolničkom ambijentu pridonosi umanjivanju napetosti između psihijatrije i vjere te postaje *mjesto* učvršćivanja kršćanske vjere i nade u životu psihički oboljelih osoba i zdravstvenih djelatnika.

Druga perspektiva pastoralnog djelovanja usmjerava pozornost prema otkrivanju mogućnosti koje oboljela osoba posjeduje za svladavanje svakodnevnih poteškoća. Pastoralna skrb za psihički oboljele osobe mora ići u pravcu djelovanja koje će pomoći osobi da otkrije zdrave potencijale koje svaka osoba posjeduje bez obzira na psihički poremećaj. Traženje i pronalaženje izvora zdravih područja osobnosti, njihovo poticanje te aktiviranje, psihički oboljeloj osobi omogućuje pouzdanje u vlastite sposobnosti i pridonosi jačanju samopoštovanja. Na taj način, kroz služenje i svjedočenje kršćanske ljubavi otvara se put za integriranje psihički oboljelih osoba u zajednicu. Pritom je nezamjenjiva pomoć koju pruža

župna zajednica, osobito u kontekstu strukturiranja župe, kao zajednice zajednica. Stoga je potrebno istaknuti, u kontekstu pastorala psihički oboljelih osoba, formiranje zajednice za osobe s posebnim potrebama te nužnost suodnosa koji se ostvaruje angažmanom obitelji i župne zajednice. Pastoral psihički oboljelih osoba nužno zahtijeva suodnos koji se ogleda u povezanosti psihički oboljele osobe, obitelji i župne zajednice. Sve ove aktivnosti treba planirati prema potrebama i ciljevima psihički oboljele osobe.

Posljednja, ali ne manje važna perspektiva usmjerena je prema podizanju kvalitete života psihički oboljelih osoba. U tom kontekstu, izdvaja se važnost komunikacije u pastoralu psihički oboljelih osoba. Uspostava komunikacije s osobom kojoj je dijagnosticiran psihički poremećaj zahtjevan je zadatak koji, ukoliko se temelji na postavkama ispravne komunikacije, pridonosi ispravnom vrednovanju brige za cjelovito zdravlje osobe. U teškim trenucima kroz koje prolazi oboljela osoba, obitelj i okolina, prenošenje evanđeoske poruke nužno je povezano s komunikacijskim vještinama. Pritom, ako ne postoji vertikala koja predstavlja komunikaciju s Bogom, horizontalnu povezanost interpersonalnog odnosa, bliskog odnosa s oboljelom osobom bit će teško održati.

Još jedna važna perspektiva, u pastoralu psihički oboljelih osoba, prepoznaje se u djelovanju koje bi se aktualiziralo unutar redovničke zajednice, osobito unutar zajednica onih redovnika i redovnica koji po svojoj karizmi, nasljedujući Isusa Krista, posvećuju svoj život služenju bolesnicima. Pritom se u radu izdvaja karizma Družbe sestara milosrdnica svetog Vinka Paulskoga i doprinos pastoralno-zdravstvenom djelovanju koji se prepoznaje na hrvatskim prostorima, od polovice 19. stoljeća pa sve do danas. Izdvajanjem elemenata djelovanja ove redovničke zajednice, koji se ostvaruju kroz susret s oboljelom osobom, pastoralnim savjetovanjem te molitvom s bolesnikom i za bolesnika, moguće je profilirati pastoralni model koji će doprinijeti izgradnji sustavnog i organiziranog pastorala psihički oboljelih osoba. Pažnja i pastoralna skrb prema bolesnicima, praćena dobrom komunikacijom i susretima sa psihički oboljelim osobama u svakodnevnom suočavanju s bolešću, postaju znak Božje nježnosti prema onima koji trpe te istodobno svjedočanstvo o osjetljivosti za pojedinca. U tom kontekstu, skrb za psihički oboljele osobe nije tek forma ljudske pomoći ili suosjećajnosti nego postaje oblikom navještaja kršćanske poruke.

Na temelju prethodnih zaključnih tvrdnji uočava se kako je pastoral psihički oboljelih osoba značajan i važan dio cjelovitog crkvenog djelovanja kojim se prepoznaje prisutnost i djelovanje Crkve u društvu. Ipak, pastoralni angažman koji zauzima važno mjesto u skrbi za psihički oboljele osobe još uvijek nije na široj crkvenoj i društvenoj razini prepoznat kao važan čimbenik u ostvarivanju i organizaciji skrbi za psihički oboljele osobe. Osobito je važno

naglasiti pastoralni pristup usmjeren prema borbi protiv stigme koja će pomoći integriranju psihički oboljelih osoba u zajednicu. Istraživanjem se pokazalo kako je pastoralnim djelovanjem moguće utjecati na podizanje kvalitete života, prevenciju i liječenje psihičkih oboljenja, no potrebna je podrška društvenih segmenata i strukturirano crkveno djelovanje.

Plodonosan rad, nadalje, zahtijeva odgovorno postavljanje ciljeva i evanđeosko služenje psihički oboljelim osobama. Također svjesni činjenice da vrijeme i prilike u kojima živimo utječu na aktualizaciju pastorala psihički oboljelih osoba, stvarnosti pastorala ponajprije treba sagledati u socio-društvenom kontekstu i misaonom horizontu suvremenog čovjeka, razraditi program i primijeniti ispravan pristup u skladu s crkvenim smjernicama. Pastoralne smjernice u skrbi za psihički oboljele osobe potrebno je konkretizirati na nacionalnoj, biskupijskoj i župnoj razini te prikladno oblikovati prilikama svake zajednice. U tom smislu traži se ne samo djelovanje pastoralnog djelatnika nego i angažman cjelokupne crkvene zajednice koja će prepoznati ulogu primjerenog i kvalificiranog pristupa osobama koje su izložene poteškoćama mentalnog zdravlja. Dijaloški okvir interdisciplinarne suradnje potrebno je usmjeriti prema smjernicama koje daju model za implementiranje pastorala na svim razinama skrbi. Potrebno je neprestano posvješćivanje da su svi članovi zajednice odgovorni za mentalno zdravlje te unaprjeđivati suradnju oko izgradnje učinkovitog sustava koji će biti lako dostupan psihički oboljelim osobama te pomoći u ranom prepoznavanju i ranom liječenju psihičkih poremećaja. Za mogućnost ostvarivanja perspektiva, polazište je poruka evanđelja koju je potrebno integrirati u djelovanje sveukupnog pastorala bolesnika.

Istraživanje o pastoralu psihički oboljelih osoba pokazalo je da pastoralno djelovanje, kao i svako drugo, ima svoja ograničenja. Pritom je važno istaknuti kako osobe koje ne prihvaćaju liječenje ostaju u anonimnosti svojih domova te im je uskraćena pomoć duhovne skrbi. U konačnici, istraživanjem se pokazuje kako djelovanje ne ovisi samo o navedenim mogućnostima, već je potrebno još puno promišljanja i nastojanja kako bi se omogućilo redovito pastoralno praćenje psihički oboljelih osoba.

BIBLIOGRAFIJA

1. Dokumenti

BENEDIKT XVI., *Deus caritas est – Bog je ljubav. Enciklika o kršćanskoj ljubavi* (25. XII. 2005.), Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2006.

BENEDIKT XVI., *Sacramentum caritatis – Sakrament ljubavi. Postsinodalna apostolska pobudnica osobama posvećenog života i vjernicima laicima* (22. II. 2007.), Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2007.

DRUGI VATIKANSKI KONCIL, *Dei Verbum. Dogmatska konstitucija božanskoj objavi* (18. XI. 1965.), u: *Dokumenti,* Kršćanska sadašnjost, Zagreb, [7]2008.

DRUGI VATIKANSKI KONCIL, *Gaudium et spes. Pastoralna konstitucija o Crkvi u suvremenom svijetu* (7. XII. 1965.), u: *Dokumenti,* Kršćanska sadašnjost, Zagreb, [7]2008.

DRUGI VATIKANSKI KONCIL, *Sacrosanctum concilium. Konstitucija o svetoj liturgiji* (4. XII. 1963.), u: *Dokumenti*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, [7]2008.

DRUŽBA SESTARA MILOSRDNICA SVETOGA VINKA PAULSKOGA – ZAGREB, *Konstitucije Družbe sestara milosrdnica svetoga Vinka Paulskoga s Kućom maticom u Zagrebu* (odobrila Kongregacija za ustanove posvećenog života i družbe apostolskog života, 5. rujna 2015.), Zagreb, 2016.

FRANJO, *Misericordiae vultus – Lice milosrđa. Bula najave izvanrednog jubileja milosrđa* (11. IV. 2015.), Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2015.

HRVATSKA BISKUPSKA KONFERENCIJA, *Direktorij za pastoral sakramenata u župnoj zajednici*, Glas Koncila, Zagreb, 2008.

HRVATSKA BISKUPSKA KONFERENCIJA, *Na svetost pozvani. Pastoralne smjernice na početku trećega tisućljeća* (15. VIII. 2002.), Glas Koncila, Zagreb, 2002.

HRVATSKA BISKUPSKA KONFERENCIJA, *Župna kateheza u obnovi župne zajednice. Plan i program*, Nacionalni katehetski ured Hrvatske biskupske konferencije – Hrvatski institut za liturgijski pastoral, Zagreb – Zadar, 2000.

IVAN PAVAO II., *Christifideles laici – Vjernici laici. Apostolska pobudnica o pozivu i poslanju vjernika laika* (30. XII. 1988.), Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 1990.

IVAN PAVAO II., *Ecclesia in Europa – Crkva u Europi. Postsinodalna pobudnica o Crkvi u Europi* (28. VI. 2003.), Verbum, Split, 2003.

IVAN PAVAO II., *Evangelium vitae – Evanđelje života. Enciklika o vrijednosti i nepovredivosti ljudskog života* (25. III. 1995.), Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 1995.

IVAN PAVAO II., *Novo millennio ineunte – Ulaskom u novo tisućljeće*. *Apostolsko pismo na završetku Velikog jubileja godine 2000.* (6. I. 2001.), Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2001.

IVAN PAVAO II., Obrana kulture života u središtu skrbi za bolesne. Poruka u prigodi XI. Svjetskog dana bolesnika (2. II. 2003.), u: Blaženka MANDIĆ-KOZULIĆ – Radovan ŠOLJAGA (ur.), *Svjetski dan bolesnika*. *Rijeka, 1993.-2005*., Adamić, Rijeka, 2006., 229-231.

IVAN PAVAO II., *Salvifici doloris – Spasonosno trpljenje. Apostolsko pismo o kršćanskom smislu ljudskog trpljenja* (11. II. 1984.), Kršćanska sadašnjost, Zagreb, ^{2}1985.

IVAN PAVAO II., Svijet zdravstva – dragocjena radionica civilizacije ljubavi. Poruka u prigodi IX. Svjetskog dana bolesnika (22. 8. 2000.), u: Blaženka MANDIĆ-KOZULIĆ – Radovan ŠOLJAGA (ur.), *Svjetski dan bolesnika*. *Rijeka, 1993.-2005*., Adamić, Rijeka, 2006., 209-212.

IVAN PAVAO II., Svjetski dan bolesnika u prvoj godini trogodišnje priprave za Veliki Jubilej. Poruka u prigodi V. Svjetskog dana bolesnika (18. X. 1996.), u: Blaženka MANDIĆ-KOZULIĆ – Radovan ŠOLJAGA (ur.), *Svjetski dan bolesnika*. *Rijeka, 1993.-2005*., Adamić, Rijeka, 2006., 99-102.

Katekizam katoličke Crkve, Hrvatska biskupska konferencija, Zagreb, 1994.

KONGREGACIJA ZA NAUK VJERE, *Naputak o molitvama kojima se od Boga moli ozdravljenje* (14. IX. 2000.), Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2001.

KONGREGACIJA ZA USTANOVE POSVEĆENOG ŽIVOTA I DRUŽBE APOSTOLSKOG ŽIVOTA, *Ponovno krenuti od Krista. Obnovljena zauzetost posvećenog života u trećem tisućljeću* (19. V. 2002.), Hrvatska konferencija viših redovničkih poglavara i Hrvatska unija viših redovničkih poglavarica, Rim – Zagreb, 2002.

PAVAO VI., *Evangelii nuntiandi – Naviještanje Evanđelja. Apostolski nagovor o evangelizaciji u suvremenom svijetu* (8. XII. 1975.), Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2000.

RIMSKI OBREDNIK, *Red bolesničkog pomazanja i skrbi za bolesne* (7. XII. 1972.), Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2009.

ZBOR ZA NAUK VJERE, *Donum vitae – Dar života. Naputak o poštivanju ljudskog života u nastanku i o dostojanstvu rađanja. Odgovori na neka aktualna pitanja* (22. II. 1987.), Kršćanska sadašnjost, Zagreb, ^{3}2012.

2. Teološka i ostala literatura:

a. Rječnici

BOVE, Gennaro, Srce, u: *Enciklopedijski teološki rječnik*, Zagreb, siječanj 2009., 1093-1094.

CAPPELLI, Giovanni, Tijelo/Tjelesnost, u: *Enciklopedijski teološki rječnik*, Zagreb, siječanj 2009., 1194-1196.

GIBLET, Jean, Blagoslov, u: *Rječnik biblijske teologije,* X. Leon-Dufour (ur.), Zagreb, ^{4}1993., 53-63.

HUDOLIN, Vladimir, Psihijatrija, u: *Rječnik psihijatrijskog nazivlja*, Školska knjiga, Zagreb, ^{3}1985., 314-315.

LEON-DUFOUR, Xavier, Čovjek, u: *Rječnik biblijske teologije*, X. Leon-Dufour (ur.), Zagreb, ^{4}1993., 150-160.

MARRA, Bruno, Bolest, u: *Enciklopedijski teološki rječnik*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, siječanj 2009., 114-115.

PETZ, Boris, Depresija, u: *Psihologijski rječnik*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2005.

RAHNER, Karl – VORGRIMLER, Herbert, Stigmatizacija, u: *Teološki rječnik*, U pravi trenutak, Đakovo, ^{3}2009., 555.

RAVA, Eva Carlotta, Osoba, u: *Enciklopedijski teološki rječnik*, Zagreb, siječanj 2009.,790-791.

SALVATI, Marco, Duša, u: *Enciklopedijski teološki rječnik*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, siječanj 2009., 231-233.

Vincenzo BATTAGLIA, Slika, u: *Enciklopedijski teološki rječnik*, Zagreb, siječanj 2009., 1054-1055.

b. Knjige i članci

AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, Peto izdanje*, *DSM-5*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2014.

ANTOLIĆ, Bruno – NOVAK, Miranda, Promocija mentalnog zdravlja: Temeljni koncepti i smjernice za roditeljske i školske programe, u: *Psihologijske teme*, 25 (2016.) 2, 317-339.

ARAMBAŠIĆ, Lidija, Stres i trauma, u: Marina AJDUKOVIĆ – Dean AJDUKOVIĆ (prir.), *Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača*, Zagreb, 1996., 11-20.

AUKST MARGETIĆ, Branka – JAKOVLJEVIĆ, Miro, Odnos religioznosti i shizofrenije, Miro JAKOVLJEVIĆ i suradnici (prir.), *Duhovnost u suvremenoj medicini i psihijatriji. Dileme i izazovi*, Pro Mente, Zagreb, 2010., 180-197.

BABIĆ, Margareta Anka, Dolazak i počeci javnog rada Sestara milosrdnica u Hrvatskoj, u: *Croatica Christiana Periodica*, 2 (1978.) 2, 39-46.

BALOBAN, Josip, Pastoralno djelovanje suvremene Crkve pred izazovom religiozne indiferentnosti, u: *Obnovljeni život*, 41 (1986.) 3-4, 223-236.

BALTHASAR, Hans Urs von, Zdravlje između znanosti i mudrosti, u: *Communio,* 40 (2014.) 119, 4-13.

BANDIĆ, Ivan – BRIGIĆ, Magdalena – LEUTAR, Zdravka, Kvaliteta života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja, *Mostariensia*, 24 (2020.) 1, 89–107.

BARBIŠ, Martina, *Psihijatrijska hospitalizacija. Poštivanje etičkih načela i stigmatizacija,* Izvori, Zagreb, ožujak 2019.

BEGIĆ, Dražen, *Psihopatologija*, Medicinska naklada, Zagreb, ^{2}2014.

BOBAN, Mladen, Medicina i sposobnost ophođenja sa smrću, u: MATELJAN, Ante (ur.), *Ecce homo! Medicinski i teološki pristupi.* Zbornik radova znanstvenog skupa, Split, 2018., 263-268.

BOJANIĆ, Lana – GORSKI, Ivan – RAZUM, Josip, Zašto studenti ne traže pomoć? Barijere u traženju stručne pomoći kod studenata s psihičkim smetnjama, u: *Socijalna psihijatrija,* 44 (2016.) 4, 330-342.

BOŠNJAKOVIĆ, Josip, Odjek i snaga Božje riječi u ljudskom govoru i razgovoru, u: BOŠNJAKOVIĆ, Josip – STVORIĆ, Ivana (ur.), *Podrži me po svojoj riječi i živjet ću (Ps 119,116)*. Zbornik radova djelatnika i suradnika Bračnih i obiteljskih savjetovališta pri nad/biskupijama u Republici Hrvatskoj, Slavonski Brod, 2021., 27-34.

BOŠNJAKOVIĆ, Josip, Psihička zrelost ili minimalna sposobnost za sklapanje ženidbe, u: ŠALKOVIĆ, Josip (ur.), *Zaručništvo i priprava za ženidbu*. Zbornik radova VII. Međunarodnog znanstvenog simpozija crkvenih pravnika u Subotici, 11. – 12. listopada 2013., Glas Koncila, Zagreb, 2015., 213-240.

BRAŠ, Marijana – ĐORĐEVIĆ, Veljko, Psihijatrija usmjerena prema osobi, u: Vlado JUKIĆ i suradnici (prir.*), Hrvatska psihijatrija početkom 21. stoljeća*, Medicinska naklada – Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, 2018., 208-216.

BREČIĆ, Petrana, Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima, u: *Medicus*, 26 (2017.) 2, 173-183.

BROHAN, Elaine – GAUCI, Dolores – SARTORIUS, Norman – THORNICROFT, Graham – GAMIAN-Europe Study Group, Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study, u: *Journal of Affective Disorders*, 129 (2011.) 1-3, 56-63.

BULJEVAC, Marko, Institucionalizacija osoba s intelektualnim teškoćama: što nas je naučila povijest?, u: *Revija za socijalnu politiku*, 19 (2012.) 3, 255-272.

COMOLLI, Gian Maria, *Tutto ha inizio con il Vangelo… Compendio di Pastorale della Salute*, Tricase, marzo 2017.

CORRIGAN, Patrick W. – PENN, David L., Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma, u: *American Psychologist*, 54 (1999.) 9, 765-776.

CORRIGAN, Patrick W. – WATSON, Amy C. – BARR, Leah, The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy, u: *Journal of Social and Clinical Psychology,* 25 (2006.) 8, 875-884.

COSTE, Pierre, *Konferencije svetog Vinka Paulskoga za Kćeri kršćanske ljubavi (61.-120.)*, Zagreb, 1987.

ČATIĆ, Ivica, Načinimo čovjeka… (1,26). Antropološki naglasci u 1,1-2,4a, u: *Diacovensia*, 19 (2011.) 2, 171-213.

ČONDIĆ, Alojzije, Milost prijelaza. Ruke kao »sredstvo« prijelaza, u: MATELJAN, Ante (ur.), *Ecce homo! Medicinski i teološki pristupi.* Zbornik radova znanstvenog skupa, Split, 2018., 311-328.

ĆORIĆ, Šimun Šito, Dimenzije psihopatološke religioznosti, u: JURČIĆ, Martina – NIKIĆ, Mijo – VUKUŠIĆ, Herman (ur.), *Vjera i zdravlje*. Zbornik radova s interdisciplinarnog, multikonfesionalnog i internacionalnog simpozija održanog 2. ožujka 2005., Zagreb, ^{2}2007., 37-76.

DODIG, Slavica, *Biblijska medicina. O zdravlju, bolesti i smrti u Bibliji*, Medicinska naklada, Zagreb, 2016.

DODIG, Slavica, Jer ja sam Jahve koji daje zdravlje (Izl 15,26; 23,25; 1 Kr 17,17). Iskustvo Boga ozdravitelja i spasitelja, u: *Biblija danas*, XVII (2020.) 1, 3-9.

DOGAN, Nikola, Homo patiens. Bolest kao dimenzija čovjekove egzistencije, u: *Bogoslovska smotra*, 53 (1984) 4, 166-185.

DOMAZET, Anđelko, Teologija i psihologija: mogućnosti i granice dijaloga, u: *Filozofska istraživanja*, 27 (2007.) 2, 261-278.

DUČKIĆ-SERTIĆ, Anita, Duhovnost kao resurs obiteljima u razvoju otpornosti kad nastupe krizne i teške životne situacije, u: BOŠNJAKOVIĆ, Josip – STVORIĆ, Ivana (ur.), *Podrži me po svojoj riječi i živjet ću (Ps 119,116)*. Zbornik radova djelatnika i suradnika Bračnih i obiteljskih savjetovališta pri nad/biskupijama u Republici Hrvatskoj, Slavonski Brod, 2021., 61-64.

EKLUND, Mona – BÄCKSTRÖM, Martin, The role of perceived control for the perception of health by patients with persistent mental illness, u: *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13 (2006.) 4, 249-256.

FILIPČIĆ, Igor i sur., Attitudes of Medical Staff Towards the Psychiatric Label »Schizophrenic Patient« Tested by an Anti-Stigma Questionnaire, u: *Collegium Antropologicum*, 27 (2003.) 1, 301-307.

FOLNEGOVIĆ GROŠIĆ, Petra, Depresivni poremećaj, u: Đulijano LJUBIČIĆ i suradnici (prir.), *Depresija i duhovnost*, Sveučilište u Rijeci – Medicinski fakultet, Rijeka, 2010., 21-30.

FOLNEGOVIĆ ŠMALC, Vera, Epidemiologija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: Rudolf GREGUREK – Eduard KLAIN (prir.), *Posttraumatski stresni poremećaj: hrvatska iskustva*, Medicinska naklada, Zagreb, 2000., 40-44.

FOLNEGOVIĆ ŠMALC, Vera, Posttraumatski stresni poremećaj, u: *Medix. Specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, XVI (2010) 89/90, 134-137.

FRANČIŠKOVIĆ, Tanja, Neurotski, anksiozni, stresom uzrokovani i somatoformni poremećaji, Ljiljana MORO – Tanja FRANČIŠKOVIĆ i sur., *Psihijatrija: udžbenik za više zdravstvene studije*, Rijeka, 2004., 121-137.

FRANINOVIĆ MARKOVIĆ, Julijana, Liječnik i bolesnik – suputnici na putu bez povratka, u: MATELJAN, Ante (ur.), *Ecce homo! Medicinski i teološki pristupi.* Zbornik radova znanstvenog skupa, Split, 2018., 243-252.

FUŽINATO, Silvana, »Nije dobro da čovjek bude sam«. Čovjek – biće odnosa (prema Post 2,4b-25), u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije i Srijemske biskupije*, CXLIV (2016.) 12, 4-7.

GABRIEL, Karl, Zdravlje – najviše dobro. Pogled na postmoderno shvaćanje ljudskog zdravlja, u: ANIČIĆ, Nediljko Ante – BIŽACA, Nikola (ur.), *Kršćanstvo i zdravlje*. Zbornik radova teološkog simpozija, Split, 2006., 211-225.

GARMAZ, Jadranka, – MRDEŠA-ROGULJ, Zdenka, Neka načela u komunikaciji s bolesnikom, u: *Služba Božja,* 53 (2013.) ¾, 319-333.

GAŠPAR, Nela, Čovjek postmoderne – tragalac za božanskim?, u: HOŠKO, Franjo Emanuel (ur.), *O čovjeku i Bogu*. Zbornik Marijana Jurčevića u prigodi 65. obljetnice života, Zagreb, 2005., 37-54.

GAŠPAR, Nela, Odnos zdravlja i religije u postmodernoj, u: GOLUBOVIĆ, Aleksandra – TIĆAC, Iris (ur.), *Vječno u vremenu*. Zbornik u čast mons. prof. dr. sc. Ivanu Devčiću u povodu 60. obljetnice života, 30. obljetnice profesorskog rada i 10. biskupstva, Zagreb, 2010., 165-181.

GOLUB, Ivan, Čovjek - slika Božja (Post 1, 26). Nov pristup starom problemu, u: *Bogoslovska smotra*, 41 (1971.) 4, 381-394.

GREGUREK, Rudolf, Psihički aspekti posttraumatskog stresnog poremećaja. Psihodinamsko razumijevanje posttraumatskog stresnog poremećaja, *Posttraumatski stresni poremećaj: hrvatska iskustva*, Medicinska naklada, Zagreb, 2000., 45-52.

HAMPE, Johann Christoph, *Umire se sasvim drukčije. Doživljaji vlastite smrti*, Oko 3 ujutro, Zagreb, 1981.

HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO, *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2019. godinu*, Zagreb, 2020.

IKIĆ, Niko, *Teologija sakramenata. »Gorući grm« sakramentalne milosti*, Katolički bogoslovni fakultet – Glas Koncila, Sarajevo – Zagreb, 2012.

IVELIĆ, Jelena, Biblija i depresija, u: Đulijano LJUBIČIĆ i suradnici (prir.), *Depresija i duhovnost*, Sveučilište u Rijeci – Medicinski fakultete u Rijeci, Rijeka, 2010., 183-196.

IVELIĆ, Jelena, Duhovne terapije i depresija, u: Đulijano LJUBIČIĆ i suradnici (prir.), *Depresija i duhovnost*, Sveučilište u Rijeci – Medicinski fakultete u Rijeci, Rijeka, 2010., 197-216.

JAKOVLJEVIĆ, Miro – BEGIĆ, Dražen, Socijalna psihijatrija danas: izazovi i mogućnosti, u: *Socijalna psihijatrija*, 41 (2013.) 1, 16-20.

JAKOVLJEVIĆ, Miro, Duhovnost i suicidalnost, u: Đulijano LJUBIČIĆ, *Suicid i duhovnost*, Sveučilište u Rijeci – Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka, 2010., 9-26.

JAKŠIĆ, Maja, Stres, sindrom izgaranja i duhovna pomoć, u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije i Srijemske biskupije,* CXLIII (2015.) 5, 24-30.

JAPUNDŽIĆ, Antun – PAVLIĆ, Richard, Teološko-antropološka dimenzija zdravlja. Kršćanski doprinos suvremenom poimanju zdravlja, u: *Diacovensia*, 25 (2017.) 4, 603-616.

Jeruzalemska Biblija, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2004.

JOKIĆ-BEGIĆ, Nataša – TADINAC, Meri – HROMATKO, Ivana – LAURI KORAJLIJA, Anita, The subjective quality of life (SQOL) in gastroenterological patients. *Psychological Topics*, 16 (2007) 2, 259-274.

JORES, Arthur, *Čovjek i njegova bolest*. *Osnove antropološke medicine*, Oko tri ujutro, Zagreb, [2]1998.

JUKIĆ, Marko, Ponovna pojava bolesti – poremećaji raspoloženja, u: MATELJAN, Ante (ur.), *Ecce homo! Medicinski i teološki pristupi.* Zbornik radova znanstvenog skupa, Split, 2018., 147-156.

JUKIĆ, Vlado, Dan prava osoba s duševnim smetnjama u Republici Hrvatskoj, u: *Socijalna psihijatrija*, 45 (2017) 4, 285-309.

JUKIĆ, Vlado, Klinička slika posttraumatskog stresnog poremećaja, u: Rudolf GREGUREK – Eduard KLAIN (prir.), *Posttraumatski stresni poremećaj: hrvatska iskustva*, Medicinska naklada, Zagreb, 2000.,, 21-24.

KARLOVIĆ, Dalibor – SILIĆ, Ante, Razvoj koncepcije shizofrenija i poremećaja iz spektra shizofrenija, u: Dalibor KAROLOVIĆ – Vjekoslav PEITL – Ante SILIĆ (prir.), *Shizofrenije*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2019., 29-39.

KARLOVIĆ, Dalibor, Povijest psihijatrije, u: Dalibor KAROLOVIĆ i suradnici (prir.), *Psihijatrija*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2019., 11-49.

KARLOVIĆ, Dalibor, Predmet proučavanja psihijatrije, u: Dalibor KARLOVIĆ i suradnici (prir.), *Psihijatrija*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2019., 3-10.

KARLOVIĆ, Dalibor, Shizofrenije, u: Dalibor KAROLOVIĆ i suradnici (prir.), *Psihijatrija*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2019., 351-377.

KHERIATY, Aaron – CIHAK, John, *Pobijedite depresiju snagom vjere. Medicinsko-duhovni pristup*, Verbum, Split, 2015.

KLADARIĆ, Lovro, Pastoralni doprinosi prevenciji samoubojstva, u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije i Srijemske biskupije,* CXLIII (2015.) 5, 31-37.

KOMADINA, Ante, Isusov križ. Simbol ljubavi i spasonosna trpljenja, u: MATELJAN, Ante (ur.), *Ecce homo! Medicinski i teološki pristupi.* Zbornik radova znanstvenog skupa, Split, 2018., 53-70.

KOMADINA, Ante, Uloga duhovnosti u liječenju bolesnika i djelovanju zdravstvenih djelatnika, u: *Crkva u svijetu*, 51 (2016.) 4, 615-638.

KOVAČ, Valerija Nedjeljka, Zdravlje – najveće dobro današnjega čovjeka i teološko-pastoralna perspektiva, u: POLEGUBIĆ, Adolf (ur.), *Sakrament bolesničkog pomazanja – Das Sakrament der Krankensalbung*. Zbornik radova, Hrvatski dušobrižnički ured - Kroatenseelsorge in Deutschland, Frankfurt am Main, 2018., 82-114.

KOVAČ, Valerija Nedjeljka, Zdravlje i bolest u Bibliji i kroz povijest kršćanstva, u: POLEGUBIĆ, Adolf (ur.), *Sakrament bolesničkog pomazanja – Das Sakrament der Krankensalbung*, Zbornik radova, Hrvatski dušobrižnički ured - Kroatenseelsorge in Deutschland, Frankfurt am Main, 2018., 33-63.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, *Razgovori s umirućima,* Oko tri ujutro, Zagreb, [4]2007.

KVAKIĆ, Milka, Socijalni aspekti posttraumatskog stresnog poremećaja – kliničko iskustvo, u: Rudolf GREGUREK – Eduard KLAIN (prir.), *Posttraumatski stresni poremećaj: hrvatska iskustva*, Medicinska naklada, Zagreb, 2000., 195-198.

LEUTAR, Zdravka – BULJEVAC, Marko, *Osobe s invaliditetom u društvu*, Biblioteka socijalnog rada, Zagreb, 2020.

LIMBECK, Meinrad, *Matejevo evanđelje*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2009.

LIVINGSTON, James D. – BOYD, Jennifer E., Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis, u: *Social Science & Medicine*, 71 (2010.) 12, 2150-2161.

LOGA, Slobodan, Duhovnost, medicina, psihijatrija, u: Miro JAKOVLJEVIĆ i suradnici (prir.), *Duhovnost u suvremenoj medicini i psihijatriji. Dileme i izazovi*, Pro Mente, Zagreb, 2010., 1-6.

LUČANIN, Damir – DESPOT LUČANIN, Jasminka (ur.), *Komunikacijske vještine u zdravstvu*, Zdravstveno veleučilište – Naklada Slap, Zagreb, 2010.

LÜTZ, Manfred, *Užitak života. Protiv terora dijete, manije zdravlja i kulta fitnessa*, Verbum, Split, 2015.

LJUBIČIĆ, Đulijano, *Duhovnost i psihijatrija. Što koristi čovjeku ako zadobije čitav svijet, a izgubi dušu,* Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet Rijeka, 2009.

MALY, Anđelo, Biblijska antropologija zdravlja i bolesti, u: *Bogoslovska smotra,* 90 (2020.) 2, 339-357.

MALY, Anđelo, Briga za bolesne u Svetome pismu, u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije i Srijemske biskupije*, 148 (2020.) 6, 4-8.

MANDIĆ, Nikola, Ličnost i psihopatologija, u: *Medicinski Vjesnik*, 31 (1999.) 1-4, 127-130.

MARANGUNIĆ, Marijana, Psihijatrijski simptom i obitelj, u: Staniša NIKOLIĆ i suradnici (prir.), *Obitelj – podrška mentalnom zdravlju pojedinca. Teorijski i praktični priručnik obiteljske terapije*, Jastrebarsko, 2008., 69-84.

MARCELIĆ, Josip, Teološki pogled na čovjeka, u: *Crkva u svijetu*, 12 (1977.) 1, 5-20.

MARKANOVIĆ, Dragana – JOKIĆ-BEGIĆ, Nataša, Kvaliteta života psihički bolesnih osoba, u: Gorka VULETIĆ (ur.), *Kvaliteta života i zdravlje*, Osijek, 2011., 126-157.

Mate UZINIĆ – Petar-Krešimir HODŽIĆ, Doprinos bračnih i obiteljskih savjetovališta obiteljskom licu Crkve u Hrvatskoj, u: BOŠNJAKOVIĆ, Josip – STVORIĆ, Ivana (ur.), *Podrži me po svojoj riječi i živjet ću (Ps 119,116)*. Zbornik radova djelatnika i suradnika Bračnih i obiteljskih savjetovališta pri nad/biskupijama u Republici Hrvatskoj, Slavonski Brod, 2021., 11-19.

MATELJAN, Ante, Bolesničko pomazanje i oproštenje grijeha, u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije i Srijemske biskupije*, 148 (2020.) 6, 15-24.

MATELJAN, Ante, Čemu zdravlje? Ogled o kršćanskom poimanju zdravlja u doba postmoderne, u: *Crkva u svijetu*, 39 (2004.) 4, 521-533.

MATELJAN, Ante, Pastoral bolesnika: nužnost pouke i odgoja, u: *Vjesnik Đakovačke i Srijemske biskupije*, 137 (2009.) 9-10, 787-796.

MATELJAN, Ante, Svećenik i bolesnik. Načela za kršćansku komunikaciju svećenika i bolesnika u bolnici, u: *Služba Božja*, 48 (2008.) 4, 380-407.

MATOŠEVIĆ, Suzana, Pregovaranje u bračnim i obiteljskim sukobima, u:

MEDVED, Vesna – OSTOJIĆ, Draženka, Shizofrenija: etiologija i klasifikacija, terapijski pristup, u: Vlado JUKIĆ i suradnici (prir.), *Hrvatska psihijatrija početkom 21. stoljeća*. Zbornik uvodnih i pozvanih predavanja sa 7. Hrvatskog psihijatrijskog kongresa (Opatija, 24.-27. 9. 2018.), Zagreb, 2018., 65-79.

MÜLLER, Paul-Gerhard, *Lukino evanđelje*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 1996.

MUSIĆ, Ljiljana – JOVIČIĆ BURIĆ, Diana – MARKELIĆ, Martina – MUSIĆ MILANOVIĆ, Sanja, Zdravstvena pismenost u području mentalnog zdravlja, u: *Socijalna psihijatrija*, 48 (2020.) 3, 324-343.

NEMET, Ladislav, *Teologija stvaranja*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2003.

NIČEA GRUBER, Ema i sur., Group psychotherapy for parents of patients with schizophrenia, *International Journal of Social Psychiatry*, 52 (2006.) 6, 487-500.

NIČEA GRUBER, Ema, *Kroskulturalna analiza posljedica društvene stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajima*, Udruga »Sretna obitelj«, Popovača, 2011.

NIČEA GRUBER, Ema, Moguće intervencije u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju s ciljem inkluzije osoba s psihičkim poremećajima u društvo, u*: Ljetopis socijalnog rada*, 19 (2012) 1, 73-94.

NIČEA GRUBER, Ema, Utjecaj radnog statusa, stupnja obrazovanja i socijalnog kontakta na samoosnaživanje osobe s psihičkim poremećajima, u: *Sigurnost: časopis za sigurnost u radnoj i životnoj okolini*, 54 (2012) 4, 349-363.

NIKIĆ, Mijo, Samoubojstvo. Psihodinamika, prevencija i moralno vrednovanje, u: *Obnovljeni život*, 50 (1995) 2, 185-200.

NIKIĆ, Mijo, *Slika Boga u vjerskim sljedbama i novim religioznim pokretima*, Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove, 2003.

NIKOLIĆ, Staniša, Mentalno zdravlje, društvene promjene i obitelj, u: Staniša NIKOLIĆ i suradnici (prir.), *Obitelj – podrška mentalnom zdravlju pojedinca. Teorijski i praktični priručnik obiteljske terapije*, Jastrebarsko, 2008., 35-47.

NIKOLIĆ, Staniša, Obiteljska terapija danas, u: Staniša NIKOLIĆ i suradnici (prir.), *Obitelj – podrška mentalnom zdravlju pojedinca. Teorijski i praktični priručnik obiteljske terapije*, Jastrebarsko, 2008., 14-28.

NIMAC, Stipe, Pastoral bolesnika u Hrvatskoj, u: ANIČIĆ, Nediljko Ante – BIŽACA, Nikola (ur.), *Kršćanstvo i zdravlje*. Zbornik radova teološkog simpozija, Split, 2006., 191-209.

NOSIĆ, Stipe, Bolesnik i pastoralni djelatnik, u: Blaženka MANDIĆ-KOZULIĆ – Radovan ŠOLJAGA (ur.), *Svjetski dan bolesnika*. *Rijeka, 1993.-2005*., Adamić, Rijeka, 2006., 27-32.

ODRLJIN, Miljenko, Biblijski pogled na zdravlje, u: *Kršćanstvo i zdravlje*. Zbornik radova teološkog simpozija, N. A. Aničić – N. Bižaca (ur.), Split, 2006., 89-111.

OSTOJIĆ, Draženka, Prva epizoda shizofrenije – važnost ranog otkrivanja bolesti: što o tome trebaju znati socijalni radnici, u: *Ljetopis socijalnog rada*, 19, (2012.) 1, 53-72.

OZER, Emily J –BEST, Suzanne R –LIPSEY, Tami L –WEISS, Daniel S, Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis, u: *Psychol Bull*, 129 (2003) 1, 52-73.

PARLOV, Mladen, Duh Sveti i zdravlje, u: ANIČIĆ, Nediljko Ante – BIŽACA, Nikola (ur.), *Kršćanstvo i zdravlje*. Zbornik radova teološkog simpozija, Split, 2006., 129-157.

PARLOV, Mladen, Zdravlje i bolest: stvarnosti duha, u: *Služba Božja,* 46 (2006.) 2, 164-184.

PAVLIĆ, Richard –VLAHOVIĆ, Martina, Čovjek – slika Božja. Teološka interpretacija i suvremeni izazovi, u: *Riječki teološki časopis*, 25 (2017.) 2, 359-388.

PAVLIĆ, Richard, Muško i žensko stvori ih. Pečat kršćanske antropologije, u: *Riječki teološki časopis*, 22 (2014.) 2, 321-338.

PAŽIN, Zvonko, Dušobrižništvo bolesnika, u: *Vjesnik Đakovačke i Srijemske biskupije*, 130 (2002.) 3, 138-141.

PEITL, Vjekoslav – KARLOVIĆ, Dalibor, Anksiozni poremećaji, u: Dalibor KAROLOVIĆ i suradnici (prir.), *Psihijatrija*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2019., 415-436.

PFEIFER, Samuel, *Bodriti slabe. Suvremena psihijatrija i dušobrižništvo,* STEPress, Zagreb, 1996.

PRIJATELJ, Erika, Creativity and Values in The Media Culture of Today, u: *Education and Creativity*, E. Osewska (Ed.),Warszawa, 2014., 57-65.

PRIMORAC, Dragan, Vizionar iznimne energije i začetnik uvođenja personalizirane medicine u kliničku praksu, u: *Liječničke novine. Glasilo hrvatske liječničke komore,* 19 (2019.) 179, 6-11.

REBIĆ, Adalbert, Čovjek u Bibliji Starog zavjeta, u: *Bogoslovska smotra*, 50 (1980.) 2-3, 168-183.

REBIĆ, Adalbert, Isusov stav prema bolesnicima i vjeri kao snazi koja ozdravlja, u: *Vjesnik Đakovačke i Srijemske biskupije*, 130 (2002.) 3, 131-134.

REID, George W., Zdravlje i ozdravljenje, u: *Biblijski pogledi*, 11 (2003) 1-2, 153-187.

RELJAC, Veronika, Uloga i mjesto crkvenih obiteljskih savjetovališta u pastoralu braka i obitelji, u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije i Srijemske biskupije*, CXXXVII (2009.) 9-10, 829-833.

ROLNICK, Philip A., *Osoba, milost i Bog*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2012.

RUBEŠA, Gordana, Shizofreni poremećaji, u: Ljiljana MORO – Tanja FRANČIŠKOVIĆ i sur., *Psihijatrija: udžbenik za više zdravstvene studije*, Rijeka, 2004., 98-108.

SANDRIN, Luciano, *Psicologia del malato. Comprendere la sofferenza, accompagnare la speranza*, Bologna, 2015.

SCHINDLER, David Christopher, Zdravo i sveto, u: *Communio,* 40 (2014.) 119, 23-41.

SCHNITZLER, Theodor, *O značenju sakramenata*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 1998.

SGRECCIA, Elio, La posizione della Chiesa di fronte alla vita e alla salute nell' attuale contesto socioculturale, u: *Camillianum*, 5 (2005.) 13, 9-31.

STERPELLONE, Luciano, *Medicina u Bibliji*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2020.

SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA, *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10),* Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Deseta revizija, Medicinska naklada, Zagreb, ^{2}2012.

SZENTMÁRTONI, Mihály, Duhovno praćenje osoba (i rodbine) nakon pokušaja samoubojstva, u: Đulijano LJUBIČIĆ i suradnici, *Suicid i duhovnost*, Sveučilište u Rijeci – Medicinski fakultet, Rijeka, 2010., 143-154..

SZENTMÁRTONY, Mihály, Odnos svećenik – liječnik – bolesnik: iz perspektive svećenika, u: *Služba Božja,* 53 (2013.) ¾, 299-318.

SZENTMÁRTONY, Mihály, *Osjetljivost za čovjeka. Pastoralna psihologija*, Glas Koncila, Zagreb, 2009.

ŠILJE, Marija, Komunikacijske vještine s osobama oboljelim od psihičke bolesti (psihijatrijskim bolesnicima), u: Joško SINDIK – Marina VUČKOVIĆ MATIĆ (ur. i prir.), *Komuniciranje u zdravstvu*. *Zbirka nastavnih tekstova*, Sveučilište u Dubrovniku, Dubrovnik, 2016., 20-31.

ŠIMUNOVIĆ, Josip, Skrb za bolesnike, u: *Vjesnik Đakovačke i Srijemske biskupije,*126 (2008.) 7-8, 694.

ŠIMUNOVIĆ, Milan, *Prenošenje vjere u promijenjenim okolnostima suvremenoga svijeta*, Papinska misijska djela u Republici Hrvatskoj - Nacionalna uprava, Zagreb, 2017.

ŠTENGL, Ivan, Perspektive dijaloga pastorala i trendova aktualne psihoterapije, u: *Bogoslovska smotra*, 76 (2006.) 2, 429-455.

ŠTIFANIĆ, Mirko, *Kultura umiranja, smrti i žalovanja*, Adamić, Rijeka, 2009.

ŠTRKALJ-IVEZIĆ Slađana – HORVAT, Karolina, Povezanost osobne stigme i socijalne samoefikasnosti s dijagnozom shizofrenije, u: *Socijalna psihijatrija,* 43 (2015.) 3, 121-128.

ŠTRKALJ-IVEZIĆ, Slađana – JUKIĆ, Vlado – ŠTIMAC GRBIĆ, Danijela – ČELIĆ, Ivan – BREČIĆ, Petrana – SILOBRČIĆ RADIĆ, Maja – BAGARIĆ, Ante – ĆURKOVIĆ, Marko, Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj, u: *Acta Med Croatica*, 72 (2018.) 2, 179-188.

ŠTRKALJ-IVEZIĆ, Slađana i sur., Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, u: *Liječnički vjesnik*, 132 (2010) 1-3, 40.

ŠTRKALJ-IVEZIĆ, Slađana, *Život bez stigme psihičke bolesti*, Medicinska naklada, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, 2016.

TADIĆ Stipe, Religiozno iskustvo – ne istraživana i/ili neistraživa dimenzija religije i religioznosti, u: *Društvena istraživanja*, 7 (1998.) 35, 359-373.

TADIĆ, Stipe, Sveto koje to nije. O imanentističkim religijama u suvremenom svijetu, u: *Nova prisutnost*, 9 (2011) 2, 409-421.

TAMARUT, Anton, Čovjek, slika Božja – biće susreta i dara, u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije i Srijemske biskupije*, CXLIV (2016.) 12, 12-20.

TESTA, Benedetto, *Sakramenti Crkve*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2009.

TOMIĆ, Celestin, Biblijsko poimanje čovjeka, *Crkva u svijetu*, 22 (1987.) 3, 234-240.

TOURNIER, Paul, *Lice patnje. Spoznaja smisla života u mračnom trenutku*, U pravi trenutak, Đakovo, 1996.

VAUTH, Roland – KLEIM, Birgit – WIRTZ, Markus – CORRIGAN, Patrick W., Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia, u: *Psychiatry Research*, 150 (2007.) 1, 71-80.

VIDOVIĆ, Domagoj, *Povezanost samostigme i uvida u bolest s depresivnošću i suicidalnošću u oboljelih od shizofrenije*, Disertacija, Sveučilište u Zagrebu – Medicinski fakultet, Zagreb, 2016.

VRANJEŠ, Nikola, *Projekt i metoda. Praksa vjere u svijetu promjena*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2021.

VRANJEŠ, Nikola, Depresija - izazov za vjerničku praksu. Pastoralne mogućnosti i perspektive, u: *Riječki teološki časopis*, 20 (2012.), br. 1, 103-116.

VRANJEŠ, Nikola, Glavni elementi pastorala sakramenata u aktualnoj pastoralnoj praksi, u: *Crkva u svijetu*, 44 (2009.) 4, 459-463.

VRANJEŠ, Nikola, Identitet postmodernog čovjeka u europskom kontekstu i kršćanski identitet danas, u: POLEGUBIĆ, Adolf (ur.), *Kršćanstvo i identitet – Christentum und Identität*. Zbornik radova, Frankfurt am Main, 2014., 15-43.

VRANJEŠ, Nikola, Izloženost i ranjivost bolesnih. Poziv pastoralnoj odgovornosti Crkve, u: MATELJAN, Ante (ur.), *Ecce homo! Medicinski i teološki pristupi.* Zbornik radova znanstvenog skupa, Split, 2018., 253-260.

VRANJEŠ, Nikola, *Na pragu vječnosti. Promišljanja o pastoralu umirućih*, Glas Koncila, Zagreb, 2015.

VRANJEŠ, Nikola, *Pastoral danas. Izabrane teme iz pastoralne teologije*, Glas Koncila, Zagreb, 2013.

VRANJEŠ, Nikola, Pastoralna skrb Katoličke crkve za osobe oboljele od depresije, u: Đulijano LJUBIČIĆ i suradnici (prir.), *Depresija i duhovnost*, Sveučilište u Rijeci – Medicinski fakultete u Rijeci, Rijeka, 2010., 217-229.

VRANJEŠ, Nikola, Pastoralna skrb za psihički oboljele osobe. Temeljne odrednice, u: *Crkva u svijetu,* 46 (2011.) 3, 301-317.

VRANJEŠ, Nikola, *Za novi život u Kristu. Prilozi pastoralu sakramenata*, Glas Koncila, Zagreb, 2017.

VUČKOVIĆ, Ante, Bolesnik između medicinsko – tehničkog znanja i vjerničkog osmišljanja bolesti, u: *Glasnik Hrvatskog katoličkog liječničkog društva*, 11 (2001.) 3, 28-38.

VUGDELIJA, Marijan, *Čovjek i njegovo dostojanstvo u svjetlu Biblije i kršćanske teologije. Biblijsko-teološka antropologija*, Služba Božja, Split, 2000.

VUKUŠIĆ RUKAVINA, Tea – ROJNIĆ KUZMAN, Martina – BRBOROVIĆ, Ognjen – JOVANOVIĆ, Nikolina, Prikaz duševnih smetnji u tiskanim medijima u Hrvatskoj, *Socijalna psihijatrija*, 38 (2010.) 1, 14-21.

VULETIĆ, Gorka – MISAJON, RoseAnne, Subjektivna kvaliteta života, u: Gorka VULETIĆ (ur.), *Kvaliteta života i zdravlje*, Osijek, 2011., 9-16.

VULETIĆ, Gorka – IVANKOVIĆ, Davor – DAVERN, Melanie, Kvaliteta života u odnosu na zdravlje i bolest, u: Gorka VULETIĆ (ur.), *Kvaliteta života i zdravlje*, Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet, Hrvatska zaklada za znanost, Osijek, 2011.

WHOQoL Group, Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument, *Quality of life Research*, 2 (1993) 2, 153-159.

ZAGREBAČKA NADBISKUPIJA, Ugovor o dušobrižništvu u bolnicama i ostalim zdravstvenim ustanovama te ustanovama socijalne skrbi, u: *Službeni vjesnik Zagrebačke nadbiskupije,* 92 (2005.) 4, 194-195.

ZOVKIĆ, Mato, Isusovo poslanje siromasima, bolesnima i potlačenima (Lk 4,16-30), u: *Crkva u svijetu*, 34 (1999.) 3, 293-311.

ŽIVKOVIĆ, Ilija – VULETIĆ, Suzana, Ekleziogene neuroze u psihopatološkim oblicima religioznosti, u: *Društvena istraživanja*, 16 (2007.) 6, 1263-1285.

c. Mrežna mjesta

BENEDETTO XVI, Discorso del Santo Padre Benedetto XVI alla Plenaria del Pontificio Consiglio per la Famiglia, *Giovedì, 1° dicembre 2011, u:* http://w2.vatican.va/content/benedict-

xvi/it/speeches/2011/december/documents/hf_ben-xvi_spe_20111201_pc-family.html (26. VII. 2021.).

BENEDETTO XVI, Parole del Santo Padre, *Roma, 12 novembre 2012*, u: http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/it/speeches/2012/november/documents/hf_ben-xvi_spe_20121112_viva-anziani.html (25. V. 2021.).

BENEDICT XVI, Address of his Holiness Benedict XVI to The Plenary Assembly of The Pontifical Council for Helath Patoral Care (22. March 2007), u: http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/en/speeches/2007/march/documents/hf_ben-xvi_spe_20070322_pc-salute.html (23.V. 2021.).

BENEDIKT XVI., *Iskustvo boli i trpljenja može postati škola nade*. Poruka za XVIII. Svjetski dan bolesnika (7. XII. 2009.), u: https://www.vatican.va/content/benedict-xvi/hr/messages/sick/documents/hf_ben-xvi_mes_20091122_world-day-of-the-sick-2010.html (31. VIII. 2021.).

BILIĆ, Niko, *Biblija i duševno zdravlje. Svetopisamski pogled na čovjekovu psihu*, Zagreb: amdg.eu (online), 2017., https://amdg.ffrz.hr/amdg_aiv/Biblija_i_dusevnozdravlje_bilicRebro14_12_17.mp3 u: (18. VI. 2021.).

BOŠNJAKOVIĆ, Josip, *Suosjećati znači zaustaviti se pokraj potrebitog (Mt 20,30-34)*, u: https://savjetovaliste.hr/suosjecati-znaci-zaustaviti-se-pokraj-potrebitog-peta-scena-suosjecanja-mt-20-30-34/ (30. VIII. 2021.).

ĐAKOVAČKO-OSJEČKA NADBISKUPIJA, *Savjetovališta*, u: https://djos.hr/savjetovalista/ (7. IX. 2021.).

FRANCESCO, *Messagio del Santo Padre Francesco in occasione della I Gornata Mondiale dei nonni e degli anziani* "Io sono con te tutti i giorni", u: https://www.vatican.va/content/francesco/it/messages/nonni/documents/20210531-messaggio-nonni-anziani.html (3.VII. 2021.).

FRANJO, *Dođite k meni svi koji ste izmoreni i opterećeni i ja ću vas odmoriti (Mt 11,28)*. Poruka Svetoga Oca Franje za XXVIII. Svjeetski dan bolesnika, 11. veljače 2020., u: https://ika.hkm.hr/dokumenti/dodite-k-meni-svi-koji-ste-izmoreni-i-optereceni-i-ja-cu-vas-odmoriti-mt-11-28/ (22. VIII. 2021.).

GERLINGER, Gabriel – HAUSER, Marta – De HERT Marc, LACLUYSE, Kethleen – WAMPERS, Martien – U CORRELL, Christoph, *Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions*, u: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3683268/ (27. IV. 2021.).

GIOVANI PAOLO II, Lettera per l'Instituzione della Giornata Mondiale del Malato (13 maggio 1992), br. 2, u: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/it/letters/1992/documents/hf_jp-ii_let_13051992_world-day-sick.html (21. VII. 2021.).

Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017, u: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2932279-7 (4. VI. 2021.).

HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO, *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2019. godinu*, Zagreb, 2020., WEB izdanje, u: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/02/Ljetopis_Yerabook_2019.pdf (15. III. 2021.).

HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO, *Registar izvršenih samoubojstva Hrvatske*, u: https://www.hzjz.hr/aktualnosti/izvrsena-samoubojstva-u-hrvatskoj-2020/ (13. VIII. 2021.).

HRVATSKO PSIHIJATRIJSKO DRUŠTVO, Klinike za psihijatriju, u: http://www.psihijatrija.hr/site/?page_id=234 (4. II. 2021.).

HRVATSKO PSIHIJATRIJSKO DRUŠTVO, *Odjeli psihijatrije u bolnicama*, u: http://www.psihijatrija.hr/site/?page_id=234 (4. II. 2021.).

JOHN PAUL II, *Address of John Paul II to the Participants in the 18th International Conference Promoted by the Pontifical Council for Health Patoral Care on The Theme of 'Depression'*, November, 14, 2, u: https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2003/november/documents/hf_jp-ii_spe_20031114_pc-hlthwork.html (16. VIII. 2021.).

JOKIĆ-BEGIĆ, Nataša – ČURŽIK, Doris, *Psihološko zdravlje studenata*, Sveučilište u Zagrebu, u: http://www.unizg.hr/fileadmin/rektorat/Studiji_studiranje/Podrska/Savjetovanje/Psiholosko_zdravlje_studenata.pdf (26.III. 2021.).

NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO „DR. ANDRIJA ŠTAMPAR“, *Europski dan borbe protiv depresije, 1. listopada 2017.*, u: http://www.stampar.hr/hr/europski-dan-borbe-protiv-depresije-1-listopada-2017 (10. VI. 2021.).

NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO „DR. ANDRIJA ŠTAMPAR“, Očuvanje mentalnog zdravlja, u: https://www.stampar.hr/hr/ocuvanje-mentalnog-zdravlja (13. III. 2021.).

Potvrđeni za život u punini. *Prva godina priprave kandidata za slavlje sv. Potvrde*, Marijana MOHORIĆ (ur.), u: https://www.zadarskanadbiskupija.hr/?p=43896 (11. IV. 2021.).

REPUBLIKA HRVATSKA, Ministarstvo zdravstva, *Specijalne bolnice*, u: https://zdravlje.gov.hr/arhiva-80/ministarstvo-zdravlja/zdravstvene-ustanove-u-republici-hrvatskoj/specijalne-bolnice/666 (5. XII. 2020.).

URED HBK ZA ŽIVOT I OBTEELJ, *Obiteljski pastoral u Hrvatskoj*, u: https://obitelj.hbk.hr/strukture/ (8. IX. 2021.).

VIJEĆE HRVATSKE BISKUPSKE KONFERENCIJE ZA NAUK VJERE, *Čovjek stvoren „na sliku Božju“ – njegova veličina i poziv*, Zagreb, 29. studenoga 2019., u: http://hbk.hr/dokumenti-hbk/covjek-stvoren-na-sliku-bozju-njegova-velicina-i-poziv-vijece-hbk-za-nauk-vjere/ (7. III. 2021.).

VIJEĆE HRVATSKE BISKUPSKE KONFERENCIJE ZA NAUK VJERE, *Čovjek stvoren „na sliku Božju“ – njegova veličina i poziv*, Zagreb, 29. studenoga 2019., u: http://hbk.hr/dokumenti-hbk/covjek-stvoren-na-sliku-bozju-njegova-velicina-i-poziv-vijece-hbk-za-nauk-vjere/ (7. III. 2021.).

VLADA REPUBLIKE HRVATSKE, Ministarstvo zdravlja, *Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine*, u: https://vlada.gov.hr/UserDocsImages/2016/Sjednice/Arhiva/79-4.pdf (14. III. 2021.).

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Depression*, u: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression (4. XII. 2020.).

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Mental health, *Comprehensive mental health action plan 2013-2020-2030*, u: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/ (5. VI. 2021.).

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Mental health, YLDs = Years Lived with Disability, DALYs / YLDs definition, u: https://www.who.int/mental_health/management/depression/daly/en/ (2. IX. 2020.).

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Mental health: strengthening our response*, u: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response (1. III. 2021.).

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Schizophrenia*, u: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia (20. VI. 2021.).

ZAKON O ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA, u: https://www.zakon.hr/z/181/Zakon-o-za%C5%A1titi-osoba-s-du%C5%A1evnim-smetnjama (21. VIII. 2021.).

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO DUBROVAČKO-NERETVANSKE ŽUPANIJE, *Depresija - najznačajniji rizični čimbenik za suicid*, u: https://www.zzjzdnz.hr/hr/hr/zdravlje/mentalno-zdravlje/546 (5. XII. 2020.).

KRATICE

BiOS	*Crkvena bračna i obiteljska savjetovališta*
CL	*Christifideles laici*
DC	*Deus caritas est*
DSM-5	*Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*
DV	*Dei Verbum*
EE	*Ecclesia in Europa*
EN	*Evangelii nuntiandi*
EV	*Evangelium vitae*
FC	*Familiaris consortio*
GS	*Gaudium et spes*
HBK	*Hrvatska biskupska konferencija*
HZJZ	*Hrvatski zavod za javno zdravstvo*
KKC	*Katekizam Katoličke Crkve*
LG	*Lumen gentium*
MKB-10	*Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih problema*
MV	*Misericordiae vultus*
NSP	*Na svetost pozvani*
PKK	*Ponovno krenuti od Krista*
PTSP	*Posttraumatski stresni sindrom*
SC	*Sacrosanctum concilium*
SD	*Salvifici doloris*
SZO	*Svjetska zdravstvena organizacija*

ŽIVOTOPIS

Janjka Mazić članica je Družbe sestara milosrdnica svetog Vinka Paulskoga. Rođena je 29. srpnja 1977. u Tuzli, Bosna i Hercegovina, od oca Tome i majke Mare, rođ. Marijanović. Nakon završene osnovne škole (1992.) upisala je Srednju medicinsku školu u Tuzli, smjer farmaceutski tehničar. Po završetku trećeg razreda srednje škole (1995.), odlazi u samostan Družbe sestara milosrdnica, u Rijeku. Početkom 1996. stupa u postulaturu, a poslije mature (1996.) u novicijat. Prve redovničke zavjete položila je 1998. godine, a doživotne 2003. u Rijeci.

U zvanju zdravstvenog tehničara farmaceutskog smjera radila je godinu dana u KBC Rijeka, u bolničkoj ljekarni (1999.).

Godine 2000. upisala je Teologiju u Rijeci – područni studij Katoličkog bogoslovnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Od rujna 2005. vršila je službu vjeroučiteljice u Osnovnoj školi *Škurinje* u Rijeci. Diplomirala je u svibnju 2006., a u rujnu iste godine preuzima službu vjeroučiteljice u Osnovnoj školi *Veruda* te pastoralno djeluje u Župi sv. Pavao u Puli. Školske godine 2011/2012. radi kao vjeroučiteljica u Prvoj osnovnoj školi u Ogulinu.

Od 2011. do 2017. vršila je službu provincijalne tajnice, a od 2017. do 2020. službu provincijalne savjetnice u Družbi sestara milosrdnica, Provincija Majke Dobrog Savjeta – Rijeka. Godine 2012. upisuje Poslijediplomski sveučilišni studij licencijata i doktorata na Katoličkom bogoslovnom fakultetu u Sveučilišta u Zagrebu, Specijalizacija u pastoralnoj teologiji. Licencijatski rad na temu *Djelatnost sestara milosrdnica u službi pastoralno-zdravstvene skrbi u današnjim društvenim prilikama* izradila je pod mentorstvom izv. prof. dr. sc. Nikole Vranješa i obranila 2019. godine.

Surađuje u pastoralu, a od školske 2019/20. godine zaposlena je u Osnovnoj školi Kraljevica i u Osnovnoj školi Vladimira Nazora u Crikvenici, kao vjeroučiteljica.

Od 2019. do 2020. godine volontirala je *Domu za odrasle osobe Turnić*, u sklopu organiziranog stanovanja, u stambenoj zajednici Praputnjak.

Do sad je objavila:

Janjka MAZIĆ, Poziv na svetost u kontekstu Papinih riječi »Gledati i djelovati s milosrđem, eto to je svetost!« (GE, br. 82), u: *Posvećeni život*, 22-24 (2019.) 39-41, 52-67