

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Sanea Mihaljević

**Utjecaj duhovnosti na suicidalnost i
brzinu oporavka u oboljelih od
depresije**

DISERTACIJA



Zagreb, 2014.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Sanea Mihaljević

**Utjecaj duhovnosti na suicidalnost i
brzinu oporavka u oboljelih od
depresije**

DISERTACIJA

Zagreb, 2014.

Disertacija je izrađena na Odjelu za duševne bolesti Opće bolnice Virovitica u Virovitici.
Voditelj rada: prim. dr. sc. Branka Aukst-Margetić

Naiskrenije zahvaljujem svojoj mentorici na pomoći i podršci.

Osobito zahvaljujem svom suprugu na iskazanoj podršci i razumijevanju tijekom izrade ove disertacije koju posvećujem njemu i našoj djeci.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Depresija	2
1.1.1. Biološki aspekti depresije	4
1.1.2. Psihosocijalni aspekti depresije	5
1.2. Suicidalnost – opće postavke	9
1.2.1. Suicidalnost u sklopu depresije	10
1.3. Duhovnost i/ili religioznost u psihijatriji	11
1.3.1. Dosadašnja istraživanja povezanosti duhovnosti/religioznosti s depresijom i suicidalnošću	14
1.3.2. Razlike u povezanosti duhovnosti i religioznosti prema depresiji	17
1.4. Ličnost	20
1.4.1. Modeli ličnosti	20
1.4.2. Psihobiološki model ličnosti	22
1.4.3. Povezanost psihobiološkog modela ličnosti s depresijom i suicidalnošću	24
1.4.4. Povezanost ličnosti s duhovnošću/religioznošću	26
2. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA	28
3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA	28
4. METODE I ISPITANICI	29
4.1. Metode	29
4.2. Ispitanici	30
4.3. Instrumenti	32
4.4. Statističke metode	34
4.5 Normalnost raspodjele	35
5. REZULTATI	37
5.1. Kretanje depresivnosti i suicidalnosti kroz vrijeme	37
5.2. Korelacije	40
5.3. Multivarijatna analiza	46
5.3.1. Povezanost duhovnosti i religioznosti s brzinom oporavka od depresije	46
5.3.2. Povezanost duhovnosti i religioznosti s brzinom oporavka od suicidalnosti	49
5.3.3. Utjecaj dimenzija temperamenta i karaktera na povezanost duhovnosti i religioznosti s oporavkom od depresije	54
5.3.4. Utjecaj dimenzija temperamenta i karaktera na povezanost duhovnosti i religioznosti s oporavkom od suicidalnosti	63
6. RASPRAVA	72
6.1. Povezanost duhovnosti i religioznosti s brzinom oporavka od depresije	72
6.2. Povezanost duhovnosti, religioznosti i suicidalnosti	77
6.3. Osobine ličnosti, duhovnost, religioznost i depresija	80

6.4. Završna razmatranja	83
6.5. Ograničenja	85
7. ZAKLJUČCI	86
8. SAŽETAK	87
9. ABSTRACT	88
10. LITERATURA	89
11. ŽIVOTOPIS	102
12. PRILOZI	103

1. UVOD

Duhovnost, religioznost i ličnost su se u nizu istraživanja pokazale važnim čimbenicima za nastanak i tijek depresije, no njihova međusobna povezanost kao i odnos prema oporavku od depresije i suicidalnosti, nedovoljno je istražen. Svjetska zdravstvena organizacija izvještava da je depresija sve rasprostranjenija, te da je uz bolesti ovisnosti glavni uzročnik suicida, stoga se predviđa da će do 2020. godine postati drugi po redu uzročnik invaliditeta ¹. U posljednjih 45 godina stopa suicida porasla je za 60%, a u nekim zemljama u populaciji od 15 do 44 godine suicid je među tri vodeća uzroka smrti ¹. Duhovnost i religioznost su se u nizu istraživanja pokazale zaštitnim čimbenicima po život i zdravlje ²⁻⁵, a meta-analize pokazuju nižu učestalost suicidalnog ponašanja u religioznijih osoba ², stoga ih je Svjetska zdravstvena organizacija i uvrstila u jednu od domena kvalitete života ³. Utvrđeno je da čak 80% osoba oboljelih od duševne bolesti koriste religijska uvjerenja za sučeljavanje sa svakodnevnim poteškoćama ⁵. Dosadašnja istraživanja utjecaja duhovnosti/religioznosti na zdravlje uglavnom su usmjerena na subpopulacije kao što su starije osobe ⁶⁻¹¹, adolescenti ¹², tjelesno bolesni ¹³⁻¹⁵, oboljeli od karcinoma ¹⁶⁻¹⁹ i terminalno bolesni ¹⁹⁻²¹. Manje je onih koji istražuju populaciju oboljelih od depresivnog poremećaja i to u radno aktivnoj dobi.

Iako je broj znanstvenih radova na temu duhovnosti/religioznosti u posljednjih nekoliko godina u porastu, specifična uloga duhovnosti/religioznosti nije dovoljno istražena. Većina, osobito ranijih istraživanja povezanosti duhovnosti/religioznosti s depresijom uglavnom su koristila jednodimenzionalne upitnike religioznosti, stavljajući naglasak na istraživanje koncepta religioznosti te su uglavnom transverzalno ispitivala ovu povezanost. No, sustavnim pristupom u istraživanju religioznost se pokazala multidimenzionalnim konstruktom. Jedna od dimenzija religioznosti u tom smislu jest njena duhovna dimenzija, za koju niz autora tvrdi da postoji odvojeno od religijskog vjerovanja ² kao poseban konstrukt, te da ju kao takvu treba i istraživati. U tom smislu postoji niz prijepora, koji zahtijevaju daljnja istraživanja.

Ličnost definirana kao karakteristike osobe odgovorne za konzistentnost u osjećajima i razmišljanju određena je genetskim te okolišnim čimbenicima ²², što se smatra u određenoj mjeri i za koncepte duhovnosti i religioznosti. Depresija je pak nedvojbeno povezana s određenim dimenzijama ličnosti u nizu istraživanja ²³⁻²⁵. Međutim, međusobna povezanost

dimenzija ličnosti s duhovnošću i religioznošću, a vezano uz oporavak od depresije neistražena je. Stoga je bilo potrebno u prospektivnom istraživanju ispitati utjecaj specifične uloge duhovnosti i religioznosti na oporavak od depresije, a vezano uz dimenzije psihobiološkog modela ličnosti.

1.1. Depresija

Depresija (lat. *deprimere* - potisnuti, utisnuti) je jedan od najstarijih poznatih duševnih poremećaja. Ona utječe na tjelesno zdravlje, raspoloženje i mišljenje, na način kako osoba jede i spava, kako doživljava sebe i svijet koji je okružuje. Depresija je kao poremećaj vrlo star. Opisi depresije prisutni su i u Bibliji, a Hipokrat ju je opisuje i naziva *melankolijom* (od *crna žuč*) što govori o Hipokratovom uvjerenju da dizbalans u tjelesnim tekućinama utječe na nastanak potištenosti. Pojam *melankolija* ostaje prisutan sve do dvadesetog stoljeća kada se uvode pojmovi *depresija* i *depresivno stanje*.²⁶ Tijekom prošlog stoljeća je prema pretpostavljenoj etiologiji prevladavala dihotomija na endogene i neurotske depresije.²⁶

Depresija je uz bolesti ovisnosti glavni rizični čimbenik suicida.²⁶ U skladu s tim, budući da broj suicida kontinuirano raste, depresija postaje glavni uzrok prijevremene smrti za koji se smatra da se može spriječiti.¹ U današnje doba depresija zbog svoje raširenosti i nesposobnosti koju izaziva te česte povezanosti s mnogim somatskim bolestima, predstavlja jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u mnogim zemljama Europe i svijeta.¹

Trenutna prevalencija depresije («point prevalence») kreće se između 5 i 10% ovisno o definiciji depresije, načinu mjerenja i populaciji na koju se odnosi.¹ Životna prevalencija depresije («lifetime prevalence») iznosi više od 18%, a rizik za obolijevanje od depresije tijekom života 20-30%. Depresija se može javiti u bilo kojoj dobi, no najčešća je u srednjoj životnoj dobi. Žene obolijevaju češće od muškaraca i to u odnosu 1,5-2:1.¹

Unatoč sve većem napretku u otkrivanju patofizioloških mehanizama i laboratorijskim mogućnostima, dijagnoza depresije se postavlja na temelju kliničke slike, a prema dogovorenim dijagnostičkim kriterijima koji podrazumijevaju potreban broj simptoma u određenom trajanju. U Hrvatskoj je u uporabi deseta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10)²⁸. U tablici 1. prikazani su dijagnostički kriteriji za depresivnu epizodu

prema MKB-10. 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. Razlikujemo unipolarnu od bipolarnu depresije. U unipolarnim se depresijama javljaju tijekom života jedna ili više depresivnih epizoda, a u bipolarnim se pojavljuju i epizode depresije i epizode manije ili hipomanije. U tom je slučaju riječ o bipolarnom poremećaju raspoloženja.

Tablica 1. Dijagnostički kriteriji za depresivnu epizodu prema MKB-10.

Prisutnost najmanje 2 od slijedeća 3 simptoma tijekom najmanje 2 tjedna:

1. Depresivno raspoloženje.
2. Gubitak interesa i zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima koje pružaju zadovoljstvo.
3. Smanjenje energije ili pojačana zamorenost.

Najmanje 2 od slijedećih 7 simptoma tijekom najmanje 2 tjedna:

1. Gubitak puzdanja i samopoštovanja.
2. Bezrazložan osjećaj samoprijedora ili pretjerane i neprimjerene krivnje.
3. Ponavljajuće misli o smrti ili samoubojstvu.
4. Subjektivni osjećaj ili evidentno smanjena sposobnost mišljenja ili koncentracije.
5. Promjena u psihomotornoj aktivnosti u vidu agitacije ili retardacije (subjektivni osjećaj ili objektivno).
6. Poremećaj spavanja bilo kojeg tipa.
7. Promjena apetita (smanjen ili pojačan) povezan s promjenom tjelesne težine.

Depresija može imati mnogo različitih uzroka. Tako npr. gubitak posla može biti stimulus za pojavu depresije, što je povezano s beznadnošću ekonomskog preživljavanja. Ranije se za depresiju koja nastaje bez jasnog stresnog događaja koristio pojam endogena depresija – kod koje u 70% slučajeva prva pojava prijeti ponavljanjem depresije, obično se pojavljuje bez očitog psihološkog povoda, ali isto tako može biti uzrokovana nekim svakodnevnim stresnim situacijama kao što su odlazak od kuće, rođenje djeteta ili promatranje djeteta kako postaje odrasla osoba i odlazi od kuće. Upravo posebnost svake osobe i svake životne situacije onemogućava generalizacije. Svjesnost o kompleksnosti ove

problematike čini pristup depresivnoj osobi usklađenijim s posebnostima svakog pacijenta. Unatoč s jedne strane potrebi da pristup pacijentu personaliziramo da bismo objasnili nastanak poremećaja, potrebne su nam teorije njegovog nastanka. Više je teorija kojima se objašnjava nastanak depresije koje bolje objašnjavaju pojedine aspekte ovog poremećaja: one najznačajnije su biološke, psihosocijalne, psihodinamske te kognitivne na koje ću se ukratko osvrnuti.

1.1.1. Biološki aspekti depresije

U ranijim fazama poimanja i dijagnosticiranja depresivnog poremećaja, pretpostavljala se mogućnost odvajanja bioloških od ostalih uzroka nastanka depresivnog poremećaja. Danas je jasno da je biološki, etiološki i patofiziološki mehanizam prisutan u nastanku svakog depresivnog poremećaja, pa i u specifičnosti kliničke slike, što je utjecalo na jedinstveni dijagnostički entitet depresije (F 32 i F 33 prema WHO, MKB-10)²⁸ u današnjoj klasifikaciji.

Prema epidemiološkim podacima iz obiteljskih, blizanačkih i adoptivnih studija, unipolarna depresija pokazuje evidentnu genetsku povezanost. Postoji dva do tri puta veća vjerojatnost oboljenja od depresivnog poremećaja u srodnika prvog stupnja u odnosu na opću populaciju.²⁶ Povezanost je veća pri depresivnom poremećaju koji se javlja u ranijoj dobi. Pretpostavljeni način nasljeđivanja je multifaktorijalan, koje podrazumijeva „male i velike“ genske učinke, kao i interakciju između gena i okoline.²⁶ Dosadašnje studije najviše su pokazale povezanost depresije i gena za serotoninski transporter te njegov polimorfizam koji utječe ne samo na razvoj poremećaja, već i na liječenje.^{26,29,30,31}

Nastanak depresije dovodi se u svezu s promjenama u nastanku i razgradnji neurotransmitora u mozgu kao što su serotonin, noradrenalin, dopamin, ali i drugi, te s promjenama u broju i osjetljivosti njihovih receptora –serotoninska te katekolaminska teorija depresije²⁹.

Depresija može biti posljedica smanjene serotoninske aktivnosti u mozgu. Smanjena koncentracija **serotonina** u amigdalama može imati za posljedicu gubitak zadovoljstva i osjećaja sreće, smanjena koncentracija u ponsu (nucleus raphe) povezana je s poremećajem spavanja, a smanjena serotoninska aktivnost u prefrontalnom korteksu dovodi do pesimizma i nemogućnosti projekcije u budućnost.³²

Katekolamini, dopamin i noradrenalin, također igraju važnu ulogu u nastanku

depresivnih poremećaja (katekolaminska teorija).^{26,29,32} Poremećaj koncentracije **dopamina** u bazalnim ganglijima dovodi do psihomotorne retardacije ili agitacije i psihomotornog nemira. Smanjena aktivnost dopamina u centrima ugone u sustavu nagrade može biti povezana s anergijom, anhedonijom i nesposobnošću radovanja. Smanjena mezokortikalna dopaminska aktivnosti ide s poremećajem koncentracije, socijalnim povlačenjem, neodlučnošću, nesposobnošću planiranja i projekcija u budućnost.^{29,32}

Smanjena koncentracija **noradrenalina** u hipokampusu i hipotalamusu dovodi do somatskih simptoma depresije, kao što su anoreksija, gubitak libida i anergija. Disfunkcija noradrenergične projekcije iz lokus ceruleusa u hipokampusu povezana je s reakcijom naučene bespomoćnosti. Disforična pobuđenost, agitacija, slaba koncentracija i neurovegetativne disfunkcije u depresiji povezani su također s noradrenergičkom disfunkcijom^{26,29,32}.

Od bioloških promjena u depresiji navode se i hiperaktivnost kolinergičkih struktura, hiper- i hiposenzitivnost monoaminskih receptora, disbalans receptorskih sustava, smanjena koncentracija c-AMP, neuroendokrinološke promjene, promjene u imunološkoj funkciji i drugo.³²

1.1.2. Psihosocijalni aspekti depresije

Stres i psihotrauma imaju važnu ulogu u nastanku i oblikovanju depresivnih poremećaja.²⁶ Depresivni bolesnici koji su prošli teški stres imaju težu kliničku sliku od onih koju su bili izloženi nižoj razini stresa. Stresni životni događaji češće prethode prvoj depresivnoj epizodi te izazivaju dugotrajne posljedice u biologiji mozga (gubitak neurona te redukciju sinapsi) što rezultira visokim rizikom za slijedeću depresivnu epizodu koja se može pojaviti i bez vanjskog stresnog momenta.²⁶ Životni događaj koji najviše pridonosi razvoju depresije je gubitak roditelja do jedanaeste godine života.²⁶

Psihodinamske teorije

Osnove **psihodinamske teorije** porijekla i mehanizma nastanka depresije postavljene su u radu **Sigmunda Freuda** „*Žalovanje i melankolija*“ u kojem on iznosi tvrdnju da je depresija posljedica gubitka voljene osobe, tj. da depresija rezultira iz gubitka objekta.³³

Gubitak ne mora biti stvaran, nego se može raditi o gubitku u fantaziji. Osoba čak ne mora biti svjesna bilo kakvog osjećaja gubitka, tj. percepcija gubitka može biti posve nesvjesna. Na temelju kliničkih opservacija Freud je depresiju također vezao uz identifikaciju i agresiju: kada netko izgubi voljenu osobu pokušava postati kao osoba koju je izgubio. Na taj način pokušava ublažiti ili poništiti gubitak. Identifikacija je obrana protiv gubitka objekta što rezultira da se voljena osoba, osobito ona koja napusti ili ode, i voli kao što se i mrzi. Upravo u slučajevima u kojima postoji jaka ambivalencija, tj. u kojima snažna ljubav koegzistira sa snažnim bijesom i mržnjom, identifikacija s izgubljenim objektom dovodi do depresije. Freud je smatrao da ovo okretanje agresije protiv samoga sebe objašnjava neke depresivne simptome kao npr. nisko samopoštovanje, samooptuživanje, samoozljeđivanje, mučenje samoga sebe i suicid, čineći tako sebi ono što bi želio činiti izgubljenom objektu.³⁴

Karl Abraham ističe mjesto oraliteta u depresiji - predispozicija za depresiju kasnije u životu potječe iz psihičke traume i posljedične fiksacije na oralnoj fazi psiho-seksualnog razvoja, odnosno unutar prvih 18 mjeseci života. Stoga, prema Abrahamu i nekim drugim psihoanalitičkim autorima, za osobu koja kasnije u životu postane depresivna, može se s priličnom sigurnošću pretpostavljati da je u ranom djetinjstvu bila napuštena ili zanemarena od majke.³³

Nadovezujući se na radove Freuda i Abrahama da ova stanja rezultiraju iz iskustva gubitka voljenog objekta, **Melanie Klein** je smatra da se gubitak objekta u fantaziji doživljava povezanim s vlastitim sadističkim impulsima koji su povrijedili ili oštetili voljeni objekt.³³ Klein smatra da tek kada se objekt počne voljeti kao cijelovit, njegov gubitak se može doživjeti kao potpun gubitak, a bolnost stvarnog gubitka voljene osobe jako je povezana s nesvjesnim fantazijama osobe koja žaluje da je također izgubila njezine 'dobre' unutarnje objekte. Tada osjeća prevlast njezinih unutarnjih 'loših objekata' i njezin je unutarnji svijet u opasnosti od razaranja.³⁴ U **Bibringovom** modelu depresije, depresivni simptomi rezultiraju iz frustriranih težnji i doživljaja bespomoćnosti. Nesposobnost osobe da ispuni svoje želje da bude voljena i da voli, da je sigurna i dobra, umjesto da je nevrijedna ljubavi, nesigurna, agresivna i destruktivna, vodi depresiji.³⁴

Blatt ističe razlikovanje vrsta depresije na temelju izraženih simptoma te razlikuje ovisni ili anaklitički tip od introjektivnog ili samokritičnog tipa depresije, te nastoji integrirati elemente psihoanalitičke ego psihologije s razvojnom kognitivnom teorijom.³⁴

Self-psihološki pristup **H. Kohuta**³³ u razumijevanju depresije zasniva se na pretpostavci da tijekom razvoja djetetova selfa postoje posebni zahtjevi koji moraju biti

zadovoljeni od strane roditelja u smislu davanja pozitivnog doživljaja samopoštovanja i cjelovitosti vlastite osobnosti. Depresija u ovom teorijskom pristupu uvjetovana je masovnim gubitkom samopoštovanja koje dovodi do narušavanja doživljaja vlastitog selfa.

Kognitivna teorija

Originalna teorija A.T. Becka ³⁵ ukazuje na to da je depresija primarno uzrokovana specifičnim poremećajima kognitivnih funkcija (negativna kognitivna shema), koji sekundarno generiraju afektivne simptome. Nastanak depresije Beck povezuje s negativnim iskustvima tijekom psihosocijalnog sazrijevanja koja se fiksiraju kao depresivni obrasci mišljenja. Ovi obrasci su obično dugo latentni, a aktiviraju ih stresne situacije, kada se očituju depresivnim kognitivnim trijasom koji iskrivljuje realnu spoznaju aktualne situacije. Ovaj trijas obuhvaća: negativni stav prema sebi (samopodcijenjivanje), budućnosti (beznadežnost) i svijetu koji osobu okružuje (bezvrijednost).

Bihevioralne teorije

Bihevioralno orijentirano autori etiologiju i fenomenologiju depresije izvode iz teorije učenja i principa instrumentalnog uvjetovanja. Zajednički nazivnik bihevioralne teorije je da nastanak depresije objašnjavaju kao posljedicu smanjene učestalosti, varijabiliteta ili motivacionog djelovanja pozitivnog potkrepljenja. Osnovni bihevioralni model depresije je koncepcija o gubitku pozitivnog potkrepljenja i naučene bespomoćnosti.²⁶

Klinička istraživanja korištenjem SPECT oslikavanja mozga ³⁶ pokazala su normalizaciju serotoninske aktivnosti kod depresivnih bolesnika liječenih psihoterapijom. Danas postoje brojne studije ³⁷⁻³⁹ koje dovode u vezu neuro-plastičnost mozga i niz emocionalnih i kognitivnih procesa što se indirektno dovodi u vezu s psihoterapijskim procesom, pri čemu se psihoterapija definira kao proces učenja kroz ponovno emocionalno proživljavanje u transferno-kontratransfernom odnosu ⁴⁰. Kandel ⁴⁰ je napisao da riječi, a time i psihoterapeutske intervencije stvaraju promjene u umu pacijenta, a vjerojatno i pacijentovom mozgu. Nadalje je naveo da duhovnost u našem materijalnom i psihičkom području ima snažne odjeke, te da se stoga čovjekova duhovna dimenzija može i treba

istraživati ⁴⁰. S ovakve točke gledišta, biološki, sociopsihološki i pneumatološki pristupi mogu biti ujedinjeni.

1.2. Suicidalnost – opće postavke

Samoubojstvo je svojevoljan smrtonosan čin protiv vlastitog života.⁴¹ Može se izvršiti *izravno*, tj. kad netko svojevoljno izvrši čin koji ide u prvom redu za uništenjem vlastitog života, i *neizravno* tj. kad se ne ide namjerno za uništenjem vlastita života, nego poradi neke druge pobude. U svom ponašanju i cjelokupnom djelovanju čovjek je kao osoba motiviran od svih triju razina svog psihofizičkog života. Na prvoj, psihofiziološkoj razini motivacija dolazi od potreba, želja i prisila razne vrste. Na drugoj, psihosocijalnoj razini, motivacija dolazi od utjecaja društva i okoline u kojoj osoba živi. Napokon, radi svoje razumsko-duhovne dimenzije čovjek je slobodno i odgovorno biće na čijem se horizontu pojavljuju vrijednosti koje ga motiviraju u njegovom ponašanju i djelovanju. Čovjek uvijek djeluje kao cjelina tako da su sve tri razine psihičkog života prisutne u svakom djelu, bilo da je on toga svjestan ili ne.⁴¹

Kad je u pitanju psihodinamika samoubojstva, treba razlikovati je li riječ o svjesnoj, promišljenoj i slobodno donesenoj odluci s jasnim ciljevima koji se žele postići ili se radi o nejasnim, velikim dijelom podsvjesnim motivacijama koje kao razne prisile utječu na osobu koja je psihički opterećena.⁴² Kod presuicidalnog ponašanja i samog čina samoubojstva u depresivnih osoba na početku se najčešće radi o nekom bolnom doživljaju gubitka nečega veoma dragoga (ljubav, moć, prijateljstvo, zdravlje), ili je posrijedi neka stresna situacija koja otkriva potisnute konflikte, traumatske doživljaje iz prošlosti i ostale nerješene probleme osobe.⁴¹ Takav gubitak uzrokuje osjećaj osamljenosti i odbačenosti te oslabe obrambeni mehanizmi (potiskivanje i sublimacija nagomilane agresivnosti) tako da se vrlo lako aktivira potisnuta agresivnost koja se okrene protiv same osobe i dovede je do smanjene mogućnosti samokontrole.

Emile Durkheim razlikuje četiri osnovne vrste samoubojstva: 1) **anomično**- javlja se onda kad normativne vrijednosti jedne zajednice gube obvezujuću moć; 2) **egoistično** – događaju se onda kad su pojedinci odvojeni od svoje društvene zajednice i kad smatraju da društvene norme na njih nemaju nikakvog utjecaja ni važnosti; 3) **altruistično** – kad se osoba dosljedno odriče sebe i potpuno se poistovjećuje s društvenom zajednicom; 4) **fatalističko** – bijeg od normativne zajednice, događa se u atmosferi fizičkog i moralnog despotizma

društvene zajednice nad pojedincem. Opći zaključak Durkheimova naučavanja glasi da je samoubojstvo u obratnom razmjeru s integracijom društvene zajednice čiji je pojedinac sastavni dio.⁴¹

1.2.1. Suicidalnost u sklopu depresije

Od poremećaja raspoloženja, depresivni i bipolarni poremećaj najviše pridonose pokušaju i izvršenju suicida^{26,43}. Jedino dijagnostički kriteriji prema MKB-10 za depresiju i granični poremećaj ličnosti uključuju suicidalno promišljanje i suicidalno ponašanje²⁸. Epidemiološke studije izvještavaju da 15% onih koji su imali tijekom života dijagnosticiranu depresivnu epizodu pokuša suicid u nekom trenutku života⁴⁴. Rizik za izvršenje suicida je također visok u populaciji trenutno oboljelih od depresije, a kreće se od 2% do 12% oboljelih⁴⁵. Prospektivne studije ukazuju na period neposredno po otpuštanju s bolničkog liječenja kao visoko rizično razdoblje za izvršenje ili pokušaj suicida⁴⁶. Pokušaj suicida u anamnezi povećava rizik za počinjenje suicida kako u općoj populaciji tako i u oboljelih od depresije⁴⁷⁻⁴⁹. Nadalje, prospektivne studije nisu pronašle razliku u izvršenju i pokušaju suicida između oboljelih od endogene i neurotske depresije⁵⁰. Nemogućnost dosezanja remisije kao i rekurencija bolesti povećavaju rizik za izvršenje i pokušaj suicida⁴³.

Beck i suradnici⁵¹ istraživali su odnos između depresije, beznadnosti i suicidalnog promišljanja u odraslih psihijatrijskih pacijenata te utvrdili da je beznadnost snažan prediktor suicidalnosti i depresije, a kombinacija depresije i beznadnosti definira se kao snažan prediktor suicidalnog promišljanja⁵², suicidalnih pokušaja⁵³ i izvršenih suicida⁵¹.

Što se tiče biološke osnove suicidalnosti u depresiji najviše je istraživani serotoninski sustav koji ima veliki utjecaj na mnoge simptome povezane sa suicidalnošću.⁵⁴ Istraživanja pokazuju da jedan dio genetski determiniranog rizika suicidalnog ponašanja ide preko serotoninskog sustava. Postmortem studije pokazuju kako postoji nizak nivo serotonina (5-HT) i njegovog glavnog metabolita – 5-hidroksiindolactone kiseline (5-HIAA) u moždanom deblu, nuclei raphe, putamenu i hipotalamusu.⁴⁹ Postoji smanjeno vezanje liganada na presinaptička vezna mjesta serotonina u frontalnom korteksu i povećana gustoća postsinaptičkih 5-HT₂ receptora.⁵⁴ Razina trombocitnog serotonina kod depresivnih bolesnika povezana je također sa suicidalnim ponašanjem.^{56,57}

1.3. Duhovnost i/ili religioznost u psihijatriji

Još od vremena Williama Jamesa i njegovih suvremenika, dugogodišnja istraživačka tradicija povezivala je psihologiju ličnosti sa psihologijom duhovnosti i religije.⁵⁸ Kao dugo vremena prvi svjetski stručnjak u proučavanju ličnosti, Gordon W. Allport pridaje religioznosti veliku ulogu. Isticao je da se psihologija treba više baviti religioznošću, jer je „religija, kao i seks, gotovo univerzalan interes ljudskog roda“, a korijeni religije i religioznosti su „tako brojni, težina njihova utjecaja je toliko različita, a oblici njihove racionalne interpretacije beskrajni, da je uniformiranje religijskih sadržaja nemoguće“⁵⁹ cit. u ⁵⁸. Cloninger, u današnje vrijeme naglašava kako je praktički neuspjeh psihijatrije u unaprjeđenju zadovoljstva (*well-being*) rezultat pretjeranog fokusiranja na stigmatizirajući aspekt mentalnih poremećaja te zanemarivanje metoda koje će ojačati pozitivne emocije, razvoj karaktera, životno zadovoljstvo i duhovnost.⁶⁰ Jakovljević navodi duhovnost kao četvrtu dimenziju blagostanja (*well-beinga*) uz tjelesno, duševno i socijalno blagostanje.⁶¹

U psihijatriji je duhovna dimenzija dugo bila ignorirana. Na primjer, Freud je smatrao kako je religija čak klinički štetna te ju je nazivao oblikom "opsesivne neuroze" i smatrao "regresijom do primarnog narcizma", a za religiozne je osobe govorio da su slabe i potrebne kreiranja Boga u svojoj mašti jer se ne mogu nositi s ljudskom fragilnošću i bespomoćnošću⁴. U komunističkim sustavima, religija se smatrala "opijumom naroda" i bivala zabranjivana.⁴ Albert Ellis, utemeljitelj racionalno-emocionalne terapije, smatrao je religioznost iracionalnim mišljenjem i emocionalnim poremećajem.⁴ Nihilizam, ateistička filozofija i potrošački mentalitet udaljili su mnoge od potrebe traženja višeg smisla koji su tijekom povijesti nudile i nude religijske tradicije.⁴

S druge strane, drži se da su mogući razlozi stalno visoko održivih stopa suicida širom svijeta između ostalog i osjećaj besmisla koji prati gubitak jasnog cilja, svrhe i središta u životu.¹ Klinička praksa sve više svjedoči o tome da pacijenti kada osjećaju da su njihove duhovne potrebe zanemarene ili da njihova duhovna uvjerenja nisu poštovana u standardnim kliničkim procedurama, odlaze iz učinkovitog psihijatrijskog tretmana.⁶²

Tijekom devedesetih godina prošlog stoljeća srušene su barikade prema duhovnosti i religioznosti u psihijatrijskom pristupu.² Američka psihijatrijska udruga izdala je 1990. godine službene upute za rad pod nazivom *Vodič za moguće konflikte između religijske*

obveze i psihijatrijske prakse, a 1994. godine Američko službeno vijeće za medicinsku izobrazbu utvrdilo je da svi programi za specijalizante psihijatrije trebaju uključiti upute za pristup duhovnosti i religioznosti, što omogućuje sveobuhvatniju i odgovorniju brigu za pacijente čija duhovna uvjerenja ili religiozni svjetonazor mogu dati snagu i smisao njihovim životima i osobnostima.² Klasifikacijski sustav DSM-IV-TR uključio je nepsihopatološku dijagnostičku kategoriju "Religiozni i duhovni problemi" koja se koristi odvojeno od poremećaja klasificiranih po prvoj osi multiaksijalnog sustava.⁶²

Do prije dvadesetak godina istraživanje duhovnosti/religioznosti bilo je rijetkost. Među mogućim razlozima za negiranje istraživanja duhovnosti stoji poteškoća objektivizacije i istraživanja nečega doživljenog nejasnim i apstraktnim.⁶⁴ Ellison⁶⁵ navodi da pojmovi kao što su "duhovnost" i "*well-being*" imaju subjektivna značenja koja je nemoguće operacionalizirati. Mnogi su smatrali da se pojmovi kao što su ljubav, nada, smisao i svrha, ne mogu u potpunosti obuhvatiti tradicionalnim znanstvenim metodama^{66,67}. Zbog svega navedenog istraživala se uglavnom religioznost kao takva budući da je u psihometrijskom smislu oduvijek bila bolje definirana (npr. mjeri se broj odlazaka na bogoslužje, broj pročitanih religioznih knjiga i slično), dok je duhovnost uključena u psihološke termine čime se ne može postići adekvatna korelacija⁶⁷. Daljnja istraživanja dovela su do zaključka da nije dovoljno mjeriti religioznost u kategorijama "manje i više religiozan", nego je potrebno detaljnije istražiti specifičnosti načina na koje religioznost zahvaća čovjeka.⁶⁷

U pojedinim upitnicima kvalitete života, duhovna i religiozna pitanja su uronjena u psihološke i socijalne domene te tako impliciraju na njihovo postojanje, ali ih ne odvajaju u konačnom zbrajanju. Neki autori smatraju da je takav propust u diferenciranju tih dimenzija u upitnicima doveo do kontinuiranog zanemarivanja ili negiranja duhovnih pitanja u kliničkoj praksi⁶⁸.

Iako ima autora koji drže da duhovne i religiozne komponente, kao što su vjera i smisao života doprinose mentalnom zdravlju ili psihološkom blagostanju, Koenig smatra da su duhovne komponente „kontaminirane“ te da *moralne vrijednosti* i *opraštanje* treba smatrati više kao dio mentalnog zdravlja, a ne dio duhovnog zdravlja². On smatra da se *duhovno zdravlje* dobro opisuje postojećim pozitivnim humanim crtama u mentalnom zdravlju, zaključujući da se radi o tautologiji i „beskorisnom“ konceptu². Drugi autori se ne slažu s tim stajalištem smatrajući da duhovno iskustvo jest povezano s mentalnim zdravljem ali da je drugačiji koncept i nije sinonim psihološkom stanju⁶⁸. Iako je duhovno zadovoljstvo najpovezanije s psihološkom kvalitetom života, ne postoje čvrsti dokazi da je psihološka

domena adekvatan supstrat za duhovnu kvalitetu života⁶⁸. Brady i suradnici⁶⁹ pronašli su da su *smisao u životu* i *unutarnji mir* povezani s kvalitetom života vezanom uz zdravlje, čak i nakon kontroliranja društvene poželjnosti, raspoloženja i emocionalnog stanja, sugerirajući da *egzistencijalna briga* jest jedinstvena komponenta ukupne kvalitete života koja se ne može adekvatno pribrojiti afektivnom zadovoljstvu. Mentalno zdravlje kao i mentalni model pacijenta ne može se razumijeti bez sistemskog razmišljanja i bez uključivanja ideje *smisla*⁷⁰. Jakovljević nadalje smatra da pojednostavljeno tretiranje psihijatrijske dijagnoze ili poremećaja kao i „bolesnog“ mozga, a bez obaziranja na cjelovitost osobe uključujući njenu biološku, psihološku, socijalnu i duhovnu dimenziju, nije više znanstveno niti moralno prihvatljivo u modernoj psihijatriji i medicini⁷⁰.

Mali je broj autora koji su do sada istraživali povezanost depresije i duhovnosti, kao odvojenog parametra od religioznosti¹⁷⁻²¹. Rezultati tih studija ukazuju na to da je viši stupanj duhovnosti povezan s nižim stupnjem depresije i nakon kontroliranja religioznosti, broja somatskih simptoma, društvene podrške i fizičkog funkcioniranja. Dio autora duhovnost smatra mogućim medijatorom obrnute povezanosti religioznosti i depresije¹⁷. Većina navedenih studija presječnog su dizajna, dok prospektivne studije u tom smislu gotovo da i nedostaju.

Duhovnost vs. religioznost

Dok su istraživači ovog područja dugo godina shvaćali religioznost i duhovnost kao sinonime, znanost, osobito sociološka, nedavno je započela s naglašavanjem distinkcije između ta dva pojma⁶⁴.

Duhovnost se može definirati kao ona koja pomaže u razumijevanju i pronalaženju svrhe i smisla u životu.^{71 cit. u 73} Također se opisuje kao širi i univerzalniji konstrukt od religioznosti, stavljajući duhovnost u okvir subjektivnog iskustva koji može postojati i unutar i izvan religijskog okvira^{71 cit. u 73}. Osim toga, može postojati u ljudima koji sebe doživljavaju jako religioznima, slabo religioznima ili nereligioznima⁷².

Religioznost je povezan, ali ipak drugačiji koncept koji se odnosi na organizirana ponašanja s namjerom prakticiranja vjere^{21,69,74}. Odnosi se na organizirani sustav vjerovanja, praksi i načina bogoslužja⁷⁵ koji može služiti kao put za usmjeravanje ili kanaliziranje izražavanja duhovnosti^{76 cit. u 73}. Iako religija omogućuje strukturirani sustav praksi koje

pomažu ljudima da postanu duhovni, religiozna pripadnost ne garantira duhovnost te mnoge osobe iako aktivno participiraju u religioznim ritualima i praksama ne traže ili ne nalaze dublji smisao koji je zapravo dio organizirane religije.⁷³ Važan dodatak navedenim istraživanjima je konceptualiziranje religioznosti kao multidimenzionalnog konstrukta.⁷⁷

Još je Allport sredinom prošlog stoljeća definirao religioznost podijelivši je na dva koncepta - intrinzična i ekstrinzična religioznost⁷⁸. Prema Allportovom modelu **intrinzična** religija je „ona po kojoj se živi“, tj. ona koja nadilazi osobne interese, koja je po prirodi širokogrudna, očituje poniznost u vlastitim sudovima, tolerantna je prema pogledima drugih, a prihvaća se i njeguje zbog samih njezinih vrijednosti. Suprotno tomu, **ekstrinzična** religija je „ona koja se upotrebljava“, koja ima pozitivnu korelaciju s netrpeljivosti, a osoba ekstrinzične orijentacije smatra religiju instrumentom koji treba koristiti; religija postaje partner u očuvanju vlastitih interesa, te se više drži do koristi od nje nego do njezinih zahtjeva i njezina autentičnog duha⁷⁸.

U prilog spoznajama o različitosti koncepata duhovnost i religioznosti idu i recentna genetska istraživanja koja nalaze da je duhovnost (ali ne i religioznost) biološki zadana kategorija⁷⁹. Tako na primjer sposobnost za poimanje transcendentnog povezana je sa sposobnošću vezanja 5-HT(1A) receptora u stražnjim jezgrama ncl. raphe, hipokampusu i neokorteksu⁷⁹, a neuroteologija ukazuje na neuroanatomsku podlogu religioznih iskustava stavljajući naglasak na temporalne i frontalne regije desne hemisfere⁸⁰.

1.3.1. Dosadašnja istraživanja povezanosti duhovnosti/religioznosti s depresijom i suicidalnošću

Koenig² u pregledu 850 znanstvenih radova s ovom tematikom zaključuje kako religioznost pomaže pacijentima u trpljenju bolesti, da su religiozni ljudi boljeg mentalnog zdravlja te da se bolje nose sa stresom, a kako religioznost i duhovnost utječu na stavove i vjerovanja, povoljno utječu i na odnos zdravstvenih djelatnika i pacijenata te time i na samo ozdravljenje⁶². Jakovljević u svom tzv. peterodimenzionalnom modelu razumijevanja depresije uz psihološku, moralnu, socijalnu i tjelesnu dimenziju navodi i duhovnu dimenziju depresije⁶¹. Studije pokazuju da duhovnost i religioznost jačaju zadovoljstvo (*well-being*)⁸¹ te reduciraju suicidalnost i depresivnost na način da vraćaju nadu, optimizam te osjećaj smisla

i svrhe života⁸²⁻⁸⁴. Opisan je inverzni odnos između beznadnosti kao prediktora suicidalnosti i duhovnosti/religioznosti^{18,84}. Povezanost između viših razina duhovnosti/religioznosti i manjeg broja depresivnih simptoma opisana je u različitim subpopulacijama - starije osobe⁶⁻¹¹, adolescenti¹², tjelesno bolesni¹³⁻¹⁵ te oboljeli od karcinoma¹⁶⁻¹⁹ i terminalno bolesni¹⁹⁻²¹. Osim same pojavnosti, istraživani su načini na koji duhovnost i religioznost mogu biti povezani sa "zdravim ishodom".

Još je šezdesetih godina prošlog stoljeća Kranitz sa suradnicima⁸⁵ navodio kako niska razina religioznosti predstavlja rizični čimbenik za suicidalnost. U ranim osamdesetim godinama prošlog stoljeća nekoliko je studija na temelju populacijskih podataka dovelo u vezu stopu suicida i religiozno angažiranje. Stack⁸⁶ je u istraživanju koje je obuhvaćalo 25 država zaključio da zaštitni čimbenik po suicidalnost ne ovisi o religioznoj denominaciji, već o snazi religioznih uvjerenja koja se odnose na vrijednosti života. On je predložio nekoliko mehanizama putem kojih religiozni angažman može utjecati na suicidalnost: vjerovanje u život nakon smrti i u Boga koji ljubi, što omogućuje očuvanje smisla života i samopoštovanje, te pruža modele za kvalitetnije suočavanje sa stresom i krizama⁸⁶.

S druge strane, još je 1897.g. francuski sociolog Emile Durkheim smatrao da zaštitna uloga religioznosti spram suicidalnosti ovisi o vjerskoj denominaciji. Do toga je zaključka došao istraživanjem stope suicida u švicarskim kantonima koji su se razlikovali po udjelu Protestanata i Katolika, te je ustvrdio da je viša stopa suicida u protestantskim kantonima u odnosu na katoličke. Durkheim je smatrao da protektivnoj ulozi religioznosti najviše pridonosi jaka društvena kohezija i socijalna integracija među Katolicima⁸⁵. Isto je potvrdio Spoerri u istraživanju iz 2010.g. gdje je još dodao i populaciju ateista/agnostika gdje je stopa suicida bila viša nego u protestantskim, a u obje skupine viša nego u katoličkim kantonima⁸⁷. Panzcak i suradnici⁸⁸ uspoređivali su nereligiozne osobe s malignom bolešću s religioznima te pronašli da su Katolici imali najmanji suicidalni rizik, Protestani nešto veći, a nereligiozni najveći suicidalnih rizik. Ta je povezanost bila više izražena u osoba s malignom bolešću nego u osoba s mentalnom bolešću⁸⁸.

Prema Dervić i suradnicima⁸⁹ zaštitni čimbenici religioznosti prema suicidalnosti jesu moralan stav i nizak stupanj agresivnosti. Tome se mogu još nadodati: zdrava suportivna mreža, kognitivno restrukturiranje, davanje smisla svakom događaju, unutarinja refleksija s posljedičnim jačanjem samopoštovanja, motivacije i sudjelovanje u nutarnjim promjenama, a vanjske posljedice – jačanje zdrave društvene mreže^{90,91}. Osim toga duhovnost i religioznost

imaju dobrobit i na fizičko zdravlje jer neizravno promoviraju zdrav način života (zabranjujući pušenje i uporabu droga, te potičući zdrav način prehrane kao i odmor) ².

Većina dosadašnjih istraživanja dokazala je da religioznost i duhovnost "leže" u osobama koje traže psihijatrijsku pomoć kao mogući izvor snage, tj. kao izvjesna *coping*-strategija ⁹³. Osim toga postoje pokazatelji da pacijenti istinski pogođeni svojom bolešću pokazuju veći interes za religiozno, vjerojatno s ciljem traženja smisla svojoj patnji ⁹⁴. Nedvojbeno je da duhovnost i religioznost daju smisao patnji, osobito stoga što se u patnji čovjeku postavljaju egzistencijalna pitanja, kao što su pitanje smisla života, smisla patnje i bolesti ⁹⁵.

Neki autori smatraju da je snaga duhovnosti u tome što pomaže razumijevanju i načinu suočavanja s neugodnim i neželjenim okolnostima nekog stresnog događaja na način da se ne postane depresivan ⁹⁶. Religijska uvjerenja pružaju nadu teško oboljelim osobama i, posljedično tome, motivaciju za efikasnijim emocionalnim oporavkom ⁷.

Što se tiče samih religijskih uvjerenja kao faktora važnog u predikciji depresije zanimljivo je istraživanje Kirkpatricka ⁹⁷ koji je prvi upotrijebio teoriju privrženosti u objašnjavanju *odnosnog* aspekta religije. Odnos čovjeka s Bogom zadovoljava najvažnije kriterije potrebne za definiranje privrženog odnosa: traženje Božje blizine kroz molitvu (*proximity seeking*), doživljavanje Boga kao sigurnog utočišta tijekom stresnih razdoblja (*haven of safety*), te doživljavanje Boga kao sigurne baze potrebne za istraživanje okoline (*secure base*)⁹⁷. Osobe koje su ostvarile sigurnu privrženost češće će stvarati odnos s Bogom tako da ga doživljavaju kao ljubav i nježnost, dok osobe nesigurne privrženosti najvjerojatnije neće uopće ulaziti u odnos s Bogom ili će ga doživljavati udaljenim. Osim toga ostvaren odnos s Bogom može služiti kao *nadomjestak privrženosti* te pomaže nesigurno privrženim osobama da ostvare osjećaj sigurnosti ⁹⁷. Granqvist i suradnici ⁹⁸ pronašli su da osobe koje nisu doživljavale roditeljsku ljubav, već odbijanje i inverziju uloga u obitelji, češće su se priklanjale duhovnosti *New Age*-a, te su skloniji turbulentnim vjerskim obratima.

Nadalje, općenito istraživanja povezanosti duhovnosti i religioznosti s depresijom nisu konzistentna te se u nekim od njih pronašla povezanost suprotnog predznaka od do sada uglavnom iznesenog. U nekim se istraživanjima pronašla povezanost određenih aspekata religioznosti s krivnjom ⁹⁹, višim stupnjem depresije ¹⁰⁰, sniženim samopoštovanjem ^{101, cit. u 4}

i slično. Osim toga, negativno religijsko sučeljavanje i religiozne borbe povezane su s lošijim zdravstvenim ishodima ¹⁰².

Neki su autori pronašli da društvena komponenta religioznosti može biti opterećenje u okolnostima teške bolesti kao što je na primjer HIV infekcija, gdje zaražena osoba radi izbjegavanja stigmatizacije odlazi iz organizirane religije u osobno duhovno traženje koje nije *opterećeno* društvenim angažmanom ili religioznom pripadnošću ⁹².

Među istraživanjima duhovnosti kao specifičnog konstrukta i depresije, također ima onih koja su pronašla da duhovnost nema protektivnu ulogu glede depresije, da je duhovnost povezana s većom pojavnnošću depresije u promatranoj populaciji te da ta vrsta pogleda na život ne utječe kao zaštita od stresnih životnih događaja ^{103,104}. Leurent ¹⁰⁴ je naglasila da je negativnu povezanost duhovnosti s depresijom pronašla prvenstveno u sekulariziranim zemljama, a King je i ustvrdio da duhovni pogled na život bez religiozne pripadnosti je povezan s većom prevalencijom anksioznosti i depresije ¹⁰⁵.

Zaključno možemo reći da mehanizam na koji način su duhovnost/religioznost i depresija povezani još zahtjeva dalja istraživanja.

1.3.2. Razlike u povezanosti duhovnosti i religioznosti prema depresiji

Iako su studije naglašavale potrebu separacije religioznosti i duhovnosti, velika većina onih koje su promatrale povezanost tih parametara s depresijom uzimala je duhovnost i religioznost kao sinonime te su ih općenito operacionalizirale kao npr. religiozni angažman ili uvjerenje. U meta-analizi koja je uključivala 147 studija (N=98,975) Smith, McCullogh i Poll pronašli su korelaciju male značajnosti ($r=-0,096$) između religioznosti i depresije ¹⁰⁶. Objašnjenje za tako slabu povezanost je u neadekvatnom mjerenju religioznosti u većini od tih studija jer su mjerile religioznost pojednostavljeno, često uzimajući jedno ili dva pitanja kao što su učestalost religioznog angažmana ili „važnost“ religijskog uvjerenja. Studije koje su koristile multidimenzionalna mjerenja religioznosti pronašla su jaču povezanost u univarijantnim analizama ¹⁰⁶. U slijedećem pregledu literature, McCullough i Larson ¹⁰⁷ su pronašli malu sveukupnu povezanost između religioznosti i depresije ($r=-0,20$) u univarijantnim analizama kada su istraživači koristili multidimenzionalna mjerenja religioznosti. Međutim, ta je povezanost bila još manja u studijama koje su provodile multivarijantnu analizu, a u nekim slučajevima ti učinci su pali čak na neznačajnu razinu

povezanosti. Autori meta-analitičkih studija ukazali su na potrebu pronalaženja posredničkog čimbenika između tih dviju varijabli. Medijacijski model na koji upućuje Nelson¹⁷ ukazuje da je duhovnost „odgovorna“ za nekonzistentu povezanost religioznosti i depresije te da će ta povezanost biti značajnija ukoliko religioznost omogućuje duhovnosti da izrazi svoj puni potencijal.

Istraživanja bazirana na konstruktima intrinzične i ekstrinzične religioznosti, pronašla su negativnu korelaciju između intrinzične religioznosti i depresije, a pozitivnu korelaciju između ekstrinzične religioznosti i depresije¹⁰⁸. McCullogh i Larson¹⁰⁷ procijenili su ukupan univarijatan odnos između intrinzične religioznosti i depresije na $r=-0,20$, isto kao i kada su izvijestili za multidimenzionalne upitnike za religioznost i depresiju.

Tek relativno nedavno započelo se s istraživanjem odnosa duhovnosti kao izoliranog konstrukta od religioznosti i depresije^{17-19,21}. Početni rezultati tih studija ukazuju na korelaciju viših razina duhovnosti i nižih razina depresije. Na primjer, u uzorku od 163 pacijenta terminalno oboljelih od karcinoma i AIDS-a, Nelson i suradnici¹⁷ su pronašli negativan odnos ($r=-0,40$) između bodova na ljestvici FACIT koja mjeri duhovno zadovoljstvo i bodova na Hamiltonovoj ljestvici za mjerenje depresije. Taj odnos ostao je značajan ($\beta=-0,30$) i u multivarijatom modelu nakon kontroliranja religioznosti, broja fizičkih simptoma, društvene podrške i stupnja fizičkog funkcioniranja. U slijedećoj analizi u kojoj je ukupna FACIT ljestvica bila zamijenjena s dvije podskale koje mjere *smisao/mir* i *vjeru* u multivarijatom modelu se očitovalo da podskala *smisao/mir* ($\beta=-0,34$), za razliku od podskale *vjera* (bez značajnosti) doprinosi povezanosti duhovnosti i depresije. U uzorku terminalno oboljelih od karcinoma, McClain, Rosenfeld i Bretibart¹⁹ također su pronašli povezanosti između bodova na FACIT ljestvici (duhovno zadovoljstvo) i Hamiltonovoj ljestvici za depresiju ($r=-0,51$), s tim da u toj studiji su obje podskale, dakle *smisao/mir* ($r=-0,52$) i *vjera* ($r=-0,39$) proizvele inverznu korelaciju s depresijom.

U nekim su studijama^{18,100,109} autori pronašli da pohađanje religioznih službi rezultira s nižom stopom obolijevanja od depresije u odnosu na osobe koje nikada ne odlaze na religiozne službe. Slično tomu pronašli smo i za suicidalnost u našem prethodnom istraživanju¹¹⁰ u populaciji ratnih vojnih veterana oboljelih od PTSP-a. To bi moglo ukazivati pak da religioznost sama po sebi nema toliku protektivnu vrijednost ukoliko nije odraz čovjekova egzistencijalnog stava¹¹¹.

Iz do sada iznesenog uviđa se potreba detaljnijeg istraživanja duhovnosti kao izdvojenog koncepta, budući je u dosadašnjim istraživanjima stavljen naglasak na povezanost religioznosti i depresije, dok je koncept duhovnosti novijeg datuma i manje istražen. Dok je religioznost u psihometrijskom smislu bolje definirana varijabla, javlja se potreba i za razvojem specifičnog instrumenta za mjerenje duhovnosti ⁷³. Budući je duhovnost univerzalno svojstvo koje nadilazi religiozno opredjeljenje, potreban je upitnik koji se može primijeniti i kod religioznih i kod nereligioznih osoba. Jedan od široko primjenjivanih je podskala upitnika za kvalitetu života Svjetske zdravstvene organizacije WHOQOL-100 ³ koji je i u ovoj studiji upotrijebljen. Istraživanja su pronašla da duhovna kvaliteta podržava ukupnu kvalitetu života te da se treba uzimati kao koncept koji nije niti psihološki niti sociološki u svojoj biti već je zaseban i važan entitet ⁶⁸. Ne bi se trebao konceptualizirati ili operacionalizirati kroz objektivne termine kao što je učestalost odlazanja na religiozne susrete, već se može dobro obuhvatiti kroz subjektivnu samoprocjenu ⁶⁸. Presječna istraživanja međutim ne pokazuju uzročno-posljedičnu svezu i u tom smislu trpe kritike zbog moguće tautologije (duhovnosti kao pozitivne mjere i depresije) ¹¹². Stoga su zapravo longitudinalna istraživanja ta koja mogu odgovoriti na pitanje je li bazalno mjereno postojanje duhovnih vrijednosti, kao npr. smisla života prediktor oporavka od depresije.

Pregledom literature nismo pronašli longitudinalna istraživanja koja povezuju duhovnost kao specifični multidimenzionalni parametar i klinički manifestiranu depresiju u radno aktivnoj populaciji. Većina dosadašnjih malobrojnih istraživanja iz ovog područja jesu presječnog dizajna. Prema našim spoznajama tek je jedna studija istraživala incidenciju i rizik od obolijevanja od depresije s obzirom na duhovnost (promatranu monodimenzionalno - *važnost duhovnosti u životu*) i to u kohortnoj populaciji ¹¹³. Od prospektivnih studija u kliničkom setingu, za sada postoje svega dvije s tim da su obje promatrale utjecaj isključivo religioznosti na oporavak od depresije u bolničkoj populaciji gerijatrijskih pacijenata ^{7,11}. Obje su studije dokazale da je intrinzična religioznost prediktor bržeg oporavka od depresije u starijih ljudi. Jedna je studija s područja Sjeverne Amerike te je praćenje trajalo 12 mjeseci ⁷, a druga s područja Australije u trajanju 24 mjeseca ¹¹. Jedna slična studija učinjena je u Nizozemskoj 1997.g. ⁶, ali u kohortnoj gerijatrijskoj populaciji u kojoj se pratio utjecaj religioznosti na incidenciju i tijek depresivnog sindroma kroz godinu dana. Autori su pronašli vezu religioznosti i bržeg oporavka, ali ne i vezu s incidencijom depresije.

Na temelju dosadašnjih istraživanja može se zaključno reći da je za dobivanje odgovora na pitanje utjecaja duhovnosti na oporavak od depresije potrebno koristiti

multidimenzionalne upitnike za duhovnost u prospektivnoj studiji na kliničkoj populaciji, a što do sada nije učinjeno.

1.4. Ličnost

Ljudska ličnost, s pitanjima kako je oblikovana, kako se razvija, kako utječe na ponašanje i sl., smatra se važnim za razumijevanje ljudske prirode i čovjekova psihičkog života. Ličnost se može definirati kao sveobuhvatna cjelina, integracija osobina pojedinca u relativno stabilnu i jedinstvenu organizaciju koja determinira njegovu aktivnost u promjenjivoj okolini te se oblikuje i mijenja pod utjecajem te aktivnosti ¹¹⁴. Većina istraživača koji se bave psihologijom ličnosti pretpostavlja da su osobine ličnosti stabilne tijekom vremena i u različitim situacijama. U psihologijskoj literaturi mogu se naći brojne definicije te je razvijeno više modela ličnosti.

1.4.1. Modeli ličnosti

Prema **Eysencku** ličnost je više ili manje stabilna i trajna organizacija karaktera, temperamenta, intelekta i fizičke konstitucije neke osobe koja određuje njegovu osobitu prilagodbu svojoj okolini ¹¹⁵. Smatrao je da su osobine ličnosti nasljedne i imaju psihofiziološke osnove, navodeći tri glavne osobine ličnosti: ekstraverzija/introverzija (E), neuroticizam/emocionalna stabilnost (N), te psihoticizam (P) - PEN sustav. **Cattell** navodi da je ličnost ono što dopušta predviđanje nečega što će neka osoba učiniti u danoj situaciji. Ličnost se prema Cattellu odnosi na cjelokupno ponašanje pojedinca kako interpersonalno tako i intrapersonalno ¹¹⁵. Cattell je pomoću faktorske analize otkrio čak 16 faktora koji određuju ličnost i imenovao ih je slovima abecede. Svoje faktore ličnosti dijeli na: interpersonalnu toplinu, rasuđivanje, emocionalnu stabilnost, dominaciju, impulzivnost, konformizam, odvažnost, osjetljivost, sumnjičavost, imaginaciju, oštromnost, nesigurnost, otvorenost za promjene, samodostatnost, samodisciplina/perfekcionizam, tenzije, napetost. Cattell navodi i postojanje pet općih faktora, a to su: ekstraverzija, anksioznost, empatija, neovisnost i samokontrola.

Leary i Wiggins, utemeljili su kružni model ličnosti ¹¹⁵. Osobine kružnog modela ličnosti su: siguran u sebe/dominantan - nesiguran u sebe/pokoran; društven/ekstrovertiran - izdvojen/introvertiran; topao/ugodan/njegujuć-i hladan/hostilan/svadjljiv; skroman/bezazlen - arogantan/kalkulira. Ovaj model specificira odnos između svih osobina unutar modela.

Petfaktorski model ličnosti **Costae i McCrea** ¹¹⁶ jedan je od najčešće korištenih i pretpostavlja postojanje pet faktora ličnosti: ekstraverzije, ugodnosti, savjesnosti, emocionalne stabilnosti i otvorenosti/ intelekta. Originalno se zasniva na kombinaciji leksičkog i statističkog pristupa. U okviru interpretacija petfaktorskog modela najjače i najkonzistentnije veze između ličnosti i komponenti dobrobiti pronađene su u istraživanju dimenzija ekstraverzije i neuroticizma. Prema ovom modelu neuroticizam i ekstraverzija predstavljaju glavne aspekte ličnosti iz kojih proizlazi pozitivni odnosno negativni afekt: ekstraverzija vodi doživljavanju više pozitivnih iskustava, a neuroticizam vodi doživljavanju više negativnih iskustava. Osoba "balansira" negativni i pozitivni afekt da bi došla do ukupnog osjećaja subjektivne dobrobiti, koja se može mjeriti kao moral, zadovoljstvo životom, nada ili jednostavno sreća ¹¹⁶. Petofaktorski model ne zahvaća neke domene osobnosti relevantne za poremećaje ličnosti kao što je autonomija pojedinca, tradicionalne moralne vrijednosti ili drugi aspekti sazrijevanja i samoaktualizacije opisani u humanističkoj i transpersonalnoj psihologiji.

Schimmack, Diener i suradnici autori su medijacijskog modela. Nadovezuju se na model Coste i McCraea o utjecaju ekstraverzije i neuroticizma na afektivnu komponentu subjektivne dobrobiti ¹¹⁵. Ekstraverti imaju pozitivniju hedonističku bilancu (omjer pozitivnog i negativnog emocionalnog tona) od introverata, i neurotični ljudi imaju negativniju hedonističku bilancu od emotivno stabilnih osoba.

Blattov model osobnosti pretpostavlja da se pojedinci razvijaju kroz dvije dimenzije: 1. Interpersonalne odnose, 2. Identitet i samodefiniranje. ¹¹⁷ Dimenzije interpersonalnih odnosa počinju s odnosom djeteta s njegovom majkom i protežu se kroz čitav njegov život, stoga ako je u djetinjstvu nastala kriva internalna reprezentacija majke ona će utjecati na buduće odnose i njihove reprezentacije. „Samojačajući“ aspekt interpersonalne dimenzije je intimnost i povezanost, a suprotni će biti usamljenost, bespomoćnost i ekstremna potrebitost koju će drugi teško ublažiti. Druga dimenzija je samodefiniranje koje je vrlo aktivno tijekom druge godine života, te je jako pod utjecajem nastanka superega. Kao i interpersonalna dimenzija, određuje smjer razvoja kroz čitav život. Samojačajući aspekt dimenzije *selfa* je osjećaj identiteta, svrhe i dostignuća. Na suprotnom polu je ekstremni samokriticizam.

Dominacija jedne od tih dviju dimenzija u nekoj točki života može ovisiti o internalnim i vanjskim događanjima.¹¹⁷

1.4.2. Psihobiološki model ličnosti

Cloningerova biopsihosocijalna teorija je jedna od najproduktivnijih i najutjecajnijih u posljednjoj dekadi 20.stoljeća kao i u prvoj dekadi 21.stoljeća¹¹⁷. Cloninger²² je definirao ličnost kao sklop hijerarhijskog sustava koji se može prirodno raščlaniti na različite psihobiološke dimenzije temperamenta i karaktera. Temperament obuhvaća automatske odgovore na emocionalne podražaje, a karakter se odnosi na sposobnost kontroliranja i prilagođavanja ponašanja u skladu s vrijednostima i ciljevima. Cloninger smatra da se fenotipska struktura osobnosti može razlikovati od bazične biogenetske strukture jer opažene varijacije u ponašanju jesu rezultat interakcija genetskih i okolišnih utjecaja²².

Radi se o modelu nastalom sintezom informacija iz obiteljskih studija, longitudinalnih razvojnih studija, psihometrijskih studija strukture ličnosti kao i neurofarmakoloških i neuroanatomskih studija bihevioralnog kondicioniranja i učenja u ljudi i životinja²². Cloninger smatra da faktorska analiza individualnih opisa slučajeva može odrediti samo minimum mjerenih dimenzija te ne može razotkriti uzročnu strukturu u podlozi²². Ekstrastatističke informacije potrebne su za specifikaciju strukture bazične biološke i socijalne varijabilnosti u crtama ličnosti. Drugim riječima, deskriptivni podaci o individualnom ponašanju nisu dostatni za donošenje zaključka o sveukupnim crtama ličnosti²².

Prvotno se ovaj model sastojao od tri dimenzije temperamenta za koje se smatralo da su genetski neovisne jedna od druge. Te se dimenzije zovu *traženje novog*, *izbjegavanje štete* i *ovisnost o nagradi*, te su se mjerile samoprocjenskim upitnikom sastavljenim od 100 pitanja. Kasnije je model proširen s još četiri dimenzije karaktera – *ustrajnost*, *usmjerenost cilju*, *suradljivost*, *samotranscendencija* – koje se temelje na sintezi informacija o socijalnom i kognitivnom razvoju te opisima razvoja osobnosti u humanističkoj i transpersonalnoj psihologiji. Dimenzije karaktera omogućuju diferencijalno dijagnosticiranje podtipova poremećaja osobnosti te njihovo međusobno razlikovanje kao i razlikovanje od drugih psihijatrijskih poremećaja²².

Dimenzije temperamenta uključuju automatske, prekonceptualne odgovore na percipirane podražaje vjerojatno odražavajući nasljedne osobine u procesuiranju informacija putem perceptivnog memorijskog sistema. Razlike između osoba temeljene na ovim dimenzijama uočene su u ranom djetinjstvu te upućuju na moguće ponašanje koje će se razviti u adolescenciji i odrasloj dobi. Temperament uključuje nasljedne neurobiološke predispozicije za emocije kao što su ljutnja, strah i privrženost, i s njima povezano automatsko ponašanje (inhibicija, aktivacija i održavanje ponašanja) koje nastaje kao odgovor na određene okolinske podražaje (opasnost, novost i nagradu) ²². Četiri dimenzije temperamenta odgovaraju sljedećim bazičnim emocijama: strah (izbjegavanje štete (harm avoidance)), ljutnja (traženje novog (novelty seeking)), ljubav (ovisnost o nagradi (reward dependence)) i ustrajnost (persistence)). Ovaj četverodimenzionalni model zapravo je moderna interpretacija antičkog modela temperamenta gdje se osobe razlikuju po tome koliko su melankolične (izbjegavanje opasnosti), kolerične (traženje novog) sangvinične (ovisnost o nagradi) i flegmatične (ustrajnost) ²².

Dimenzije karaktera temelje se na razlikama u *self*-konceptima. Karakter sazrijeva u odrasloj dobi putem stjecanja uvida o *self*-konceptima te utječe na osobnu i društvenu učinkovitost. *Self*-koncepti se razlikuju prema tome kako neka osoba definira sebe (1) kao autonomnu individuu, (2) kao integralni dio čovječanstva, (3) te kao integralni dio univerzuma.

Dimenzije temperamenta:

Temperament definiraju stabilne i nasljedne dimenzije, koje su biološki i genetski determinirane te vidljive već u ranom razdoblju života. Za njih se smatra da koreliraju s aktivnošću dopaminergičkog, serotoninergičkog i noradrenergičkog sustava ²².

Traženje novog (*novelty seeking*, NA) vezano je uz nasljednu sklonost ka ekscitaciji kao direktnom odgovoru na novost ili nagradu. Ova dimenzija vezana je s impulzivnim odlučivanjem, intenzivnom istraživačkom aktivnošću i aktivnim izbjegavanjem monotonije i frustracije. Vezana je uz bihevioralno-aktivacijski sustav dopamina.

Izbjegavanje štete (*harm-avoidance*, HA) je nasljedna tendencija brzom percipiranju ugrožavajuće situacije što vodi do inhibicije ponašanja s vjerojatno negativnim ili barem rijetko pozitivnim posljedicama. Tu spada pesimizam u anticipaciji budućih problema, pasivno-izbjegavajuće ponašanje, nesigurnost i sramežljivost pred strancima, brzo umaranje.

Vešana je uz bihevioralno-inhibicijski sustav serotonina ¹¹⁸.

Ovisnost o nagradi (*reward dependence, RD*) je nasljedna tendencija traženja nagrade kao odgovora na ponašanje i posljedična tendencija održavanja ovakvog ponašanja tako dugo dok ga se nagrađuje. Tu spadaju sentimentalnost, socijalne veze, ovisnost o odobravanju okoline. Vešana je uz modulatorni sustav noradrenalina.

Ustrajnost (*persistence, P*) je dimenzija temperamenta koja se sastoji od upornosti unatoč frustraciji ili umoru kao odgovor na povremeni pojačavajući signal.

Dimenzije karaktera:

Tri dimenzije karaktera odnose se na sekundarnu domenu osobnosti koja je predominantno determinirana sociokulturalnim kontekstom.

Predanost cilju (*self-directedness, SD*) je sposobnost osobe da sve učini kako bi ispunila zadatak u skladu s unutrašnjim ciljem i temeljnim vrijednostima. Odnosi se na odlučnost, samopouzdanje i kontroliranje, usvajanje ponašanja u skladu s osobnim vrijednostima i ciljevima te doživljaj sebe kao autonomne jedinice. Povešana je s kontrolom, regularnošću i adaptivnim ponašanjem prema određenom smjeru. Temeljna je odrednica u definiraju prisutnosti ili odsutnosti poremećaja ličnosti ²².

Suradljivost (*cooperativeness, C*) odnosi se na individualne razlike u identifikaciji i prihvaćanju drugih - prisutnost empatije, tolerantnosti prema drugima i volje da se drugima pomogne.

Samotranscedencija (*self-transcendence, ST*) odgovara ideji da je osoba integralni dio univerzuma, prosvijetljena i mudra. Osobe s izraženom ovom crtom imaju magijsko mišljenje i subjektivni idealizam koji može interferirati sa stjecanjem materijalnog bogatstva i moći. Lakše prihvaćaju patnju i smrt ²².

Karakter se može opisati kao odgovor na različite koncepte *selfa* (tko sam, što sam, i zašto sam ovdje). Razvoj osobnosti se može promatrati kao ponovljiv epigenetski proces u kojem nasljedni faktori temperamenta inicijalno motiviraju stvaranje uvida o *self* konceptima koji u konačnici modificiraju značajnost i izražajnost uočenih podražaja na koje osoba odgovara. Na taj način, razvoj i temperamenta i karaktera utječu jedan na drugi i motiviraju ponašanje ¹¹⁹.

Zaključno može se reći da je temperament više povezan s neurobiološkim i genetskim odrednicama ponašanja, dok je kod karaktera više izražen epigenetski utjecaj na razvoj *self*-koncepta. Nadalje, dimenzije temperamenta značajnije su za dijagnosticiranje neurotskih sindroma kao što su depresija, anksioznost ili somatoformni poremećaj, dok je karakter značajan za dijagnosticiranje poremećaja osobnosti. Utjecaji okoline, obitelji i kulture, značajniji su u razvoju karaktera nego temperamenta.

1.4.3. Povezanost psihobiološkog modela ličnosti s depresijom i suicidalnošću

Pokazalo se da su pojedine dimenzije psihobiološkog modela snažni prediktori depresije. Istraživanja iz ovog područja otkrila su da oboljeli od depresije imaju više vrijednosti na ljestvici *izbjegavanja štete* te da težina depresije korelira s višim vrijednostima na toj ljestvici²³⁻²⁵. Meta-analiza Kampama i Poutanena opisala je *izbjegavanje štete* u većini studija kao čimbenik vulnerabilnosti za depresiju¹²⁰. Osim toga, oboljeli od depresije imaju i niže vrijednosti na ljestvici *usmjerenosti cilju*, a težina kliničke slike također korelira negativno s vrijednostima na toj ljestvici²⁴. U nekim istraživanjima oboljeli od depresije imaju još i snižene vrijednosti na ljestvici *istraživanje novog* i *ovisnost o nagradi*, a povišene na ljestvici *samotranscedencije*¹²⁰. U velikoj populacijskoj studiji visok stupanj *izbjegavanja štete* i nizak stupanj *usmjerenosti cilju* bile su povezane s visokim razinama depresije nakon godinu dana praćenja²⁵. Promjene u *izbjegavanju štete*, *usmjerenosti cilju* i *ovisnosti o nagradi* u periodu od 12 mjeseci dodale su značajnost u predikciji depresije. Sve zajedno, inicijalne razine depresije, inicijalne razine *izbjegavanja štete* i *usmjerenosti cilju* te promjene u te dvije dimenzije osobnosti iznosile su ukupno preko 50% varijance u depresiji za taj period.

Utvrđeno je da ispunjavanje upitnika ličnosti je pod utjecajem depresivne epizode (*state effect of depression on personality*), tj. tijekom depresivne epizode u akutnoj fazi postoji tendencija prikazivanja osobnosti bolesnijom²³. Stoga je preporuka, kako smo i učinili u ovom istraživanju, da se upitnik ličnosti primjeni u fazi oporavka od depresije, otprilike 6 mjeseci nakon bazalnog mjerenja.

Odnos oporavka od depresije s crtama ličnosti također je istraživan. Oni koji su imali

niže vrijednosti na ljestvicama *izbjegavanja štete* i više vrijednosti *usmjerenosti cilju* brže su se oporavljali od depresije nakon primjene antidepresiva ¹²⁰. Nadalje, u studiji koja je istraživala liječenje depresije, promjene u TCI profilima od perioda prije liječenja do mjesec dana nakon liječenja, ukazivale su na bolje učinke liječenja, dok nepostojanje promjena u TCI profilima je bilo zamijećeno u pacijenata s lošijim ishodom liječenja ²³. Promjene koje su bile izražene odnosile su se na one u dimenziji *izbjegavanje štete*, te na promjene u sve tri dimenzije karaktera, s tima da su rane promjene više tipične za temperament tj. *izbjegavanje štete*, dok su kasnije promjene uočene u karakternim dimenzijama ²³. Pronađeno je da je *izbjegavanje štete* povezano ne samo s trenutnim depresivnim stanjem, već i s većom vjerojatnošću postojanja depresivnih crta osobnosti ²⁵.

Većina studija pronašla je da suicidalnom ponašanju u psihijatrijskih pacijenata mogu predisponirati visoke vrijednosti *traženja novog, izbjegavanja štete*, niska *usmjerenost cilju*, niska *suradljivost* te visoka *samotranscendencija* ^{122,123}. Konkretno u oboljelih od depresije visoke vrijednosti *izbjegavanja štete* crte su ličnosti koje su povezane sa suicidalnim pokušajima, dok niske vrijednosti *usmjerenosti cilju* te visoke vrijednosti *samotranscendencije* su povezane sa suicidalnim promišljanjima u oboljelih od depresije ¹²².

1.4.4. Povezanost ličnosti s duhovnošću/religioznošću

Nedvojbeno je da je pitanje religijske pripadnosti vezano uz odgoj i socio-kulturno ozračje, no nije jasno u kojoj su mjeri duhovnost i religioznost ukorijenjeni i u ličnosti ispitanika. Niz je teoretskih razmatranja koji ukazuju na to ^{97,98}, ali to je područje slabo istraženo. Studije nalaze da je duhovnost vjerojatno biološki zadana kategorija ⁷⁹, a i religioznost da ima svoju biofiziološku osnovu ¹²³. Neka istraživanja ukazuju da su pojedine crte ličnosti izražene u adolescenciji prediktori religioznosti i duhovnost u kasnijoj dobi, ali nije dokazano da izražena religioznost i duhovnost utječu na osobine ličnosti u kasnijoj dobi ¹²⁴. Slično tomu, iskustvo vjerskog obraćenja utječe na životne ciljeve i osobne stavove, ali ima malo utjecaja na bazične crte ličnosti ¹²⁵.

Psihobiološki model temperamenta i karaktera je prva teorija ličnosti koja uključuje i dimenziju duhovnog. To je dimenzija *samotranscendencija* koja spada u karakterne dimenzije.

Ovaj model ličnosti do sada nije direktno istraživano vezano uz multidimenzionalni model duhovnosti. Dosadašnja istraživanja koja su promatrala povezanost ličnosti i duhovnosti/religioznosti, bazirala su se na pet-faktorskom modelu ličnosti^{92,126,127}. Meta-analiza Sarogloua¹²⁶ pronašla je da je religioznost primarno povezana s visokom *savjesnošću* i *ugodnošću* te u manjoj mjeri s visokom *ekstraverzijom*. Duhovnost je pokazala najjaču povezanost s visokom *otvorenošću*, srednju povezanost s visokom *ugodnošću*, *savjesnošću* te *ekstraverzijom* te slabu povezanost s niskim *neuroticizmom*. Što se tiče povezanosti s pojedinim facetama upitnika ličnosti, pronađena je povezanost religioznosti s nižim brojem bodova na skali *impulzivnosti* (podskala neuroticizma), nižim brojem bodova na skali traženja uzbuđenja (podskala ekstraverzije), te povezanost duhovnosti sa sklonošću maštanju, estetici, osjećajima i vrednotama (podskale ugodnosti i savjesnosti). Načini povezanosti ovise o načinima definiranja duhovnosti/religioznosti i vrstama upitnika koji su korišteni u tim studijama. No bez obzira na to, ovim je studijama pronađena razlika između koncepata duhovnosti i religioznosti s obzirom na povezanost s pojedinim crtama u petofaktorskom modelu ličnosti. Johnstone je čak pronašao da su crte ličnosti petofaktorskog modela (*ekstraverzija* i *ugodnost* pozitivno, *neuroticizam* negativno) primarno povezane s duhovnošću, a ne s religioznošću i podrškom koju pruža religiozna zajednica¹²⁸. To ujedno potvrđuje tezu da duhovnost i religioznost obuhvaćaju povezane, ali i različite aspekte odnosa sa transcendentnim.

Navedena istraživanja tražila su povezanost ličnosti i duhovnosti/religioznosti u odvojenim studijama, te je stoga njihova relativna povezanost s ishodima bolesti ostala nejasna. Ukoliko se uzme u obzir činjenica da su duhovnost i religioznost ukorijenjene u ličnost, može se očekivati da je njihov učinak na brzinu oporavka od neke bolesti, konkretno depresije, barem djelomično vezan uz crte ličnosti koje ta osoba ima. Ovim istraživanjem nastojat ćemo rasvijetliti to pitanje.

2. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Hipoteze koje proizlaze iz svega do sada navedenog glase:

- duhovnost je jači prediktor niže depresivnosti od religioznosti nakon godine dana praćenja te je vezana uz nižu suicidalnost i brže smanjenje suicidalnosti,
- dimenzije temperamenta i karaktera utječu na povezanost duhovnosti/religioznosti i brzine oporavka od depresije.

3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

- Ispitati jesu li duhovnost i religioznost ispitanika oboljelih od depresije povezane s brzinom oporavka od depresije.
- Ispitati jesu li duhovnost i religioznost povezane sa suicidalnošću bazalno i nakon godinu dana praćenja.
- Ispitati jesu li duhovnost i religioznost različito povezani s težinom kliničke slike bazalno, nakon godinu dana praćenja te brzinom oporavka od depresije.
- Utječu li dimenzije ličnosti na povezanost duhovnosti s brzinom oporavka od depresije.

4. METODE I ISPITANICI

4.1. Metode

Istraživanje uključuje ispunjavanje samoprocjenjujućih upitnika - Beckov upitnik za depresiju ¹²⁹, Beckova skala za beznadnost ¹³⁰, Upitnik Svjetske zdravstvene organizacije za kvalitetu života s duhovnim, religijskim i osobnim vjerovanjima ¹³², Upitnik religijskog indeksa ¹³², Upitnik temperamenta i karaktera ²² i procjenjujućih skala od strane psihijatra nakon razgovora s bolesnikom (Kratki međunarodni neuropsihijatrijski intervju-MINI) ¹³³. Suicidalnost ispitanika pratila se pitanjem ekstrahiranim iz upitnika BDI (pitanje br.9) i Beckovom skalom beznadnosti (Beck Hopelessness Scale - BHS) ¹³⁰. Ispitanici su u za ovu priliku sačinjenom upitniku odgovarali na pitanja vezana uz sociodemografske podatke, pitanja vezana uz psihičke i tjelesne bolesti, liječenje, psihijatrijski hereditet te ranije pokušaje suicida. Nakon usmenog i pismenog informiranja o svrsi i načinu ispitivanja ispitanici su potpisali informirani pristanak. Istraživanje se provodilo na Odjelu psihijatrije i u psihijatrijskoj ambulanti Opće bolnice Virovitica te je odobreno od strane Etičkog povjerenstva OB Virovitica i Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Provodilo se ispitivanje stanja oboljelih na početku liječenja depresivne epizode radi koje su i uključeni u istraživanje, te potom praćenje nakon mjesec dana, za tri mjeseca, šest mjeseci i nakon 12 mjeseci. U početnoj točki (M1) specijalist psihijatar je nakon što je postavio dijagnozu depresivne epizode, strukturiranim upitnikom M.I.N.I ¹³³ isključio komorbidna stanja. Pacijent je ispunio sociodemografski upitnik te samoprocjenjujuće upitnike (BDI, BHS, WHOQOL-SPRB, DUREL). Nakon mjesec dana u točki M2 ispunjavao se BDI i BHS. U točki M3, za tri mjeseca, za šest mjeseci, točka M4, za dvanaest mjeseci (M5) također su ispitanici ispunjavali upitnik za depresiju (BDI) i beznadnost (BHS). Kako bi izbjegli utjecaj depresivnih simptoma na mjere osobine ličnosti, u ispitanika je primijenjen upitnik TCI tek nakon šest mjeseci od uključanja u studiju.

Prikupljanje podataka se provodilo od početka svibnja 2011. godine do kraja kolovoza

2013.godine. Samoprocjenjujući upitnici (BDI, BHS) koji su se ispunjavali u određenim vremenskim točkama praćenja aplicirani su ispitaniku tijekom ambulantnih kontrola, tijekom hospitalnog liječenja, telefonskim putem (u 2 slučaja ispitanika) ili putem pošte (ispitaniku je poslan upitnik s već ispisanom omotnicom za povratak; 20 ispitanika).

4.2. Ispitanici

U istraživanje su bili konsekutivno uključeni ambulantni i bolnički bolesnici koji su se javili psihijatru radi liječenja depresivne epizode doživljene po prvi puta ili u početku nove depresivne epizode u sklopu povratnog depresivnog poremećaja. Dijagnoza depresivne epizode postavljena je prema kriterijima Međunarodne klasifikacije bolesti (deseta revizija)²⁸. Broj potrebnih ispitanika izračunat je postupkom izračuna *Power analize* kojom je utvrđena potreba da istraživanje završi 90 bolesnika.

Isključujući kriteriji za ispitanike bili su: ranija manična epizoda, alkoholizam ili ovisnost o psihoaktivnim tvarima, teži poremećaj ličnosti, teži anksiozni simptomi, psihotični simptomi, kognitivni poremećaj, teža tjelesna bolest. Uključeni su samo oni ispitanici koji su potpisali informirani pristanak.

Bilo je uključeno 120 ispitanika, no 17 ispitanika je isključeno radi nepotpuno ispunjenih upitnika tj. nisu imali sva mjerenja radi nedolaženja na kontrole, nejavljanja na telefonske pozive niti odgovaranja na upitnike poslane poštom. U ispitivanje su uključeni samo oni ispitanici koji su imali svih pet mjerenja. Radi evidentiranja hipomane epizode tijekom godinu dana praćenja isključena je dodatno jedna ispitanica, radi manifestacije graničnog poremećaja ličnosti isključeno je dvoje ispitanika, radi manifestacije alkoholizma isključen je jedan ispitanik. Naša stopa ispadanja iz studije (tzv. drop out) iznosila je 21/99 ili 20% što je i niže od postotka u sličnim longitudinalnim studijama: australska studija 38/94 ili 40% u periodu od 24 mjeseca¹¹, Koenigova studija 20/87 ili 23% gubitka u periodu od 12 mjeseci⁷, te nizozemska studija 163/349 tj. 48 % u periodu od 12 mjeseci⁶.

Ukupan uzorak u ovom istraživanju naposljetku je iznosio 99 ispitanika, od čega 56,6% čine žene (N=56), a muškarci 43,4% (N=43). Možemo smatrati da su ispitanici izjednačeni prema spolu. Prosječna dob ispitanika iznosila je 48,37 (SD=8,38, min 30, max

65). Obrazovni status ispitanika izražen je preko stručne spreme koju imaju. Raspodjela stupnja obrazovanja vrlo je slična raspodjeli stručne spreme u populaciji. Većina ispitanika ima srednju stručnu spremu (64,6%), višu odnosno visoku stručnu spremu ima 6,1 % odnosno 5,1 % ispitanika, dok nižu stručnu spremu (završenu osnovu školu) odnosno bez stručne spreme (bez završene osnovne škole) je 22,2 % odnosno 2,0 % ispitanika. Mjesto stanovanja definirali smo s obzirom na to stanuju li ispitanici u gradu, selu ili prigradskom naselju te sam ili u zajednici. U gradu živi 40,8 %, u selu 39,8%, a u prigradskom naselju 19,4% ispitanika. Većina ispitanika živi u zajednici (88,9%), a samaca je 11,1%. Bračno stanje definirali smo u kategoriji oženjeni/udate (81,8%), neoženjeni/neudate (7,1%), rastavljeni/e (8,1%), udovice/udovci (3,0%). Većina ispitanika ima djecu (87,9 %), i to 51,5% njih ima dvoje djece. Što se tiče radnog statusa, i on je u skladu s hrvatskim prosjekom – zaposlenih ima 46,5%, nezaposlenih 29,3%, a umirovljenih 24,2%.

Prema vjeroispovijesti ispitanici se također ne razlikuju od brojeva dobivenih Popisom stanovništva 2011. godine ¹³⁶. U našem uzorku Katolika ima 91,9%, Pravoslavaca 2%, jedan ispitanik je Musliman (1%), dva su agnostika (2%), a tri ateista (3%). Što se tiče religiozne aktivnosti, 6,1% se nimalo ne osjeća aktivnim na tom području, 21,2% malo aktivnim, 62,6% srednje aktivnim, a 10,1% je jako religiozno aktivno.

Ispitali smo i njihovu društvenu te fizičku aktivnost. Društveno neaktivnima se smatra 14,3% ispitanika, malo aktivnima 39,8%, srednje 42,9%, a jako 3,1%. Fizički neaktivnima se smatra 2% ispitanika, malo fizički aktivnima se smatra 33,7%, srednje aktivnima 56,1 %, a jako fizički aktivnim 8,2 % ispitanika. Puši 33,3% ispitanika, 58,6 % ne puši, a 8,1% je bivših pušača.

U cjelovitoj obitelji je odrastalo 77,8% ispitanika. Manje od polovice ispitanika je vjerovalo u ozdravljenje (44,9%), 8,2% nije vjerovalo u ozdravljenje, a 46,9% je vjerovalo da će možda ozdraviti. Svi ispitanici bili su uključeni u farmakoterapijski tretman (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina – kod svih ispitanika, i male doze atipičnih antipsihotika – kod 12 ispitanika). Nijedan od ispitanika nije bio podvrgnut elektrokonvulzivnoj terapiji.

Devetnaest ispitanika (19,2%) pokušalo je suicid do trenutka ispitivanja, a pozitivan hereditet za suicid (suicid u obitelji) imalo je 16 ispitanika (16,2%) (Tablica 2). Pozitivan psihijatrijski hereditet imao je 31 ispitanik (31,3%).

Tablica 2. Podaci o depresiji, hereditetu i dosadašnjoj suicidalnosti ispitanika.

		N	%
Depresivna epizoda	Prva	35	35,4
	Ponavljajuća	64	64,6
Psihijatrijski hereditet	Da	31	31,3
	Ne	68	68,7
Pokušaj suicida	Da	19	19,2
	Ne	80	80,8
Suicid u obitelji	Da	16	16,2
	Ne	83	83,8

4.3. Instrumenti

Beckov upitnik za depresiju, *Beck Depression Inventory-(BDI)* je samoocjenski upitnik dizajniran za osobe starije od 13 godina, a sastavljen je od pitanja koja se odnose na simptome depresije kao što su beznadnost i iritabilnost, razmišljanja kao što su krivnja ili osjećaj kažnjenosti, te fizičke simptome kao što su umor, gubitak težine, manjak interesa za spolne odnose ¹²⁹. Sadrži 21 pitanje, a odgovori su označeni brojem na skali od 0 do 3. Vrijednosti bodova ukazuju na stupanj depresije: 0-13 minimalna depresija; 14-19 blaga; 20 - 28 umjerena depresija; 29-63 teška depresija. Viši ukupni zbroj označava teže depresivne simptome. *BDI* pozitivno korelira s Hamiltonovom ljestvicom za depresiju (*Hamilton Depression Rating Scale*) (Pearson, $r=0,71$), ima također dobru test-retest reliabilnost nakon jednog tjedna (Pearson $r=0,93$) i visoke je unutarnje konzistencije ($\alpha=0,91$). Koeficijent interne konzistentnosti Cronbach alfa za ovaj upitnik u našem uzorku u svakoj točki mjerenja je iznosio: u M1 – 0,722, u M2 – 0,911, u M3 – 0,935, u M4 – 0,948, u M5 – 0,950.

Beckova skala beznadnosti, *Beck Hopelessness Scale (BHS)* je samoocjenski upitnik sastavljen od 20 pitanja, također kreiran od A.T.Becka. Dizajniran je za mjerenje triju glavnih aspekata beznadnosti: osjećaji spram budućnosti, gubitak motivacije i očekivanja¹³⁰. Konstruiran je za uporabu u populaciji odraslih, dakle od 17 do 80 godina. Interna reliabilnost je visoka (Pearson $r = 0,82$ do $0,93$ u sedam normativnih grupa). Test-retest reliabilni koeficijenti su $0,69$ do $0,66$. Tim upitnikom se ispituje rizik od suicida i to zbrojem bodova: 0-3 minimalni rizik, 4-8 blagi, 9-14 umjereni rizik od suicida, 15-20 teži rizik od suicida. Cronbach alfa za ovaj upitnik u svakoj točki mjerenja je iznosio: u M1 – $0,918$, u M2 – $0,905$, u M3 – $0,917$, u M4 – $0,912$, u M5 – $0,915$.

Upitnik Svjetske zdravstvene organizacije za kvalitetu života s duhovnim, religijskim i osobnim vjerovanjima, *WHO Quality of Life-Spiritual, Religious, Personal Beliefs (WHOQOL-SRPB)* – upitnik kojim se ispitala duhovnost je instrument koji sadrži 32 pitanja raspoređena u osam domena, s rasponom odgovora od «*ne, uopće*» do «*da, u potpunosti*». Domene koje opisuje su: duhovna povezanost, smisao života, divljenje/strahopoštovanje, cjelovitost i integracija, duhovna snaga, unutarnji mir, nada i optimizam, vjera. Unutarnja konzistentnost je $\alpha = 0,91$, a između domena je od $0,77$ do $0,95$ ¹³¹. Cronbach alfa u ovom uzorku za cijeli upitnik iznosio je $0,964$, a za pojedine domene: duhovna povezanost – $0,916$, smisao života – $0,802$, divljenje/strahopoštovanje – $,809$, cjelovitost i integracija – $0,819$, duhovna snaga – $0,920$, unutarnji mir – $0,845$, nada i optimizam – $0,849$, vjera – $0,972$.

Upitnik religijskog indeksa - *Duke University Religion Index, DUREL*¹³², samoprocjenjujući upitnik religioznosti, sastoji se od pet čestica s odgovorima na Likertovoj skali do 1 do 5. Upitnik mjeri ekstrinzičnu religioznost kroz mjerenje organizirane religioznosti (OR) – prvo pitanje „*Koliko često pohađate crkvene ili druge religiozne susrete?*“, te neorganizirane religioznosti (NOR) – drugo pitanje „*Koliko često provodite vrijeme u osobnim religioznim aktivnostima?*“. Drugi dio upitnika (preostala tri pitanja, npr. „*Jako se trudim prenijeti svoju religiju i na ostala područja svog života.*“) mjeri intrinzičnu religioznost (IR). Ukupan zbroj bodova može biti od 5 do 27, no autori ne preporučuju zbrajanje u sveukupan zbroj već korištenje triju podskala (OR, NOR, IR)¹³². Cronbach alfa za cijeli upitnik DUREL na našem uzorku iznosio je $0,908$, a za podskalu intrinzična religioznost $0,923$.

Kratki međunarodni neuropsihijatrijski intervju, *Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)* je kratki strukturirani dijagnostički intervju kojeg su razvili psihijatri i kliničari Sjedinjenih Američkih Država i Europe za DSM-IV i MKB-10 psihijatrijske poremećaje. Njegova primjena traje otprilike 15 minuta. Načinjen je za kratke strukturirane psihijatrijske intervju u multicentričkim kliničkim istraživanjima i epidemiološkim studijama¹³³. Učinkovit je za postavljanje pozitivne dijagnoze poremećaja na osi I po DSM-IV, kao što su poremećaj raspoloženja, anksiozni poremećaj, poremećaj hranjenja i ovisnosti. Osim toga, istražuje psihotične simptome s ciljem isključenja sadašnjeg ili dosadašnjeg psihotičnog poremećaja.

Upitnik temperamenta i karaktera - *Temperament and Character Inventory, TCI* je samoprocjenjujući upitnik koji se sastoji od 240 čestica na koji ispitanici mogu odgovoriti sa DA ili NE²². Upitnik je sastavljen s ciljem da kvantificira individualne razlike na svakoj od sedam dimenzija temperamenta i karaktera i sastoji se od četiri dimenzije temperamenta i tri dimenzije karaktera. U istraživanju korištena je hrvatska verzija upitnika TCI. Upitnik je prethodno validiran na uzorku od 360 hrvatskih ispitanika¹³⁴. Sve dimenzije imale su slijedeće vrijednosti koeficijenta Cronbach alfa: *traženje novog* – 0,713; *izbjegavanje štete* – 0,865; *ovisnosti o nagradi* – 0,626; *ustrajnost* – 0,526; *usmjerenost cilju* – 0,835; *samotranscedencija* – 0,778; *suradljivost* – 0,763. Vrijednosti odgovaraju onima objavljenim u literaturi^{22,134}.

Strukturirani upitnik vezan uz socijalne i anamnestičke podatke: dob, edukacija, bračno stanje, s kim živi, zaposlenje, vjeroispovijest, je li ikada pokušao suicid, liječi li se još netko u obitelji psihijatrijski, boluje li od neke druge bolesti, od kada se liječi, broj dosadašnjih depresivnih epizoda, na koji način se liječi, odrastanje, postojanje traume u djetinjstvu.

4.4. Statističke metode

Rezultati su prikazani tablično i grafički. Smirnov-Kolmogorovljev testom je analizirana normalnost raspodjele podataka te su se shodno dobivenim rezultatima u daljnjoj analizi primijenili odgovarajući parametrijski testovi i načini prikaza podataka.

Napravljena je deskriptivna statistika s odgovarajućim mjerama centralne tendencije (aritmetičke sredine i standardne devijacije, odnosno medijani i interkvartilni rasponi) za kontinuirane varijable, dok su se kategorijske i nominalne varijable prikazale kroz frekvencije i odgovarajuće udjele.

U analizi razlika između pojedinih mjerenja (1., 3., 6. i 12 mjesec) u odnosu na duhovnost (WHOQOLSRPB kategorije – niska, srednja i visoka), na intrinzičnu religioznost (Durel 3) te suicidalnost koristila se MANOVA za ponavljana mjerenja. Kategorizacija pojedinih skupina napravljena je u odnosu na centralnu tendenciju ukupnih skorova (WHOQOLSRPB i Durel).

Izračunali su se Pearsonovi koeficijenti korelacije između pojedinih kvantitativnih varijabli (kliničke varijable i ukupni skorovi pojedinih testova). Razlike između kvalitativnih i kategorijskih varijabli se procijenila hi kvadrat testom.

U predikciji razine depresivnosti, odnosno suicidalnosti u odnosu na duhovnost i religioznost koristili su se linearni regresijski modeli. Sve P vrijednosti manje od 0,05 smatrale su se značajnima. U analizi se koristila programska podrška IBM SPSS Statistics verzija 19.0.0.1 (www.spss.com).

4.5 Normalnost raspodjele

Što se tiče normalnosti raspodjele, većina kontinuiranih varijabli slijedi normalnu raspodjelu (Tablica 3). Jedino BDI u prvoj točki mjerenja, neke od faceta upitnika za duhovnost WHOQOL-SRPB i DUREL-intrinzična religioznost kada se promatraju prema Smirnov-Kolmogorovljevom testu (koji je izrazito osjetljiv) odstupaju od normalne raspodjele. Međutim, ako se promatraju kroz druge kriterije ocjene normalnosti raspodjele (histogramski test) onda su sve prihvatljive za daljnju parametrijsku analizu. WHOQOL-SRPB koji smo koristili kao ukupan zbroj ima izrazito normalnu raspodjelu.

Tablica 3. Srednje vrijednosti ispitivanih varijabli i normalnost raspodjele (Smirnov-Kolmogorov test) (N=99).

	Srednja vrijednost	Kolmogorov – Smirnov Z	P
BDI 1 ukupno	29,03	1,71	0,006
BDI 2 ukupno	23,50	0,55	0,925
BDI 3 ukupno	20,16	1,01	0,257
BDI 4 ukupno	19,74	1,03	0,239
BDI 5 ukupno	19,49	1,30	0,069
BHS 1 ukupno	11,37	1,09	0,185
BHS 2 ukupno	11,09	0,94	0,338
BHS 3 ukupno	10,74	1,29	0,071
BHS 4 ukupno	9,76	1,46	0,287
BHS 5 ukupno	10,32	1,29	0,072
Traženje novog	16,72	0,80	0,537
Suradljivost	29,29	1,09	0,189
Izbjegavanje štete	23,11	0,96	0,313
Ovisnost o nagradi	18,27	0,83	0,489
Usmjerenost cilju	22,64	0,87	0,441
Samotranscedencija	16,26	0,74	0,641
WHOQOL-SRPB	94,04	0,44	0,989
Intrinzična religioznost - DUREL	9,27	1,47	0,026

5. REZULTATI

5.1. Kretanje depresivnosti i suicidalnosti kroz vrijeme

Trideset i pet ispitanika (35,4%) uključeno je u istraživanje u tijeku prve depresivne epizode, a 64 (64,6%) u tijeku slijedeće depresivne epizode (Tablica 2). Depresivnost smo pratili iznosom zbroja bodova na Beckovoj skali depresivnosti. Vrijednost BDI u početku mjerenja iznosio je 29,03 (SD 7,41; min 20, max 49) što ukazuje na visoko umjereno depresivnu populaciju (umjerena depresija 21-30, jaka 31-40) (Tablica 4). Tijekom vremena broj bodova na BDI se smanjivao – nakon mjesec dana iznosio je 23,50 (SD 10,55; min 2, max 46), nakon tri mjeseca 20,16 (SD 12,19; min 0, max 46), nakon 6 mjeseci 19,74 (SD 13,49; min 0, max 55), nakon 12 mjeseci 19,49 (SD 13,42; min 0, max 54). Depresivnost se mijenjala kroz vrijeme statistički značajnim smanjenjem ($p < 0,001$).

Tablica 4. Promjena depresivnosti (mjerena Beckovom skalom depresivnosti) i suicidalnosti (mjerena Beckovom skalom beznadnosti) kroz vrijeme.

	0		1 mjesec		3 mjeseca		6 mjeseci		12 mjeseci		P
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
BDI	29,03	7,41	23,50	10,55	20,16	12,19	19,74	13,49	19,49	13,42	$p < 0,001^{**}$
BHS	11,37	5,723	11,09	5,626	10,74	6,00	9,76	5,891	10,32	6,054	$p < 0,538$

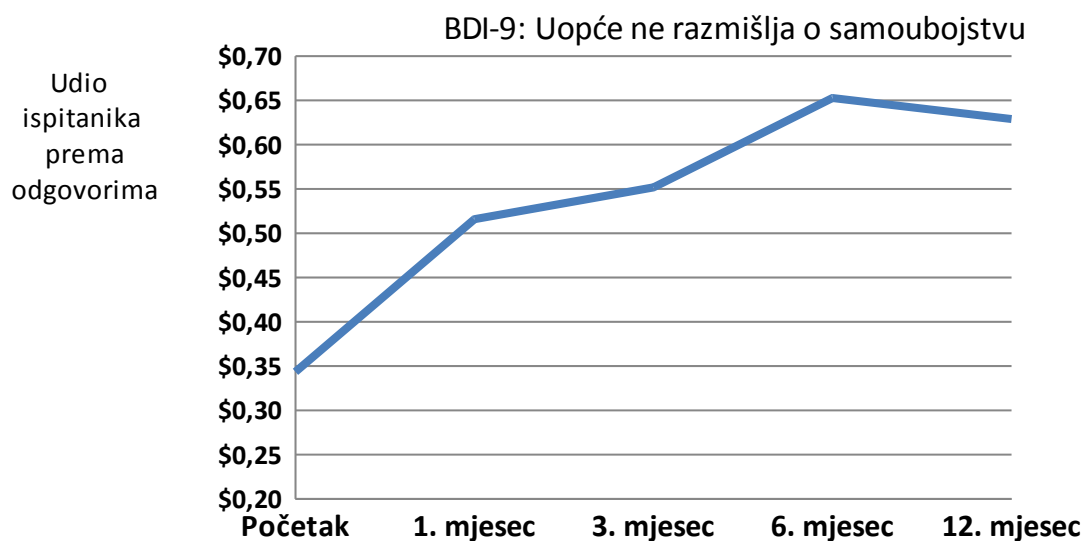
***razina značajnosti na 1%*

Suicidalnost smo pratili devetim pitanjem na Beckovoj skali za depresiju i suicidalnim rizikom izraženim kroz Beckovu skalu beznadnosti (Tablica 4 i 5). Razina suicidalnosti mjerena Beckovom skalom beznadnosti se smanjivala, ali ne značajno ($p = 0,538$). Zanimljiv je porast broja bodova u periodu od 6 do 12 mjeseci (Tablica 4). Prema odgovoru na pitanje 9. u BDI, dio ispitanika koji uopće ne razmišlja o suicidu tijekom vremena raste s 34% na 61%. Također je vidljivo da se suicidalnost na ostalim dijelovima tog pitanja smanjuje kroz vrijeme osim u zadnjem dijelu pitanja „Ubio bih se kad bih imao prilike“ gdje je broj ispitanika s dva na početku mjerenja porastao na tri ispitanika (Tablica 5 i Slika 1).

Tablica 5. Podaci o suicidalnosti dobiveni kroz deveto pitanje na Beckovoj skali za depresivnost izraženo kroz vrijeme (t=12 mjeseci).

BDI 9	Uopće ne razmišljam o samoubojstvu		Pomišljam na samoubojstvo, ali ne bih to mogao učiniti		Želio bih se ubiti		Ubio bih se kad bih imao prilike	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bazalno	34	34,4	53	53,5	10	10,1	2	2,0
1.mjesec	49	51,6	39	41,1	6	6,3	1	1,1
3.mjesec	48	55,2	33	37,9	5	5,7	1	1,1
6.mjesec	62	65,3	24	25,3	7	7,4	2	2,1
12.mjeseci	61	62,9	29	29,9	4	4,1	3	3,1

Hi-kvadrat=27,478751; df=12



Slika 1. Grafički prikaz značajnog trenda porasta ispitanika koji ne misle na samoubojstvo (odgovor BDI 9 a) .

U našem uzorku oko dvije trećine ispitanika (77/99; $p < 0,001$) možemo definirati kao remitirano nakon 12 mjeseci praćenja, dok oporavak od suicidalnosti ne prati taj trend i nije statistički značajan (48/99; $p < 0,538$) nakon 12 mjeseci praćenja.

Analiza vjerovanja u ozdravljenje

Napravili smo analizu vezano uz vjerovanje u ozdravljenje na početku depresivne epizode, a vezano uz religioznost (OR, NOR i IR) te duhovnost (WHOQOL-SRPB) . Ispitanici su podijeljeni u dvije grupe – oni koji su rekli da vjeruju u ozdravljenje i oni koji su rekli ne ili možda; korišten je t-test. Rezultati pokazuju da su bazalno viša intrinzična religioznost i duhovnost povezane s vjerovanjem u ozdravljenje (Tablica 6).

Tablica 6. T-test skupina s obzirom na vjerovanje u ozdravljenje, a vezano uz IR, OR, NOR i duhovnost.

	Vjerujete li u ozdravljenje?	Mean	SD	T	P
OR	Da	3,34	1,238	1,784	0,078
	Ne	2,87	1,347		
NOR	Da	3,91	1,709	1,362	0,176
	Ne	3,43	1,776		
IR	Da	10,1818	3,74335	2,228	0,028
	Ne	8,5000	3,69472		
WHOQOL-SRPB	Da	103,66	18,556	4,360	0,0001
	Ne	86,09	20,818		

5.2. Korelacije

Provedeni Pearsonovi testovi korelacije ukazuju na postojanje statistički značajne inverzne povezanosti između depresivnosti (mjerene s BDI) i duhovnosti (mjerene s WHOQOL-SRPB) bazalno i u svim točkama mjerenja (Tablica 7). S ukupnom duhovnošću depresivnost je inverzno korelirala u svim točkama mjerenja, dok s pojedinačnim domenama nije pronađena značajna korelacija u svim vremenskim točkama. Najčešće korelacije (u četiri točke mjerenja) pronađene su s domenama *cjelovitost i integracija*, *unutarnji mir* i *nada i optimizam*. Vidljivo je da s organiziranom (OR) i neorganiziranom religioznošću (NOR) depresivnost nije bila statistički značajno povezana niti bazalno niti u jednoj vremenskoj točki mjerenja, dok je s intrinzičnom religioznošću (IR) statistički značajno inverzno povezana u početku mjerenja i nakon 12 mjeseci praćenja.

Tablica 7. Povezanost depresivnosti (BDI) kroz vrijeme s duhovnosti (WHOQOL-SRPB pojedine domene i ukupno) i religioznosti (OR-organizirana religioznost, NOR-neorganizirana religioznost, IR-intrinzična religioznost).

Pearsonove korelacije s BDI					
kroz svaku vremensku točku					
	Bazalno	Nakon 1. mjeseca	Nakon 3 mjeseca	Nakon 6 mjeseci	Nakon 12 mjeseci
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,463**	-0,317**	-0,319**	-0,261**	-0,348**
WHOQOL-SRPB: Duhovna povezanost	-0,279**	-0,130	-0,142	-0,251*	-0,310**
WHOQOL-SRPB: Smisao života	-0,418**	-0,283**	-0,303**	-0,197	-0,279**
WHOQOL-SRPB: Divljenje/strahopoštovanje	-0,346**	-0,251*	-0,276**	-0,129	-0,198
WHOQOL-SRPB: Cjelovitost i integracija	-0,510**	-0,267**	-0,258*	-0,238*	-0,275**
WHOQOL-SRPB: Duhovna snaga	-0,294**	-0,306**	-0,268	-0,212*	-0,297**
WHOQOL-SRPB: Unutarnji mir	-0,440**	-0,265*	-0,308**	-0,194*	-0,229*
WHOQOL-SRPB: Nada i optimizam	-0,472**	-0,395**	-0,349**	-0,236*	-0,322**
WHOQOL-SRPB: Vjera	-0,286**	-0,188*	-0,185	-0,196	-0,286**
OR	-0,145	0,028	-0,063	-0,043	-0,140
NOR	-0,080	0,078	0,048	0,075	-0,052
IR	-0,286**	-0,090	-0,131	-0,126	-0,269**

* p < 0,05; ** p < 0,01.

Suicidalni rizik mjeren ljestvicom BHS statistički je značajno inverzno povezan bazalno i u svim točkama mjerenja s duhovnošću mjerenom s WHOQOL-SRPB ukupno kao i sa svim pojedinačnim domenama u svim točkama mjerenja (Tablica 8), za razliku od gore navedenih korelacija s depresivnosti. S organiziranom religioznosti suicidalnost je povezana statistički značajno inverzno bazalno, dok u ostalim vremenskim točkama nije postignuta statistička značajnost u povezanostima. S neorganiziranom religioznošću nije povezana niti u

jednoj točki mjerenja. S intrinzičnom religioznošću suicidalnost je značajno inverzno korelirala bazalno i u zadnjoj točki mjerenja.

Tablica 8. Povezanost suicidalnosti (BHS) kroz vrijeme s duhovnošću (WHOQOL-SRPB, ukupno i pojedine domene) i religioznošću (OR-organizirana religioznost, NOR-neorganizirana religioznost, IR-intrinzična religioznost).

Pearsonove korelacije s BHS					
kroz svaku vremensku točku					
	Bazalno	Nakon 1. mjeseca	Nakon 3 mjeseca	Nakon 6 mjeseci	Nakon 12 mjeseci
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,629**	-0,491**	-0,415**	-0,383**	-0,443**
WHOQOL-SRPB: Duhovna povezanost	-0,452**	-0,314**	-0,249**	-0,331**	-0,406**
WHOQOL-SRPB: Smisao života	-0,585**	-0,378**	-0,417**	-0,269**	-0,336**
WHOQOL-SRPB: Divljenje/strahopoštovanje	-0,430**	-0,376**	-0,319**	-0,256**	-0,003**
WHOQOL-SRPB: Cjelovitost i integracija	-0,438**	-0,373**	-0,272**	-0,214*	-0,293**
WHOQOL-SRPB: Duhovna snaga	-0,437**	-0,451**	-0,341**	-0,382**	-0,436**
WHOQOL-SRPB: Unutarnji mir	-0,475**	-0,332**	-0,355**	-0,287**	-0,282**
WHOQOL-SRPB: Nada i optimizam	-0,731**	-0,533**	-0,472**	-0,385**	-0,428**
WHOQOL-SRPB: Vjera	-0,495**	-0,391**	-0,252**	-0,299**	-0,318**
OR	-0,239*	-0,058	-0,146	-0,028	-0,142
NOR	-0,160	-0,005	-0,056	-0,042	-0,129
IR	-0,248*	-0,157	-0,126	-0,114	-0,261**

* p < 0,05; ** p < 0,01.

Što se tiče dimenzija ličnosti one su korelirale s depresivnošću u skladu s literaturom, tj. statistički značajna korelacija je pronađena s dimenzijom *izbjegavanje štete* i to u svim točkama mjerenja, a inverzna korelacija s dimenzijama *usmjerenost cilju* i *suradljivost* (

Tablica 9.)

Tablica 9. Povezanost dimenzija ličnosti (TCI) s depresijom mjerenom BDI u svakoj vremenskoj točki.

Pearsonove korelacije s BDI kroz svaku vremensku točku					
	Bazalno	Nakon 1. mjeseca	Nakon 3 mjeseca	Nakon 6 mjeseci	Nakon 12 mjeseci
Traženje novog	-0,029	-0,143	-0,126	-0,042	-0,120
Izbjegavanje štete	0,356**	0,516**	0,491**	0,344**	0,206**
Ovisnost o nagradi	-0,103	-0,176	-0,185	-0,129	-0,175
Ustrajnost	0,038	-0,085	-0,038	0,047	0,017
Usmjerenost cilju	-0,276**	-0,489**	-0,428**	-0,320**	-0,280**
Suradljivost	-0,203*	-0,276**	-0,306**	-0,271**	-0,156*
Samotranscendencija	0,110	-0,033	0,047	0,149	0,031

*p < 0,05; ** p < 0,01.

Korelacije dimenzija ličnosti sa suicidalnim rizikom, tj. beznadnosti mjenim ljestvicom BHS pokazuju sličan trend, iako su vidljive i značajnosti specifične za suicidalnost (*traženje novog, ovisnost o nagradi*) (Tablica 10).

Tablica 10. Povezanost dimenzija ličnosti (TCI) s beznadnosti mjerenom BHS u svakoj vremenskoj točki.

Pearsonove korelacije s BHS kroz svaku vremensku točku					
	Bazalno	Nakon 1. mjeseca	Nakon 3 mjeseca	Nakon 6 mjeseci	Nakon 12 mjeseci
Traženje novog	-0,111	-0,256*	-0,178	0,056	-0,050
Izbjegavanje štete	0,298**	0,423**	0,311**	0,344**	0,374**
Ovisnost o nagradi	-0,186	-0,177	-0,270*	-0,169	-0,222*
Ustrajnost	-0,048	-0,110	-0,135	-0,059	-0,138
Usmjerenost cilju	-0,390**	-0,514**	-0,373**	-0,375**	-0,325**
Suradljivost	-0,283**	-0,268**	-0,285**	-0,283**	-0,255*
Samotranscendencija	-0,182	-0,196	-0,144	-0,132	-0,154

*p < 0,05; ** p < 0,01.

Povezanost dimenzija ličnosti s duhovnošću i religioznošću prikazana je u tablici 11. Vidljivo je da dimenzije nejednako koreliraju, ali očekivanim povezanostima. Statistički značajnu pozitivnu povezanost s ukupnom duhovnošću pokazuju dimenzije *usmjerenost cilju*, *suradljivost* i *samotranscedencija*, a značajna inverzna povezanost postoji između duhovnosti i *izbjegavanja štete*. *Samotranscedencija* je značajno pozitivno korelirala sa svim pojedinačnim domenama osim sa *smislom života* (Tablica 11). *Usmjerenost cilju* je značajno pozitivno korelirala sa svim pojedinim domenama duhovnosti osim s *duhovnom povezanosti*, a *suradljivost* sa svim pojedinim domenama osim s *unutarnjim mirom*. Dimenzije temperamenta pokazale su slabije povezanosti, a od njih najveću povezanost pokazala je dimenzija *izbjegavanje štete* i to u inverznom smjeru. S neorganiziranom religioznošću je značajno povezana *samotranscedencija*, dok s organiziranom religioznošću niti jedna dimenzija temperamenta ni karaktera nije pokazala značajnu povezanost. S intrinzičnom religioznošću, dimenzije temperamenta nisu pokazale značajne korelacije, dok od dimenzija karaktera jedino je značajno pozitivno korelirala *samotranscedencija*.

Tablica 11. Povezanost dimenzija ličnosti (TCI) s duhovnošću (WHOQOL-SRPB, ukupno i pojedine domene) i religioznošću (OR-organizirana religioznost, NOR-neorganizirana religioznost, IR-intrinzična religioznost).

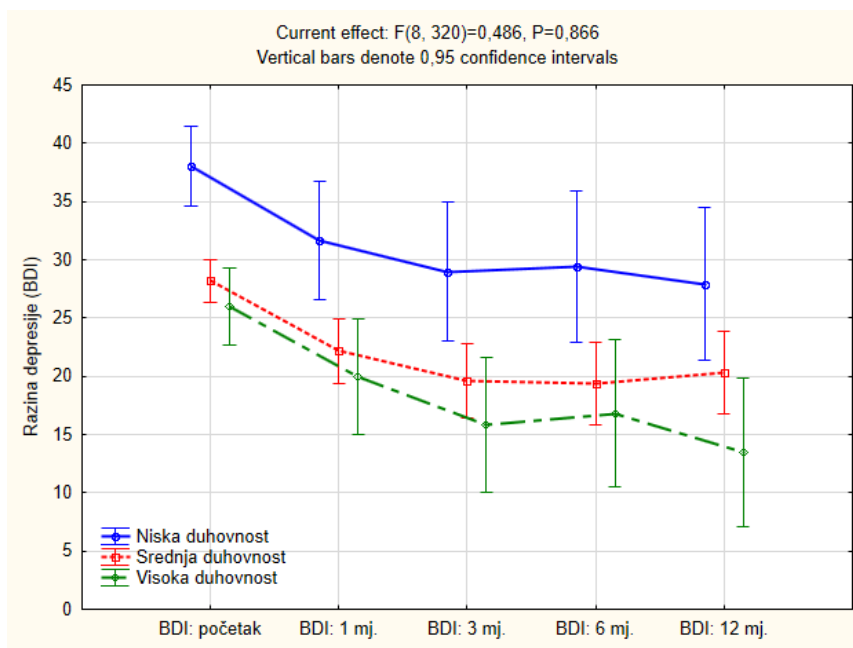
	Traženje novog	Izbjegavanje štete	Ovisnost o nagradi	Ustrajnost	Usmjerenost cilju	Suradljivost	Samotranscendencija
WHOQOL-SRPB: Ukupno	0,050	-0,299**	0,096	0,084	0,390**	0,257**	0,438**
WHOQOL-SRPB: Duhovna povezanost	-0,050	-0,141	0,241*	0,106	0,151	0,230**	0,453**
WHOQOL-SRPB: Smisao života	0,050	-0,295**	0,084	0,101	0,410**	0,234**	0,190
WHOQOL-SRPB: Divljenje/strahopoštovanje	-0,117	-0,283**	0,257*	0,229	0,351**	0,278**	0,375**
WHOQOL-SRPB: Cjelovitost i integracija	-0,130	-0,296**	0,119	0,093*	0,389**	0,218**	0,241**
WHOQOL-SRPB: Duhovna snaga	0,012	-0,222**	0,145	0,115	0,275**	0,207**	0,492**
WHOQOL-SRPB: Unutarnji mir	-0,207**	-0,188	-0,109	-0,024	0,354**	0,058	0,303**
WHOQOL-SRPB: Nada i optimizam	-0,031	-0,345**	0,063	-0,046	0,428**	0,243**	0,223*
WHOQOL-SRPB: Vjera	0,030	-0,191	-0,109	-0,026	0,230**	0,170	0,425**
OR	0,032	0,042	-0,032	-0,146	0,001	0,060	0,108
NOR	-0,048	0,136	0,084	-0,061	0,045	0,101	0,205*
IR	0,120	-0,059	0,134	0,010	0,128	0,115	0,212*

*p < 0,05; ** p < 0,01.

5.3. Multivarijantna analiza

5.3.1. Povezanost duhovnosti i religioznosti s brzinom oporavka od depresije

Kako bi preglednije pratili tijek utjecaja duhovnosti na depresiju, zbroj bodova na upitniku za duhovnost WHOQOL-SRPB podijelili smo u tri skupine tako da smo ukupni zbroj podijelili na temelju standardne devijacije, što je praksa opisana u literaturi. Vrijednosti više od 115 (94 + 21) označavaju visoku duhovnost, od 114 do 73 srednju, a 72 i niže nisku razinu duhovnosti (Slika 2).



Slika 2. Grafički prikaz kretanja BDI u odnosu na duhovnost (WHOQOLSRPB podijeljen u tri kategorije – niska, srednja i visoka) kroz vrijeme.

Gornja slika prikazuje MANOVU za ponavljana mjerenja. Ako se gledaju ukupne razlike BDI između WHOQOL-SPRB skupina (ne računajući pojedina vremena mjerenja), one su značajne ($p<0,001$). Ako se gleda samo dinamika BDI između pojedinih vremena

mjerenja, ona je značajna $p < 0,001$. Međutim, ako se gleda utjecaj vremena mjerenja i WHOQOL-SPRB na BDI, onda gubimo značajnost, $p = 0,866$.

Ako uzmemo u obzir odnose između dviju odabranih skupina (npr. visoka duhovnost u odnosu na nisku) vidimo da, iako nema značajnih razlika kada se gleda dinamika između svih triju skupina istodobno, postoje značajne razlike u razini depresije između niske i visoke duhovnosti ($p < 0,001$) te niske i srednje duhovnosti ($p = 0,001$). Razlike između visoke i srednje duhovnosti nisu značajne ($p = 0,168$). U svemu, zaključak je da ispitanici s visokom i srednjom duhovnošću, ako se uzme u obzir svih pet promatranih mjerenja, imaju značajno nižu razinu depresije od onih s niskom duhovnošću (Slika 2; Tablica 12).

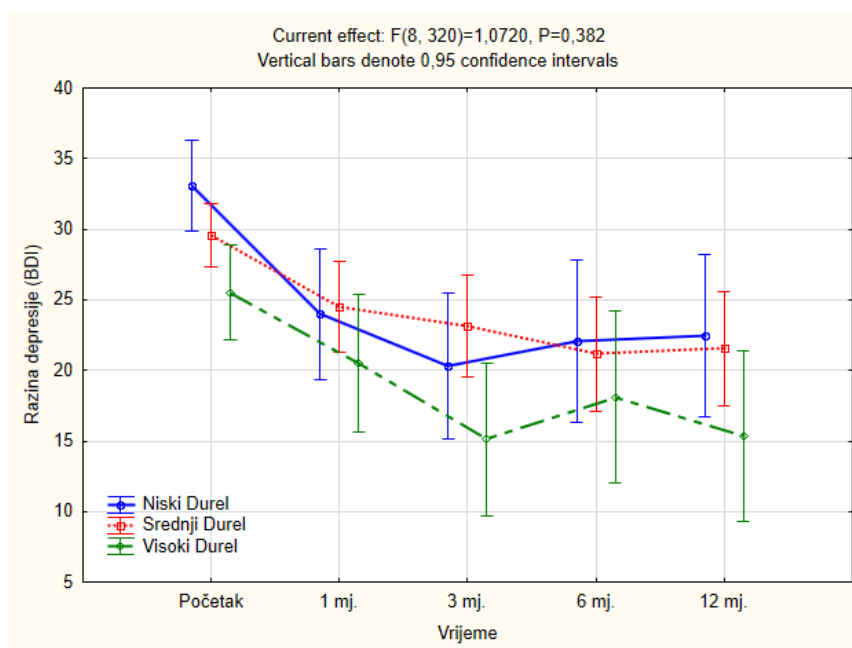
Tablica 12. Post-hoc test između dviju odabranih skupina prema WHOQOL-SRPB u odnosu na depresivnost.

(I)WHOQOL-SPRB:skupine	(J)WHOQOL-SPRB: skupine	Prosječna razlika (I-J)	Standardna greška	P	95% CI	
					Donji	Gornji
Niska duhovnost	Srednja duhovnost	9,27	2,588	0,001**	4,12	14,43
	Visoka duhovnost	12,79	3,174	< 0,001**	6,47	19,1
Srednja duhovnost	Niska duhovnost	-9,27	2,588	0,001**	-14,43	-4,12
	Visoka duhovnost	3,51	2,525	0,168	-1,51	8,54
Visoka duhovnost	Niska duhovnost	-12,79	3,174	<0,001**	-19,10	-6,47
	Srednja duhovnost	-3,51	2,525	0,168	-8,54	1,51

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Što se tiče religioznosti, s obzirom da upitnik za intrinzičnu religioznost DUREL (zadnja tri pitanja) ima manji broj čestica podijelili smo ga na tri razine s obzirom na percentilnu raspodjelu. Visoke vrijednosti su bile one iznad 12 (iznad 75. percentile), srednje vrijednosti od 7 do 12, a niske vrijednosti 7 i manje.

U navedenim odnosima pokazala se značajnim jedino dinamika u ukupnom zbroju BDI (nevezana za skupine prema DUREL-u), dok u odnosu na pojedine skupine prema DUREL-u nema značajnih razlika u dinamici BDI (kod ANOVE i kod post hoc testiranja) (Slika 3; Tablica 13).



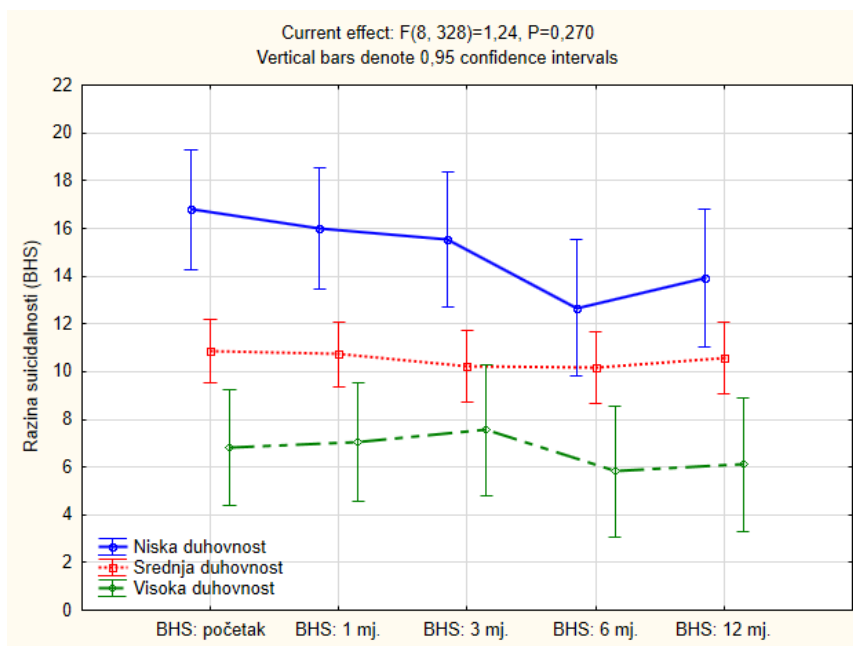
Slika 3. Grafički prikaz kretanja BDI u odnosu na intrinzičnu religioznost (DUREL podijeljen u tri kategorije – niska, srednja i visoka) kroz vrijeme.

Tablica 13. Post-hoc test između dviju odabranih skupina prema intrinzičnoj religioznosti (DUREL-3 itema) u odnosu na depresivnost mjerenoj bazalno. (*p < 0,05; ** p < 0,01)

(I)DUREL skupine	(J)DUREL skupine	Prosječna razlika (I-J)	Standardna greška	P	95% CI	
					Donji	Gornji
Niska religioznost	Srednja religioznost	0,40	2,53	0,874	-4,64	5,45
	Visoka religioznost	5,47	3,01	0,073	-0,52	11,47
Srednja religioznost	Niska religioznost	-0,40	2,53	0,874	-5,45	4,64
	Visoka religioznost	5,07	2,62	0,057	-0,15	10,29
Visoka religioznost	Niska religioznost	-5,47	3,01	0,073	-11,47	0,52
	Srednja religioznost	-5,07	2,62	0,057	-10,29	0,15

5.3.2. Povezanost duhovnosti i religioznosti s brzinom oporavka od suicidalnosti

Kod suicidalnosti, za razliku od depresije, prisutne su značajne razlike u svim kombinacijama: najvišu suicidalnost imaju ispitanici s niskom duhovnošću, značajno višu od onih sa srednjom duhovnošću, koji opet imaju značajno više vrijednosti suicidalnosti od onih s visokom duhovnošću (uzevši u obzir svih pet mjerenja) (Slika 4; Tablica 14).



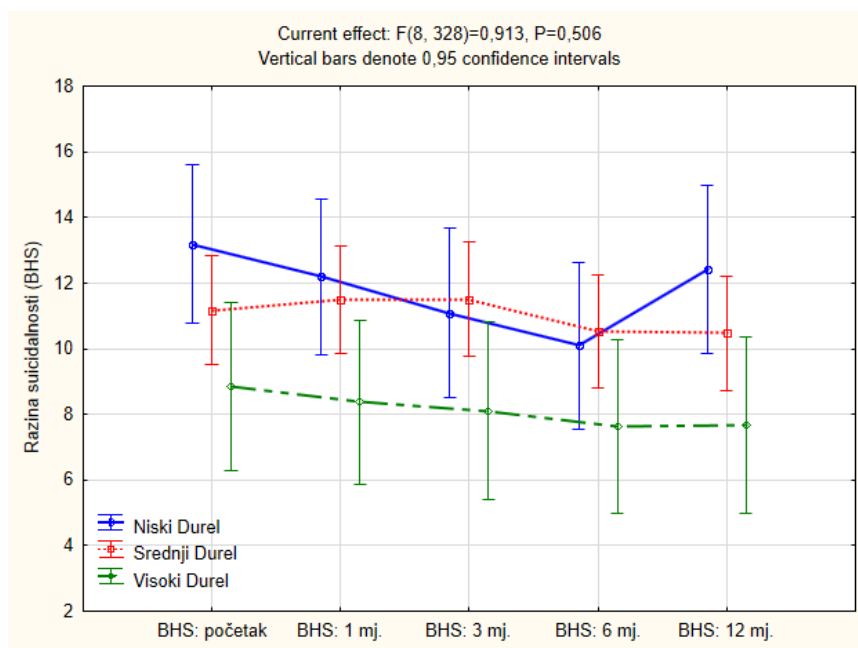
Slika 4. Grafički prikaz kretanja BHS u odnosu na duhovnost (WHOQOLSRPB podijeljen u tri kategorije – niska, srednja i visoka) kroz vrijeme.

Tablica 14. Post-hoc test između dviju odabranih skupina prema WHOQOL-SRPB u odnosu na suicidalnost mjerenoj bazalno. (*p < 0,05; ** p < 0,01)

(I)WHOQOL- SRPB:skupine	(J)WHOQOL- SRPB: skupine	Prosječna razlika (I- J)	Standardna greška	P	95% CI	
					Donji	Gornji
Niska duhovnost	Srednja duhovnost	4,48*	1,266	0,001**	1,96	7,00
	Visoka duhovnost	8,31*	1,559	0,000**	5,21	11,41
Srednja duhovnost	Niska duhovnost	-4,48*	1,266	0,001**	-7,00	-1,96
	Visoka duhovnost	3,83*	1,235	0,003**	1,37	6,28
Visoka duhovnost	Niska duhovnost	-8,31*	1,559	0,000**	-11,41	-5,21
	Srednja duhovnost	-3,83	1,235	0,003**	-6,28	-1,37

Zaključno možemo reći da je WHOQOL-SRPB dobar pokazatelj dinamike depresivnosti i suicidalnosti.

Što se tiče religioznosti u odnosu na suicidalnost, iako je to donekle zamaskirano u grafičkom prikazu, post hoc testiranjem ipak dobivamo da, sumarno gledano kod svih pet ponavljanih mjerenja, ispitanici s visokom religioznošću imaju značajno niže vrijednosti suicidalnosti u odnosu na one s niskom i srednjom religioznošću (Slika 5; Tablica 15).



Slika 5. Grafički prikaz kretanja BHS u odnosu na intrinzičnu religioznost (DUREL podijeljen u tri kategorije – niska, srednja i visoka) kroz vrijeme.

Tablica 15. Post-hoc test između dviju odabranih skupina prema intrinzičnoj religioznosti po DUREL-u u odnosu na suicidalnost. (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.)

(I)DUREL skupine	(J)DUREL skupine	Prosječna razlika (I-J)	Standardna greška	P	95% CI	
					Donji	Gornji
Niska religioznost	Srednja religioznost	0,76	1,28	0,552	-1,78	3,31
	Visoka religioznost	3,67*	1,53	0,019	0,62	6,72
Srednja religioznost	Niska religioznost	-0,76	1,28	0,552	-3,31	1,78
	Visoka religioznost	2,91*	1,33	0,031	0,27	5,55
Visoka religioznost	Niska religioznost	-3,67*	1,53	0,019	-6,72	-0,62
	Srednja religioznost	-2,91*	1,33	0,031	-5,55	-0,27

5.3.3. Utjecaj dimenzija temperamenta i karaktera na povezanost duhovnosti i religioznosti s oporavkom od depresije

S ciljem utvrđivanja predikcije depresivnosti mjerene zbrojem na BDI ljestvici bazalno i u svakoj točki mjerenja korištena je linearna regresijska analiza (ENTER metoda). Test se pokazao značajnim u svakoj točki mjerenja. S obzirom da autori upitnika za religioznost (DUREL) ¹³² ne preporučuju korištenje svih dimenzija religioznosti (OR, NOR i IR) u istoj regresijskoj analizi da bi se izbjegla multipla kolinearnost, ona je rađena za svaku vrstu religioznosti zasebno.

Tablica 16. Linearna regresijska analiza za depresiju *na početku mjerenja (BDI 1)* kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i *intrinzičnu religioznost* ($F=6,620$; $p=0,000$; $R = 0,633$, $R^2=0,401$, korigirani $R^2=0,340$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,022	-0,243	0,809
TCI: Izbjegavanje štete	0,217	20,085	0,040
TCI: Ovisnost o nagradi)	-0,205	-1,493	0,139
TCI:Ustrajnost	0,173	1,417	0,160
TCI: Usmjerenost cilju	-0,059	-0,471	0,639
TCI: Suradljivost	0,039	0,337	0,737
TCI: Samotranscedencija	0,340	3,451	0,001
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,485	-4,062	0,001
IR	-0,068	-0,693	0,490

Vidljivo je iz navedenih rezultata da je na viši zbroj na ljestvici BDI u prvoj točki mjerenja značajan utjecaj imao viši zbroj bodova na ljestvici *samotranscedencije* i *izbjegavanje štete* te manji zbroj bodova na ljestvici WHOQOL-SRPB ukupno.

Tablica 17. Linearna regresijska analiza za depresiju na početku mjerenja (BDI 1) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i organiziranu religioznost ($F=6,551$; $p=0,000$; $R = 0,631$, $R^2=0,398$, korigirani $R^2=0,338$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,034	-0,375	0,708
TCI: Izbjegavanje štete	0,208	1,992	0,049
TCI: Ovisnost o nagradi)	-0,208	-1,515	0,133
TCI: Ustrajnost	0,181	1,473	0,144
TCI: Usmjerenost cilju	-0,051	-0,405	0,686
TCI: Suradljivost	0,037	0,314	0,754
TCI: Samotranscendencija	0,347	3,495	0,001
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,540	-4,629	0,000
OR	0,030	0,325	0,746

Tablica 18. Linearna regresijska analiza za depresiju na početku mjerenja (BDI 1) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i neorganiziranu religioznost ($F=6,680$; $p=0,000$; $R = 0,635$, $R^2=0,403$, korigirani $R^2=0,343$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,029	-0,327	0,745
TCI: Izbjegavanje štete	0,195	1,855	0,067
TCI: Ovisnost o nagradi)	-0,215	-1,570	0,120
TCI: Ustrajnost	0,187	1,530	0,130
TCI: Usmjerenost cilju	-0,039	-0,312	0,755
TCI: Suradljivost	0,032	0,278	0,782
TCI: Samotranscendencija	0,346	3,522	0,001
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,571	-4,845	0,001
NOR	0,087	0,898	0,372

Iste analize provedene su za sva ostala mjerenja.

Tablica 19. Linearna regresijska analiza za depresiju *nakon mjesec dana* (BDI 2) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i **intrinzičnu religioznost** ($F=6,079$; $p=0,000$; $R = 0,628$, $R^2=0,394$, korigirani $R^2=0,330$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,115	-1,237	0,219
TCI: Izbjegavanje štete	0,347	3,228	0,002
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,249	-1,722	0,089
TCI: Ustrajnost	0,140	1,094	0,277
TCI: Usmjerenost cilju	-0,268	-2,124	0,037
TCI: Suradljivost	0,024	0,199	0,843
TCI: Samotranscedencija	0,036	0,356	0,723
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,161	-1,313	0,193
IR	0,086	0,846	0,400

Tablica 20. Linearna regresijska analiza za depresiju *nakon mjesec dana* (BDI 2) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i **organiziranu religioznost** ($F=6,151$; $p=0,000$; $R = 0,630$, $R^2=0,397$, korigirani $R^2=0,333$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,108	-1,173	0,244
TCI: Izbjegavanje štete	0,349	3,259	0,002
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,239	-1,656	0,101
TCI: Ustrajnost	0,147	1,147	0,255
TCI: Usmjerenost cilju	-0,251	-1,975	0,052
TCI: Suradljivost	0,017	0,142	0,888
TCI: Samotranscedencija	0,045	0,447	0,656
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,166	-1,389	0,169
OR	0,101	1,054	0,295

Tablica 21. Linearna regresijska analiza za depresiju **nakon mjesec dana** (BDI 2) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i **neorganiziranu religioznost** ($F=6,263$; $p=0,000$; $R = 0,634$, $R^2=0,402$, korigirani $R^2=0,337$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,097	-1,054	0,295
TCI: Izbjegavanje štete	0,333	3,087	0,003
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,254	-1,762	0,082
TCI: Ustrajnost	0,149	1,171	0,245
TCI: Usmjerenost cilju	-0,246	-1,943	0,055
TCI: Suradljivost	0,014	0,119	0,905
TCI: Samotranscedencija	0,038	0,376	0,708
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,184	-1,526	0,131
NOR	0,131	1,315	0,192

Tablica 22. Linearna regresijska analiza za depresiju **nakon tri mjeseca** (BDI 3) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i **intrinzičnu religioznost** ($F=5,253$; $p=0,000$; $R = 0,614$, $R^2=0,377$, korigirani $R^2=0,306$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,092	-0,957	0,341
TCI: Izbjegavanje štete	0,401	3,489	0,001
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,276	-1,852	0,068
TCI: Ustrajnost	0,204	1,519	0,133
TCI: Usmjerenost cilju	-0,076	-0,543	0,589
TCI: Suradljivost	-0,079	-0,620	0,537
TCI: Samotranscedencija	0,146	1,380	0,171
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,234	-1,825	0,072
IR	0,087	0,798	0,427

Tablica 23. Linearna regresijska analiza za depresiju **nakon tri mjeseca** (BDI 3) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i **organiziranu religioznost** ($F=5,173$; $p=0,000$; $R = 0,611$, $R^2=0,374$, korigirani $R^2=0,302$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,080	-0,842	0,0403
TCI: Izbjegavanje štete	0,404	3,513	0,001
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,264	-1,772	0,080
TCI: Ustrajnost	0,203	1,503	0,137
TCI: Usmjerenost cilju	-0,068	-0,483	0,630
TCI: Suradljivost	-0,082	-0,642	0,522
TCI: Samotranscedencija	0,147	1,381	0,171
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,209	-1,660	0,101
OR	0,044	0,428	0,670

Tablica 24. Linearna regresijska analiza za depresiju **nakon tri mjeseca** (BDI 3) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i **neorganiziranu religioznost** ($F=5,375$; $p=0,000$; $R = 0,619$, $R^2=0,383$, korigirani $R^2=0,322$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,073	-0,774	0,442
TCI: Izbjegavanje štete	0,386	3,341	0,001
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,273	-1,847	0,069
TCI: Ustrajnost	0,212	1,579	0,118
TCI: Usmjerenost cilju	-0,054	-0,386	0,700
TCI: Suradljivost	-0,085	-0,670	0,505
TCI: Samotranscedencija	0,152	1,442	0,153
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,253	-1,996	0,049
NOR	0,120	1,151	0,253

Tablica 25. Linearna regresijska analiza za depresiju **nakon šest mjeseci** (BDI 4) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i **intrinzičnu religioznost** ($F=3,857$; $p=0,000$; $R = 0,536$, $R^2=0,288$, korigirani $R^2=0,213$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,040	-0,393	0,695
TCI: Izbjegavanje štete	0,301	2,593	0,011
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,189	-1,256	0,213
TCI: Ustrajnost	0,192	1,440	0,154
TCI: Usmjerenost cilju	0,052	0,376	0,708
TCI: Suradljivost	-0,175	-1,367	0,175
TCI: Samotranscedencija	0,286	2,614	0,011
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,267	-2,014	0,047
IR	0,011	0,102	0,919

Tablica 26. Linearna regresijska analiza za depresiju **nakon šest mjeseci** (BDI 4) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i **organiziranu religioznost** ($F=3,921$; $p=0,000$; $R = 0,539$, $R^2=0,291$, korigirani $R^2=0,217$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,043	-0,427	0,671
TCI: Izbjegavanje štete	0,296	2,564	0,012
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,186	-1,242	0,218
TCI: Ustrajnost	0,200	1,496	0,138
TCI: Usmjerenost cilju	0,065	0,466	0,642
TCI: Suradljivost	-0,180	-1,411	0,162
TCI: Samotranscedencija	0,294	2,674	0,009
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,296	-2,289	0,025
OR	0,066	0,647	0,519

Tablica 27. Linearna regresijska analiza za depresiju **nakon šest mjeseci** (BDI 4) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i **neorganiziranu religioznost** ($F=4,344$; $p=0,000$; $R = 0,559$, $R^2=0,313$, korigirani $R^2=0,241$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,033	-0,336	0,738
TCI: Izbjegavanje štete	0,265	2,298	0,024
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,198	-1,340	0,184
TCI: Ustrajnost	0,200	1,496	0,138
TCI: Usmjerenost cilju	0,089	,0651	0,517
TCI: Suradljivost	-0,193	-1,531	0,129
TCI: Samotranscendencija	0,293	2,721	0,008
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,365	-2,815	0,006
NOR	0,188	1,770	0,080

Tablica 28. Linearna regresijska analiza za depresiju **nakon 12 mjeseci** (BDI 5) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i **intrinzičnu religioznost** ($F=4,094$; $p=0,000$; $R = 0,474$, $R^2=0,225$, korigirani $R^2=0,164$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,087	-0,877	0,383
TCI: Izbjegavanje štete	0,302	2,657	0,009
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,230	-1,536	0,128
TCI: Ustrajnost	0,206	1,548	0,125
TCI: Usmjerenost cilju	0,077	0,571	0,569
TCI: Suradljivost	-0,124	-0,989	0,326
TCI: Samotranscendencija	0,201	1,872	0,065
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,304	-2,341	0,021
IR	-0,055	-0,518	0,605

Tablica 29. Linearna regresijska analiza za depresiju nakon 12 mjeseci (BDI 5) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i organiziranu religioznost ($F=4,058$; $p=0,000$; $R = 0,542$, $R^2=0,293$, korigirani $R^2=0,221$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,093	-0,945	0,347
TCI: Izbjegavanje štete	0,299	2,625	0,010
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,236	-1,571	0,120
TCI: Ustrajnost	0,208	1,552	0,124
TCI: Usmjerenost cilju	0,075	0,547	0,586
TCI: Suradljivost	-0,123	-0,972	0,334
TCI: Samotranscedencija	0,201	1,862	0,066
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,324	-2,563	0,012
OR	-0,021	-0,206	0,837

Tablica 30. Linearna regresijska analiza za depresiju nakon 12 mjeseci (BDI 5) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i neorganiziranu religioznost ($F=4,118$; $p=0,000$; $R = 0,544$, $R^2=0,296$, korigirani $R^2=0,224$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,093	-0,951	0,344
TCI: Izbjegavanje štete	0,284	2,476	0,015
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,238	-1,593	0,115
TCI: Ustrajnost	0,217	1,628	0,107
TCI: Usmjerenost cilju	0,092	0,677	0,500
TCI: Suradljivost	-0,129	-1,029	0,307
TCI: Samotranscedencija	0,206	1,922	0,058
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,373	-2,908	0,005
NOR	0,068	0,652	0,516

Kada smo promatrali povezanost depresije s pojedinim domenama duhovnosti (bez WHOQOL-SRPB ukupno) dobili smo podatak da niti jedna domena zasebno nije bila

zaslužna za povezanost s oporavkom niti u jednom mjerenju. U tablici 31. prikazane su vrijednosti za peto mjerenje.

Tablica 31. Regresijska analiza za depresiju nakon 12 mjeseci (BDI 5) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti i domene duhovnosti ($F=2,74$; $p=0,002$; $R = 0,563$, $R^2=0,316$, korigirani $R^2=0,201$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,104	-1,009	0,316
TCI: Izbjegavanje štete	-0,136	2,777	0,007
TCI: Ovisnost o nagradi	0,327	-1,764	0,801
TCI: Usmjerenost cilju	0,226	0,556	0,579
TCI: Suradljivost	-0,278	-1,035	0,107
TCI: Samotranscedencija	0,080	1,906	0,060
WHOQOL-SRPB: duhovna povezanost	0,218	-0,652	0,517
WHOQOL- SRPB:smisao života	-0,110	-0,576	0,566
WHOQOL- SRPB:divljenje/strahop oštovanje	-0,090	0,734	0,465
WHOQOL- SRPB:cjelovitost i integracija	0,105	0,024	0,981
WHOQOL- SRPB:duhovna snaga	0,003	-0,854	0,396
WHOQOL- SRPB:unutarnji mir	-0,174	-1,055	0,294
WHOQOL-SRPB:nada i optimizam	-0,157	0,161	0,872

Kada smo promatrali povezanost depresije s intrinzičnom religioznosti bez utjecaja duhovnosti dobili smo podatak da intrinzična religioznost nije značajan prediktor oporavka od depresije niti u jednom mjerenju. U tablici 32. prikazane su vrijednosti za peto mjerenje.

Tablica 32. Regresijska analiza za depresiju nakon 12 mjeseci (BDI 5) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti i intrinzičnu religioznost ($F=3,73$; $p=0,001$; $R = 0,501$, $R^2=0,251$, korigirani $R^2=0,184$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,047	-0,471	0,639
TCI: Izbjegavanje štete	-0,107	-0,833	0,407
TCI: Ovisnost o nagradi	0,342	2,966	0,004
TCI: Usmjerenost cilju	0,242	1,781	0,078
TCI: Suradljivost	-,0274	-1,798	0,075
TCI: Samotranscendencija	-0,017	-0,127	0,899
IR	0,084	0,863	0,391

5.3.4. Utjecaj dimenzija temperamenta i karaktera na povezanost duhovnosti i religioznosti s oporavkom od suicidalnosti

S ciljem utvrđivanja predikcije suicidalnosti mjerene zbrojem na BHS ljestvici bazalno i u svakoj točki mjerenja korištena je također linearna regresijska analiza (ENTER). Test se pokazao značajnim u svakoj točki mjerenja.

Kada smo promatrali suicidalnost ekstrahiranim pitanjem broj 9. Iz upitnika BDI, test se nije pokazao značajnim u svim točkama mjerenja, te smo ga stoga izbacili iz daljnjih interpretacija.

Tablica 33. Linearna regresijska analiza za suicidalnost **bazalno** (BHS 1) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i **intrinzičnu religioznost** ($F=8,950$; $p=0,000$; $R = 0,689$, $R^2=0,475$, korigirani $R^2=0,422$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,160	-1,876	0,064
TCI: Izbjegavanje štete	0,043	0,438	0,662
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,127	-0,987	0,326
TCI: Ustrajnost	0,085	0,744	0,459
TCI: Usmjerenost cilju	-0,112	-0,963	0,338
TCI: Suradljivost	-0,046	-0,425	0,672
TCI: Samotranscendencija	0,095	1,030	0,306
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,663	-5,931	0,0001
IR	0,126	1,380	0,171

Vidljivo je iz navedenih rezultata da je na viši suicidalni rizik u prvoj točki mjerenja značajan utjecaj imao niži zbroj bodova bodova na ljestvici WHOQOL-SRPB ukupno.

Iste analize provedene su za sva ostala mjerenja.

Tablica 34. Linearna regresijska analiza za suicidalnost **bazalno** (BHS 1) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i **organiziranu religioznost** ($F=8,564$; $p=0,000$; $R = 0,681$, $R^2=0,464$, korigirani $R^2=0,410$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,141	-1,647	0,103
TCI: Izbjegavanje štete	0,056	0,573	0,568
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,118	-0,912	0,364
TCI: Ustrajnost	0,075	0,649	0,518
TCI: Usmjerenost cilju	-0,119	-1,003	0,319
TCI: Suradljivost	-0,045	-0,408	0,684
TCI: Samotranscendencija	0,087	0,930	0,355
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,582	-5,286	0,0001
OR	-0,018	-0,201	0,841

Tablica 35. Linearna regresijska analiza za suicidalnost *bazalno* (BHS 1) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i *neorganiziranu religioznost* ($F=8,796$; $p=0,000$; $R = 0,686$, $R^2=0,471$, korigirani $R^2=0,417$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,139	-1,646	0,103
TCI: Izbjegavanje štete	0,037	0,371	0,712
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,123	-0,955	0,342
TCI: Ustrajnost	0,088	0,766	0,446
TCI: Usmjerenost cilju	-0,096	-0,812	0,419
TCI: Suradljivost	-0,054	-0,498	0,620
TCI: Samotranscendencija	0,092	0,996	0,322
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,644	-5,806	0,000
NOR	0,098	1,078	0,284

Tablica 36. Linearna regresijska analiza za suicidalnost *nakon mjesec dana* (BHS 2) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i *intrinzičnu religioznost* ($F=9,267$; $p=0,000$; $R = 0,704$, $R^2=0,495$, korigirani $R^2=0,442$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,302	-3,565	0,001
TCI: Izbjegavanje štete	0,099	1,018	0,312
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,089	-0,676	0,501
TCI: Ustrajnost	0,015	0,130	0,896
TCI: Usmjerenost cilju	-0,368	-3,209	0,002
TCI: Suradljivost	0,010	0,092	0,927
TCI: Samotranscendencija	-0,052	-0,561	0,576
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,384	-3,454	0,001
IR	0,146	1,593	0,115

Nakon mjesec dana, na viši suicidalni rizik utjecao je niži zbroj u dimenziji *traženje novog* i *usmjerenost cilju*, te niži zbroj bodova na ljestvici za duhovnost.

Tablica 37. Linearna regresijska analiza za suicidalnost *nakon mjesec dana* (BHS 2) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnosti i **organiziranu religioznost** ($F=8,909$; $p=0,000$; $R = 0,697$, $R^2=0,485$, korigirani $R^2=0,431$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,286	-3,378	0,001
TCI: Izbjegavanje štete	0,106	1,079	0,284
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,073	-0,547	0,586
TCI: Ustrajnost	0,012	0,103	0,918
TCI: Usmjerenost cilju	-0,356	-3,048	0,003
TCI: Suradljivost	0,003	0,024	0,981
TCI: Samotranscedencija	-0,048	-0,513	0,610
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,344	-3,145	0,002
OR	0,082	0,928	0,356

Tablica 38. Linearna regresijska analiza za suicidalnost *nakon mjesec dana* (BHS 2) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnosti i **neorganiziranu religioznost** ($F=9,206$; $p=0,000$; $R = 0,703$, $R^2=0,494$, korigirani $R^2=0,440$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,275	-3,272	0,002
TCI: Izbjegavanje štete	0,091	0,923	0,359
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,088	-0,669	0,505
TCI: Ustrajnost	0,020	0,168	0,867
TCI: Usmjerenost cilju	-0,345	-2,971	0,004
TCI: Suradljivost	0,001	0,005	0,996
TCI: Samotranscedencija	-0,052	-0,561	0,576
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,376	-3,408	0,001
NOR	0,136	1,501	0,137

Tablica 39. Linearna regresijska analiza za suicidalnost *nakon tri mjeseca* (BHS 3) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnosti i *intrinzičnu religioznost* ($F=4,414$; $p=0,000$; $R = 0,578$, $R^2=0,335$, korigirani $R^2=0,259$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,186	-1,855	0,067
TCI: Izbjegavanje štete	0,082	0,708	0,481
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,222	-1,453	0,150
TCI: Ustrajnost	0,045	0,325	0,746
TCI: Usmjerenost cilju	-0,228	-1,648	0,103
TCI: Suradljivost	-0,017	-0,134	0,894
TCI: Samotranscendencija	-0,022	-0,204	0,839
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,367	-2,789	0,007
IR	0,183	1,641	0,105

Tablica 40. Linearna regresijska analiza za suicidalnost *nakon tri mjeseca* (BHS 3) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnosti i *organiziranu religioznost* ($F=3,988$; $p=0,000$; $R = 0,559$, $R^2=0,312$, korigirani $R^2=0,234$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,160	-1,587	0,116
TCI: Izbjegavanje štete	0,098	0,840	0,404
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,210	-1,347	0,182
TCI: Ustrajnost	0,034	0,245	0,807
TCI: Usmjerenost cilju	-0,224	-1,586	0,117
TCI: Suradljivost	-0,021	-0,160	0,874
TCI: Samotranscendencija	-0,029	-0,267	0,790
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,251	-1,915	0,059
OR	-0,025	-0,233	0,816

Tablica 41. Linearna regresijska analiza za suicidalnost **nakon tri mjeseca** (BHS 3) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnosti i **neorganiziranu religioznost** ($F=4,041$; $p=0,000$; $R = 0,561$, $R^2=0,315$, korigirani $R^2=0,237$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,157	-1,557	0,124
TCI: Izbjegavanje štete	0,085	0,723	0,472
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,210	-1,357	0,179
TCI: Ustrajnost	0,043	0,312	0,756
TCI: Usmjerenost cilju	-0,209	-1,479	0,143
TCI: Suradljivost	-0,025	-0,194	0,847
TCI: Samotranscedencija	-0,021	-0,195	0,846
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,303	-2,283	0,025
NOR	0,068	0,618	0,538

Tablica 42. Linearna regresijska analiza za suicidalnost **nakon šest mjeseci** (BHS 4) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnosti i **intrinzičnu religioznost** ($F=3,461$; $p=0,000$; $R = 0,516$, $R^2=0,266$, korigirani $R^2=0,189$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	0,079	0,768	0,444
TCI: Izbjegavanje štete	0,215	1,826	0,071
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,253	-1,657	0,101
TCI: Ustrajnost	0,170	1,251	0,214
TCI: Usmjerenost cilju	-0,157	-1,116	0,267
TCI: Suradljivost	-0,014	-0,108	0,914
TCI: Samotranscedencija	-0,039	-0,352	0,726
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,251	-1,861	0,066
IR	0,084	0,760	0,449

Tablica 43. Linearna regresijska analiza za suicidalnost **nakon šest mjeseci** (BHS 4) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnosti i **organiziranu religioznost** ($F=3,472$; $p=0,001$; $R = 0,516$, $R^2=0,267$, korigirani $R^2=0,190$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	0,085	0,833	0,407
TCI: Izbjegavanje štete	0,216	1,837	0,070
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,243	-1,595	0,114
TCI: Ustrajnost	0,175	1,287	0,202
TCI: Usmjerenost cilju	-0,142	-1,002	0,319
TCI: Suradljivost	-0,021	-0,165	0,870
TCI: Samotranscedencija	-0,033	-0,297	0,767
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,248	-1,884	0,063
OR	0,084	0,806	0,423

Tablica 44. Linearna regresijska analiza za suicidalnost **nakon šest mjeseci** (BHS 4) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnosti i **neorganiziranu religioznost** ($F=3,450$; $p=0,001$; $R = 0,515$, $R^2=0,265$, korigirani $R^2=0,188$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	0,093	0,911	0,365
TCI: Izbjegavanje štete	0,208	1,740	0,085
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,249	-1,635	0,106
TCI: Ustrajnost	0,173	1,270	0,207
TCI: Usmjerenost cilju	-0,143	-1,007	0,317
TCI: Suradljivost	-0,022	-0,168	0,867
TCI: Samotranscedencija	-0,040	-0,361	0,719
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,247	-1,839	0,069
NOR	0,078	0,710	0,479

Tablica 45. Linearna regresijska analiza za suicidalnost **nakon 12 mjeseci** (BHS 5) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i **intrinzičnu religioznost** ($F=4,235$; $p=0,000$; $R = 0,548$, $R^2=0,300$, korigirani $R^2=0,229$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,018	-0,178	0,859
TCI: Izbjegavanje štete	0,265	2,355	0,021
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,182	-1,228	0,223
TCI: Ustrajnost	0,045	0,343	0,733
TCI: Usmjerenost cilju	-0,030	-0,220	0,826
TCI: Suradljivost	-0,045	-0,359	0,721
TCI: Samotranscedencija	0,022	0,206	0,837
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,295	-2,283	0,025
IR	-0,065	-0,618	0,538

Tablica 46. Linearna regresijska analiza za suicidalnost **nakon 12 mjeseci** (BHS 5) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i **organiziranu religioznost** ($F=4,192$; $p=0,000$; $R = 0,546$, $R^2=0,298$, korigirani $R^2=0,227$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,024	-0,249	0,804
TCI: Izbjegavanje štete	0,262	2,326	0,022
TCI: Ovisnost o nagradi	-0,189	-1,273	0,206
TCI: Ustrajnost	0,045	0,342	0,733
TCI: Usmjerenost cilju	-0,034	-0,251	0,802
TCI: Suradljivost	-0,042	-0,332	0,740
TCI: Samotranscedencija	0,021	0,200	0,842
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,314	-2,496	0,014
OR	-0,034	-0,335	0,739

Tablica 47. Linearna regresijska analiza za suicidalnost **nakon 12 mjeseci** (BHS 5) kao zavisnu varijablu i prediktore dimenzije ličnosti, duhovnost i **neorganiziranu religioznost** ($F=4,176$; $p=0,000$; $R = 0,545$, $R^2=0,297$, korigirani $R^2=0,226$).

	Beta	T	P
TCI: Traženje novog	-0,027	-0,278	0,781
TCI: Izbjegavanje štete	0,261	2,290	0,024
TCI: Ovisnost o nagradi	0,048	0,362	0,718
TCI: Ustrajnost	0,048	0,362	0,718
TCI: Usmjerenost cilju	-0,030	-0,221	0,826
TCI: Suradljivost	-0,027	-0,278	0,781
TCI: Samotranscedencija	0,025	0,231	0,818
WHOQOL-SRPB: Ukupno	-0,326	-2,546	0,013
NOR	-0,012	-0,110	0,912

6. RASPRAVA

Ovo je prvo prospektivno istraživanje koje prati utjecaj duhovnosti i religioznosti na brzinu oporavka od depresije i suicidalnosti u oboljelih od depresije na radno aktivnoj skupini ljudi, dakle u dobi od 30 do 65 godina. Osim toga, prvo je istraživanje koje ispituje povezanost dimenzija ličnosti s utjecajem duhovnosti na oporavak od depresije.

6.1. Povezanost duhovnosti i religioznosti s brzinom oporavka od depresije

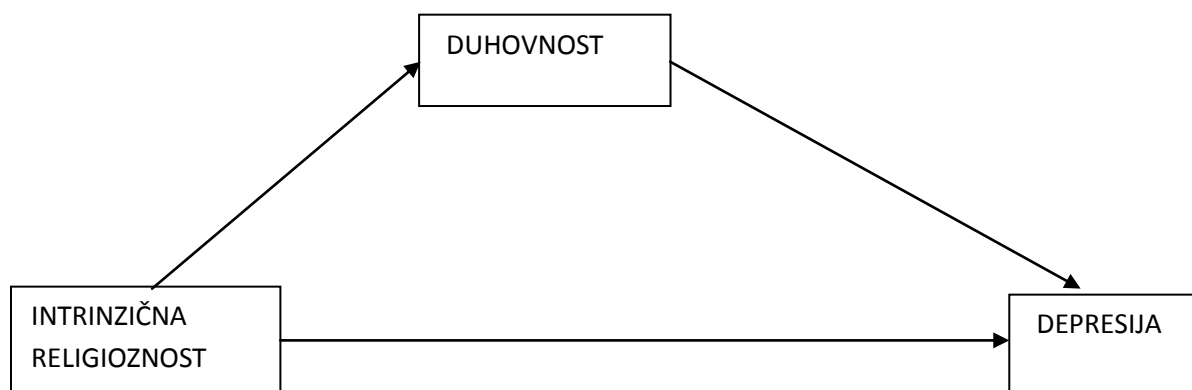
Prvim pitanjem ovog istraživanja htjeli smo odgovoriti utječu li duhovnost i religioznost oboljelih od depresije na brzinu oporavka od depresije te je li utjecaj duhovnosti veći od utjecaja religioznosti.

Pearsonovim korelacijama je utvrđena povezanost duhovnosti s depresivnosti u svim točkama mjerenja, dok povezanost depresivnosti i religioznosti nije pokazala takav trend. Intrinzična je religioznost korelirala s depresivnosti bazalno, no u daljnjim točkama mjerenja nije bilo povezanosti osim nakon 12 mjeseci, dok ekstrinzična religioznost nije pokazala povezanost niti u jednoj točki mjerenja. Navedenim rezultatima, možemo reći da smo potvrdili hipotezu da je duhovnost jači prediktor niže depresivnosti od religioznosti nakon godine dana praćenja.

Ovim istraživanjem, željeli smo, između ostalog razjasniti različitosti između dva konstrukta - duhovnosti i religioznosti. Kao što smo i očekivali, rezultati pokazuju inverznu povezanost i duhovnosti i religioznosti s depresijom u oboljelih od depresije, s tim da se i u korelacijskoj i u regresijskoj analizi duhovnost pokazala kao konstrukt koji je jače negativno povezan s depresijom. Budući da smo koristili multidimenzionalni upitnik korelacijske metode analize pokazale su da su za povezanost depresivnosti s duhovnosti „najzaslužnije“ domene *cjelovitost i integracija, unutarnji mir i nada i optimizam*.

Prema Nelsonu i suradnicima¹⁷ povezanost intrinzične religioznosti s depresijom zapravo je posredna, odnosno postoji značajna medijacija ove povezanosti putem duhovnosti. U istom radu se navodi da su komponente duhovnosti *smisao i mir* najviše doprinijele povezanosti duhovnosti s depresijom. No, međutim isti su autori pronašli da je *smisao* također najvažnija komponenta povezanosti i intrinzične religioznosti s depresijom. Osobe koje

pronalaze smisao u svojoj religioznosti će primjenjivati tzv. pozitivno religijsko sučeljavanje (*positive religious coping*) i na taj način povećati svoje resurse u borbi protiv depresije¹⁰². S druge strane, *smisao* kao komponenta duhovnosti, pomaže u „borbi“ protiv depresije i osobama koje su nereligiozne te se otvaraju onim terapijskim procesima koji imaju za cilj učvrstiti smisao (smisao života, smisao bolesti...) i iskoristiti ga kao *coping* metodu. Medijacijski model prema Nelsonu i suradnicima¹⁷ prikazan je na slici 5.



Slika 5. Medijacijski model prema Nelson i suradnicima (2009).

U našem radu, isti odnosi kao i u korelacijama, očuvani su i u multivarijantnoj analizi u koju su uz duhovnost i religioznost uključene i dimenzije ličnosti prema psihobiološkom modelu o čemu će biti govora kasnije. Regresijskom analizom kojom smo željeli utvrditi prediktore depresije u svakoj pojedinoj točki mjerenja dobili smo podatak da su značajni prediktori duhovnost mjerena s WHOQOL-SRPB ukupno i pojedine dimenzije ličnosti (*izbjegavanje štete* i *samotranscedencija*). Ni u jednoj točki mjerenja ova analiza nije pokazala značajnu predikciju bilo kojeg oblika religioznosti na zbroj bodova na ljestvici za depresiju.

U dosadašnjoj literaturi nema longitudinalne studije koja bi promatrala specifičan utjecaj duhovnosti na oporavak od depresije u oboljelih od depresije. Jedina dva rada koja su promatrala oporavak od depresije u oboljelih od depresije odnosila su se na religioznost te su, za razliku od naših rezultata, dokazala da intrinzična religioznost utječe na brži oporavak od depresije u periodu od 12 mjeseci⁷ tj. u periodu od 24 mjeseca¹¹.

U studiji od 87 bolničkih pacijenata s tjelesnom bolešću i depresivnom epizodom kao i subsindromalnom depresijom, Koenig i suradnici⁷ pokazali su da se pacijenti s višom

intrinzičnom religioznošću (IR) brže oporavljaju od onih s nižom IR. Porast na skali intrinzične religioznosti u vrijednosti od 10 bodova rezultirao je 70%-tnim povećanjem brzine oporavka od depresije kontrolirano na sve poznate prediktore oporavka od depresije ⁷. Kako bi isključio mogućnost utjecaja religioznosti na izvještavanje o simptomima, usporedio je ispitivanu skupinu s kontrolnom skupinom nedeprativnih osoba koja nije pokazala razlike u vrijednostima intrinzične religioznosti.

Payman i Ryburn su na uzorku od 94 gerijatrijska depresivna pacijenta, pokazali da intrinzična religioznost u trećem bloku regresijske analize (nakon kontroliranja društvene podrške, frekvencije odlaženja u klub, postojanja partnera, somatskog stanja, stupnja depresije) pokazuje statističku značajnost u predikciji oporavka od depresije ¹¹. Oni su stupanj intrinzične religioznosti poput nas, podijelili u nisku, srednju i visoku IR te pokazali da što je viši stupanj intrinzične religioznosti, razina depresije ostaje niža kroz čitava 24 mjeseca praćenja. Uporabom sekvencijske regresijske analize, utjecaj intrinzične religioznosti na oporavak od depresije pokazao se neovisnim od društvene aktivnosti i podrške.

Intrinzična je religioznost i u našem uzorku pokazivala utjecaj na oporavak od depresije, no u regresiji gdje je prediktor bila i duhovnost taj se utjecaj izgubio. Kada je promatrana bez uključivanja varijable duhovnosti u regresiji, također nismo dobili značajnost, iako je ona u zadnjem mjerenju bila granična ($p=0,605$). Taj podatak koji smo dobili razlikuje se od rezultata Payman i Ryburn ¹¹ koji u svom istraživanju učinjenom na gerijatrijskoj populaciji nisu ispitivali povezanost s dimenzijama ličnosti. Također vrijednosti aritmetičkih sredina u tom uzorku znatno su više no u našem, što je i očekivano obzirom da religioznost s porastom dobi obično jača ². Ako se osvrnemo na prethodno iznesen Nelsonov medijacijski model možemo ovu pojavu u našim rezultatima objasniti i time da populacija u našem uzorku nije imala dovoljno „jaku“ intrinzičnu religioznost, tj. onu religioznost koja bi davala životni smisao i time bila dovoljan zaštitni čimbenik u borbi protiv depresije i posljedično tomu prediktor oporavka od depresije.

Iako se javlja sve veća potreba za istraživanjem utjecaja duhovnosti, a ne samo religioznosti kao takve ⁶⁴, do sada nije učinjena niti jedna studija koja je koristila multidimenzionalni upitnik za duhovnost u longitudinalnom dizajnu. Više je autora naglašavalo potrebu distinkcije između religioznosti i duhovnosti ^{17,22,83,137-139} osobito stoga što se nekim studijama pronašla različitost u povezanosti duhovnosti i religioznosti s depresijom ^{17,22,137}. Iako su te studije presječne, značajan je pronalazak da duhovnost mjerena upitnikom *FACIT Spiritual Well-Being Scale* pokazuje veću povezanost s depresijom ($r=-$

0,58, $p < 0,01$) nego s intrinzičnom religioznošću ($r = -0,23$; $p < 0,05$)¹⁷. Maselko i suradnici¹⁰⁰ također su pronašli značajnu inverznu povezanost duhovnosti s depresijom za razliku od religioznosti (mjerene kao religijsko zadovoljstvo) koja je bila povezana s čak 1.5 puta **većom** učestalošću depresije.

Nedavne prospektivne studije Kasena i suradnika¹⁴⁰ te Miller i suradnika¹¹³ izvijestile su o podatku dobivenom na 114 odraslih osoba sudionika **kohortne** skupine pod visokim rizikom za depresiju uključenih u multigeneracijsku desetogodišnju longitudinalnu studiju. Sudionici kojima su religija ili duhovnost jako važni bili su zaštićeni od velike depresivne epizode, osobito od relapsa¹¹³. Religioznost je bila protektivna i to u sudionika izloženih negativnim životnim događajima¹⁴⁰. Zamjerka tima studijama je da su premalog uzorka koji je vrlo specifičan (katolička i protestantska populacija potomaka depresivnih roditelja) te da su značajnosti granične, s tim da su korišteni upitnici jednodimenzionalni (*Koliko su Vam važni duhovnost/religioznost?*).

Neki autori kao npr. King i suradnici¹⁰⁵ **nisu** pronašli protektivnu ulogu duhovnosti u odnosu na depresiju već naprotiv, da duhovna uvjerenja u odsustvu jasnog religioznog opredjeljenja ili prakse **povećavaju** vulnerabilnost za depresiju. Leurent sa suradnicima¹⁰⁴ je sličan zaključak donijela na temelju multinacionalne longitudinalne studije ($t = 12$ mjeseci) koja je pokazala da povezanost duhovnog uvjerenja s povećanim rizikom za depresiju nije u svim državama jednaka te da je takva vrsta povezanosti najveća u populaciji Ujedinjenog Kraljevstva koja je obilježena visokim stupnjem sekularizma. U velikoj kanadskoj populacijskoj studiji koja je analizirala prevalenciju mentalnih poremećaja u odnosu na duhovnost također je pronađeno da veća participacija u bogoslužju je povezana s nižom učestalošću psihijatrijskih poremećaja, ali da su osobe koje su davale više važnosti duhovnim vrijednostima imale veću učestalost psihičkih poremećaja¹⁴¹.

Da je korištenje multidimenzionalnih upitnika važno u istraživanju duhovnosti dokazano je i našim istraživanjem i to kada smo u regresijsku analizu uvrstili domene upitnika za duhovnost te smo dobili podatak da zasebne domene duhovnosti nemaju prediktornu vrijednost u oporavku od depresije za razliku od ukupnog zbroja svih domena sadržanih u upitniku WHOQOL-SRPB.

Vidljivo je iz dosadašnjih istraživanja da su povezanosti različite, no za dobivanje što vjerodostojnijih podataka važno je korištenje multidimenzionalnih upitnika i za duhovnost i za religioznost te izbjegavanje termina „duhovno“ i „Bog“ u upitnicima radi različitih implikacija u ispitanicima. Potrebno je naglasiti da je u gore navedenim studijama duhovnost

uglavnom promatrana kroz pitanje ili dva (npr. *Koliko vam je važna duhovnost u životu?*) te da nisu korišteni multidimenzionalni upitnici u isključivoj populaciji oboljelih od depresije bez upliva značajnijih drugih faktora (kao npr. dob ili teška tjelesna bolest).

Na temelju jače inverzne povezanosti depresije s duhovnošću nego s religioznošću koju smo dobili našim istraživanjem, možemo zaključiti da naslanjanje na temeljne životne vrijednosti kao što su svrha života, smisao, nada te vjera kao takva (ne nužno religiozna) (facete upitnika WHOQOL-SRPB) jače doprinosi oporavku od depresije nego religioznost (i intrinzična i ekstrinzična).

Organizirana religiozna aktivnost (kao npr. odlaženje na bogoslužje) i neorganizirana religiozna aktivnost (kao npr. molitva i meditacija) nisu pokazale prediktivni učinak na ishod depresije u našoj studiji. Taj pronalazak nije u skladu s nekim dosadašnjim istraživanjima longitudinalnog dizajna ^{6,7,10,103}. Te su studije u gerijatrijskoj populaciji pratile nastanak depresije kroz vrijeme i protektivni učinak organizirane religioznosti da se depresija ne pojavi, a objašnjavaju to između ostalog socijalnom podrškom koju vjerska zajednica daje osobama što ih posljedično štiti od depresije. No, Payman i Ryburn ¹¹ u svojoj australskoj 24-mjesečnoj studiji ne nalaze zaštićujući učinak organizirane religioznosti u studiji koja je također pratila oporavak od depresije. Nepostojanje te povezanosti u našem istraživanju, može se objasniti time da su osobe u stanju depresije sklone socijalnoj izolaciji i pasivnosti te time i rijedem izlaženju iz kuće te odlaženju na bogoslužja u, ipak, za njih psihički i socijalno zahtjevan ambijent. Nadalje, naši rezultati u kojima smo usporedili povezanost ovih koncepata s vjerom u oporavak, govore o povezanosti vjere u oporavak s duhovnošću, ali ne i s jednom od tri vrste religioznosti koje smo mjerili. Vjera u oporavak sama po sebi, između ostalog i po tipu placebo učinka može doprinijeti ozdravljenju ⁶¹.

Ono čime se ovaj nalaz još može objasniti je i pojava da su u više sekulariziranim zemljama vjerske zajednice manjeg opsega te su time njeni članovi povezaniji i prisniji. U zemlji poput naše gdje još uvijek donekle vlada masovnost vjerskih okupljanja (npr. nedjeljne mise) gubi se povezanost članova zajednice koji se međusobno često puta i ne poznaju. Na taj način izostaje protektivni učinak društvene podrške kao dijela organizirane religioznosti, a o kojem je još govorio i Durkheim.

Zanimljiv je pronalazak i objašnjenje Maselka i suradnika ¹⁰⁰ koji su pronašli da ekstrinzična religioznost rezultira s 30% nižom stopom obolijevanja od depresije u odnosu na osobe koje nikada ne odlaze na religiozne službe. Oni smatraju da taj zaštitnički odnos između religioznog angažmana i depresije nije u potpunosti posredovan ili objašnjen

duhovnim varijablama (za koje drže da imaju svoj individualni učinak) stoga što je egzistencijalno zadovoljstvo (komponenta duhovnog zadovoljstva) pokazalo svoju još protektivniju ulogu (i do 70% niže stope obolijevanja od depresije).

U pokušaju odgovora na pitanje zašto je duhovnost "protektivnija" od religioznosti u oboljelih od depresije možemo dodati i ovo da naš upitnik za duhovnost mjeri univerzalne koncepte kao što su nada, snaga, smisao života, vjera, te se smatra da ako osoba i u depresiji ima očuvane ove koncepte može se lakše oporaviti od depresije. To je u skladu i s Beckovom kognitivnom teorijom depresije¹²⁹ po kojoj negativna iskustva tijekom psihosocijalnog sazrijevanja se fiksiraju kao depresivni obrasci mišljenja. Ti obrasci su obično dugo latentni, a aktiviraju ih stresne situacije, kada se očituju depresivnim kognitivnim trijasom koji iskrivljuje realnu spoznaju aktualne situacije. Taj trijas obuhvaća: negativni stav prema sebi (samopodcijenjivanje), budućnosti (beznadežnost) i svijetu koji osobu okružuje (bezvrijednost).

Čovjek u depresiji može izgubiti vjeru u Boga tj. intrinzična se religioznost može smanjiti i ne djelovati protektivno, ali duhovni koncepti su oni koji su vezani za otpornost općenito te ako su oni očuvani osobi mogu predstavljati pokretačke snage za oporavak.

6.2. Povezanost duhovnosti, religioznosti i suicidalnosti

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je suicidalnost statistički značajno korelirala i s duhovnošću i religioznošću bazalno, s tim da se tijekom vremena povezanost s religioznošću gubi. Naime, dok je suicidalni rizik mjeren BHS-om statistički značajno negativno povezan s duhovnosti u svim točkama mjerenja, s religioznošću nije takav slučaj: povezanost postoji bazalno s organiziranom i intrinzičnom religioznošću, a nakon 12 mjeseci samo s intrinzičnom religioznošću. S neorganiziranom religioznošću ne postoji povezanost niti u jednoj točki praćenja.

Kao i za depresiju, vrijedi da je duhovnost mjerena upitnikom WHOQOL-SRPB dobar pokazatelj dinamike kretanja suicidalnosti u našem uzorku i da ta povezanost ostaje stalno prisutna. Nadalje, vidimo da tijekom vremena postoji promjena u povezanosti suicidalnosti i religioznosti. Iako jest suicidalnost bazalno povezana i s duhovnošću ($r=-0,629$; $p<0,01$) i

intrinzičnom religioznošću ($r=-0,248$; $p<0,05$) ta je povezanost jača za duhovnost. Nakon godinu dana praćenja povezanost suicidalnosti s duhovnosti ostaje jača nego s intrinzičnom religioznošću iako se ta povezanost s duhovnosti malo smanjuje ($r=-0,443$; $p<0,01$), a s intrinzičnom religioznošću pojačava ($r=-0,261$; $p<0,01$), s tim da u prethodnim točkama povezanosti s intrinzičnom religioznošću niti nema.

Budući da smo koristili multidimenzionalni upitnik koelacijske metode analize pokazale su da su za povezanost suicidalnosti s duhovnosti „zaslužne“ sve domene budući da postoji statistički značajna povezanost svih domena u svim točkama mjerenja.

Iako je Durkheim naglašavao važnost društvene kohezije u smislu protektivnosti religioznosti (osobito u Katolika), naši rezultati ukazuju na veću važnost intrinzične religioznosti. Naime organizirana religioznost koja iziskuje i veći društveni angažman prema našim rezultatima nije (toliko) protektivna kao intrinzična religioznost, koja prvenstveno pretpostavlja življenje prema moralnim načelima i religijskim uvjerenjima. Slične zaključke donijela je i Dervic sa suradnicima⁸⁹ također u populaciji oboljelih od depresije. Naime, simptomi depresije vezani uz socijalno povlačenje rezultiraju slabijim učinkom ekstrinzične religioznosti u svrhu protekcije od suicidalnosti.

Slično već spomenutom istraživanju Maselka i sur.¹⁰⁰ pronašli smo za suicidalnost u našem prethodnom istraživanju⁹⁴ gdje je egzistencijalno zadovoljstvo bilo jače obrnuto povezano sa suicidalnošću nego religiozno zadovoljstvo u populaciji ratnih vojnih veterana oboljelih od PTSP-a. To bi moglo ukazivati pak da religioznost sama po sebi nema toliku protektivnu vrijednost prema suicidalnosti, ukoliko nije odraz čovjekova egzistencijalnog stava⁹⁶.

To da je duhovnost jače od religioznosti povezana sa suicidalnošću potvrđuje rezultate još nekih radova^{18,19}. S druge su strane, Hourani i suradnici¹⁴² pronašli da duhovnost ima pozitivan utjecaj na depresiju, ali ne i na suicidalnost (i nakon kontroliranja potrebnih varijabli) u populaciji vojnog osoblja u studiji presječnog dizajna. Na žalost, prema našim saznanjima niti jedna studija nije pratila promjenu suicidalnosti kroz vrijeme, dakle u prospektivnom dizajnu studije, a s obzirom na duhovnost i religioznost.

Suicidalno ponašanje povezuje se s agresivnošću i impulzivnošću, a agresivno ponašanje prediktor je suicidalnosti u populaciji adolescenata¹⁴³. I duhovnost i religioznost vezuje se u nizu istraživanja uz niže razine nasilja, impulzivnosti, ljutnje¹⁴⁴. Stoga bi i religioznost i duhovnost mogle djelovati na suicidalnost smanjujući razinu agresivnosti i

impulzivnosti.

Promatrajući oporavak od suicidalnosti u našem uzorku, populacija naših ispitanika s višom duhovnošću brže se oporavljala od suicidalnosti za razliku od onih s nižim razinama duhovnosti. Još su značajniji rezultati dobiveni za utjecaj religioznosti – ispitanici s višim razinama intrinzične religioznosti brže su se oporavljali od suicidalnosti od onih s nižim razinama intrinzične religioznosti. Ova povezanost s religioznosti je značajna jer takva povezanost nije pronađena i kod oporavka od depresivnosti. Osim toga taj podatak još je jedan od pokazatelja različitosti pojmova duhovnost i religioznost, a s druge strane značajno je jer doprinosi i razlikovanju suicidalnosti od depresivnosti koje su po većini autora različiti koncepti^{51,46,145}. Makar je suicidalnost jedan od simptoma depresije i najčešći uzrok pokušaja ili počinjenih suicida jest depresija, ili drugi psihijatrijski poremećaj⁴⁶, suicidalnost se može smatrati zasebnim entitetom⁵⁴. Suicid i suicidalnost javljaju se vezano uz različite psihijatrijske poremećaje, no prije svega uz depresiju, ovisnost, shizofreniju. Više od 90% žrtava suicida bi mogle imati neki od psihijatrijskih poremećaja. Osim studija koje su pokazale obrnutu povezanost depresije i duhovnosti/ religioznosti, obrnuta povezanost nađena je i u istraživanjima vezanim uz ovisnost kako o alkoholu tako i o psihoaktivnim tvarima¹⁴⁶. Smatra se da kombinacija crta ličnosti u određenim okolnostima i u prisustvu psihijatrijskog poremećaja dovodi do suicidalnosti i suicida¹⁴⁷.

Regresijskom analizom u našem radu, nadalje dobivamo da je duhovnost ta koja ima značajnost u predikciji suicidalnosti iako statistička značajnost nije održana u točki nakon šest mjeseci. Pojedine dimenzije ličnosti - *traženje novog i usmjerenost cilju* – javljaju se kao značajan prediktor nakon mjesec dana, a *izbjegavanje štete* je prediktor suicidalnosti nakon 12 mjeseci. Religioznost ni u kojem obliku nije pokazala značajnost u predikciji smanjenja suicidalnosti niti u jednoj točki mjerenja.

Dimenzija *usmjerenost cilju* (ili samoodređenost) je crta ličnosti koja reflektira osobine kao što su odgovornost, svrhovitost, samoprihvatanje²². Ona je tipično smanjena u pacijenta s depresijom¹⁴⁸. Conrad sa suradnicima¹²¹ je također našao razlike između onih koji imaju i nemaju suicidalne ideje uglavnom vezane za razlike u ovoj dimenziji karaktera jer ona odražava više kognitivne procese. Niska *usmjerenost cilju* je glavni korelat postojanja poremećaja ličnosti, dijagnostičke kategorije koja se zapravo najčešće povezuje sa suicidalnim pokušajima i idejama¹⁴⁹.

Dimenzija koja se često povezivala sa suicidalnošću je *traženje novog*¹²², a pokazala se prediktorom i u ovom istraživanju. Radi se o dopaminergički određenoj dimenziji temperamenta, vezanoj uz impulzivnost, traženje pažnje i sklonost rizičnom ponašanju, a povezivana je redovito i s ovisnošću koja je sama po sebi vezana uz suicidalnosti¹⁵⁰.

Visoka dimenzija *izbjegavanje štete* koja označava sklonost anksioznosti i pesimizmu pokazala se u nizu istraživanja rizičnim čimbenikom za suicidalne pokušaje i suicidalnost¹⁴⁸ u populaciji oboljelih od depresije^{24,152,153}. U nekim je istraživanjima suicidalnost povezana s komorbiditetnim stanjima kao što su ovisnosti¹⁵¹. Dimenzija *izbjegavanje štete*, uz *traženje novog*, karakteristična je za osobe s višom sklonošću ovisnosti¹⁵⁵.

6.3. Osobine ličnosti, duhovnost, religioznost i depresija

Depresija mjerena bazalno je u našem uzorku značajno korelirala s dimenzijama ličnosti u skladu s literaturom²²⁻²⁵, i to u pozitivnom smjeru s *izbjegavanjem štete*, a u obrnutom smjeru s *usmjerenosti cilju* i *suradljivošću*. Te su se povezanosti zadržale kroz vrijeme, tj. u svim točkama mjerenja, bez promjena. Što se tiče povezanosti duhovnosti i religioznosti s dimenzijama ličnosti, ona presječno, dakle u korelacijama postoji i to obrnuto između duhovnosti i *izbjegavanja štete* te pozitivno između duhovnosti i *usmjerenosti cilju*, *suradljivošću* i *samotranscedencije*. S organiziranom religioznosti nije korelirala značajno niti jedna dimenzija ličnosti, dok je *samotranscedencija* korelirala pozitivno s neorganiziranom i intrinzičnom religioznosti. Što se tiče pojedinih dimenzija duhovnosti, one su uglavnom korelirale s dimenzijama karaktera te s dimenzijom *izbjegavanje štete*, no dimenzija *ovisnost o nagradi* korelirala je s *duhovnom povezanošću* te s *divljenjem/strahopoštovanjem*. Logično je da je *unutarnji mir* korelirao inverzno s dimenzijom temperamenta *traženje novog*.

Trend ovakovih korelacija nije pronađen i u regresijskoj analizi kojom smo nastojali odgovoriti na pitanje utječu li dimenzije temperamenta i karaktera na povezanost duhovnosti/religioznosti i brzine oporavka od depresije. Pronašli smo da su više vrijednosti u dimenzijama *izbjegavanje štete* i *samotranscedencija* prediktori više depresivnosti tijekom praćenja. *Samotranscedencija* se pokazala značajnim prediktorom bazalno, te nakon 6 i 12 mjeseci, dok se *izbjegavanje štete* pokazalo značajnim prediktorom nakon mjesec dana, tri

mjeseca i nakon 12 mjeseci. Ostale dimenzije temperamenta i karaktera nisu pokazale značajnost u predikciji depresije. Naš je rezultat konzistentan s istraživanjima ranijih autora 23,25,120

U regresijskoj analizi oporavka od depresije nakon godinu dana u koju su uključene dimenzije temperamenta, religioznost i duhovnost, značajnim prediktorom pokazala se bazalno mjerena ukupna duhovnost, te dvije dimenzije: dimenzija temperamenta *izbjegavanje štete* i karaktera *samotranscendencija* s tim da je duhovnost bila najznačajniji prediktor. Ovaj nalaz potvrđuje našu hipotezu o višoj zaštitnoj ulozi duhovnosti u odnosu na religioznost, ali otvara i pitanje jače predikcije duhovnosti u odnosu na dimenzije ličnosti.

Korelacijom se pokazala različita povezanost pojedinih osobina ličnosti s duhovnošću nego s religioznošću što je još jednom potvrdilo tezu o različitosti tih dvaju konstrukata. Tako, najveću povezanost s duhovnošću pokazuju negativno *izbjegavanje štete* kao uglavnom nasljedna dimenzija temperamenta, te pozitivno *usmjerenost cilju* i *samotranscendencija* te *suradljivost* kao većim dijelom okolinskim utjecajem modelirane dimenzije karaktera. S organiziranom i intrinzičnom religioznošću korelirala je samo dimenzija karaktera *samotranscendencija* u pozitivnom smjeru, dok ostale dimenzije ličnosti nisu korelirale značajno s religioznošću.

Inverzna povezanost *izbjegavanja štete* za očekivati je s obzirom na značajnu predikciju duhovnosti prema depresiji te i ranije izvještavanu povezanost te dimenzije temperamenta s depresijom ¹²⁰. Ima nekih autora koji dimenziju *izbjegavanje štete* uzimaju kao primjer tautologije s depresijom, s obzirom na gotovo 90 postotnu korelaciju s depresivnosti. Ta dimenzija predstavlja bihevioralnu inhibiciju vezano uz genetski determiniran serotoninergički sustav. Paralelno tomu, neki autori vežu duhovnost također uz sustav serotonina ⁷⁹, čime se i na biološkoj razini, može objasniti povezanost te dimenzije ličnosti s duhovnosti. Budući da se za dimenziju *izbjegavanja štete* navodi da je čimbenik vulnerabilnosti za depresiju ¹⁵⁶, sukladno tomu za duhovnost bi se moglo reći da je pandan toj dimenziji, tj. protektivni čimbenik.

Što se tiče veze s dimenzijama karaktera, naš nalaz ide u prilog ideje da nezrelost self-koncepta koju odražavaju snižene dimenzije *usmjerenosti cilju* i *suradljivosti* predstavljaju čimbenik vulnerabilnosti za psihičke poremećaje općenito. Naši nalazi specifično pokazuju i obrnuto, odnosno ako su ove dimenzije više izražene u ličnosti bolji je odgovor na terapiju i vjerojatniji oporavak od depresije. *Usmjerenost cilju* uključuje sučeljavanja, rješavanje

problema i percepciju resursa podrške. Kitamura i suradnici ¹⁵⁷ nalaze povezanost ove dimenzije s veličinom socijalne podrške pojedincu.

Cloninger, međutim, naglašava ^{25,158} da su sve tri dimenzije karaktera važne za zdrav i sretan život. On nadalje naglašava da emocionalna konzistencija i otpornost ovise o razvoju tih triju karakternih dimenzija, te da suvremena zapadnjačka koncepcija mentalnog zdravlja obično naglašava osobine sadržane u *usmjerenosti cilju* i *suradljivosti*, ali zanemaruju ulogu samosvijesti bazirane na *samotranscendenciji*. Samotranscendencija je najmanje izučavana dimenzija karaktera. Ako je, kako predlažu Cloninger i suradnici ²², *samotranscendencija* dimenzija karaktera koja sazrijeva zadnja tijekom razvoja može biti da ljudi koji imaju imaginaciju, kreativnost i svijest o jedinstvu sa univerzumom mogu bolje tolerirati anksioznost, krivnju i slične depresivne konstrukte, što je znak zrelosti ega. Sve tri dimenzije tvore dinamični adaptabilni sustav kojim se ličnost prilagođava na zahtjeve okoline. Cloninger nadalje smatra da traženje smisla u životu može pomoći ljudima da razviju svoj karakter te tako postanu manje vulnerabilni na nove depresivne epizode ¹⁵⁸. Upravo se dimenzija *samotranscedencija* pokazala prediktorom oporavka u drugom dijelu praćenja tj. nakon šest mjeseci i godinu dana, što je u skladu s istraživanjima koja nalaze da dimenzije karaktera, za razliku od *izbjegavanja štete* koje raste već nakon mjesec dana tretmana, rastu nakon više mjeseci tretmana ¹²⁰.

Prema našim saznanjima, do sada nije objavljena studija koja bi promatrala povezanost duhovnosti i religioznosti s Cloningerovim modelom ličnosti u oboljelih od depresije, ali ima studija koje su promatrale istu povezanost vezano uz petofaktorski model. Tako su Johnstone i suradnici ¹²⁸ pronašli da su neke osobine ličnosti (mjerene s NEO-FFI) različito povezane s duhovnosti i religioznosti te da postoje određene razlike u osobinama ličnosti s obzirom na vjersku denominaciju. Duhovnost je pozitivno korelirala s pozitivnim crtama ličnosti kao npr. ekstraverzijom, dok je s negativnim crtama ličnosti (neuroticizam) korelirala negativno. Osobine ličnosti korelirale su s religioznošću u puno slabijoj mjeri i to samo neuroticizam pozitivno s organiziranom religioznošću tj. društvenom podrškom religijske zajednice. Budući da su neuroticizam i *izbjegavanje štete* visoko korelirane dimenzije ¹⁶² stoga ovaj zaključak može potkrijepiti i naše rezultate.

To da je duhovnost jači prediktor depresivnosti od dimenzija ličnosti pronašao je i Piedmont ¹⁶³. No, neki autori smatraju da se duhovnost i religioznost trebaju promatrati kao adaptacije karaktera bazirane na temeljnim osobinama ličnosti (tj. temperamentu) čime se

može očekivati da svaki pozitivan učinak duhovnosti/religioznosti je u najmanjoj mjeri rezultat bazičnih osobina ličnosti^{92,128}.

Što se tiče povezanosti religioznosti s TCI, ona se u našem uzorku pronalazi samo u dimenziji *samotranscedencije* što se moglo i očekivati. Tu slabiju povezanost osobina ličnosti s religioznošću potvrđuje i pronalazak Paloutziana i suradnika¹²⁵ koji su utvrdili da iskustva vjerskih obraćenja utječu na karakterne adaptacije, kao što su ciljevi i osobna dostignuća, ali da imaju vrlo mali utjecaj na temeljne osobine ličnosti prema petofaktorskom modelu.

Vidljivo je, vezano uz tijek depresije, a i suicidalnosti, da se prediktori depresije od točke do točke mjerenja mogu promijeniti. Kako je to moguće? Naime predikcija dimenzije temperamenta *izbjegavanje štete*, kao genetski određene, najjače je i prisutna kao značajan prediktor u svim mjerenjima. Dimenzije karaktera (*usmjerenost cilju, suradljivost i samotranscedencija*) međutim mijenjaju se u svom međusobnom odnosu, pa i prema depresiji i suicidalnosti. Studije su pokazale da povišena dimenzija *izbjegavanje štete* kakvu nalazimo u početku, tijekom uspješnog tretmana opada, i ta je razlika vidljiva već nakon mjesec dana²³. Promjene u *usmjerenosti cilju* i *samotranscedenciji* vidljive su kasnije²³, a promjene u njihovim međusobnim odnosima vezano uz tu dinamiku slabije su razjašnjene.

6.4. Završna razmatranja

Iako smo separirali konstrukte duhovnost i religioznost, uporabom različitih mjerila, između njih naravno postoje preklapanja. Mnoge su osobe i duhovne i religiozne istodobno, dok druge nisu. Naime, među osobama za koje su ta dva konstrukta odvojena, pozitivan učinak koji ima duhovnost za razliku od religioznosti, može biti odraz njihova mjesta kontrole²¹. Duhovne osobe češće pronalaze svoju snagu u samima sebi i posljedično tomu osjećajući kontrolu u sebi imaju bolje duhovno zadovoljstvo. Naprotiv, osobe koje se doživljavaju prvenstveno religioznima, a ne i duhovnima, mogu tražiti vodstvo kroz religiju, stavljajući izvor kontrole izvan sebe. To vanjsko mjesto kontrole može ponekad izazivati osjećaje bespomoćnosti i depresivnosti.

Traženje smisla u životu može doprinijeti kvaliteti života isto kao i psihički, fizički, društveni i okolinski čimbenici. Radi skorog suočavanja sa smrću i "očaja kraja života",

mnogi su smatrali da pitanja smisla artikulirana kroz duhovnost/religioznost doprinose kvaliteti života prije svega u oboljelih od terminalnih i malignih bolesti ¹⁵⁹, no potvrđeno je da isti odnos postoji i u drugim kategorijama oboljelih kao npr. oboljelih od fokalne epilepsije ¹⁶⁰ i u shizofrenih pacijenata ¹⁶¹.

Nadalje, ono što se često puta spominje je identifikacija životnog zadovoljstva i subjektivnog zadovoljstva s užitkom i pozitivnim emocijama. Tu je potrebno također učiniti distinkciju jer ponekad ljudi koji za sebe kažu da su dobro, a istovremeno objektivno pate, objašnjavaju svoje negativno iskustvo smislenim i svrhovitim ¹⁶³⁻¹⁶⁷. Smisao i strah su osobne i individualne komponente, stoga, iako dva pacijenta imaju iste simptome bolesti, njihova patnja će biti različita ¹⁶⁴. Postavljanje dijagnoze, unatoč kompleksnim tehnikama i metodama uglavnom je usmjereno na simptome i tijelo, a manje na osobu, stoga se "dijagnoza patnje" često zanemaruje čak i u teškim bolestima kada patnja izvire iz lica pacijenta ¹⁶⁴.

Jedna studija je čak i potvrdila da je subjektivno zadovoljstvo povezano s osobnošću (mjerenom NEO-FFI) preko zajedničkih gena sugerirajući da osobnost može stvarati „afektivnu rezervu“ relevantnu za održavanje i mijenjanje zadovoljstva tijekom vremena ¹⁶⁸.

Dosadašnji naglasak u psihijatriji uglavnom je baziran na bolesnom i rizičnim čimbenicima, a ne na čimbenicima otpornosti ¹⁵⁸. Ovo je istraživanje usmjereno utvrđivanju koji čimbenici su važni za oporavak, tj. usmjereno je na zdrave snage u čovjeku i sposobnost da ima nadu, vjeru i smisao života. Ako su te komponente prisutne i ako nastane depresija osoba će se uz pomoć te zdrave jezgre lakše oporavljati.

Neki autori smatraju da skale za duhovnost poput Spiritual Well-Being Scale (SWBS) ¹⁶⁹, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp) ¹⁷⁰ i naravno upitnik koji smo mi koristili WHOQOL SRPBS, sadržavaju duhovnost koja je definirana pozitivnim ljudskim osobinama ^{2,113} te da se zapravo radi o tautologiji, osobito kada se rabe u studijama na temu mentalnog zdravlja. Nadalje navode ti autori, da neke od tih skala imaju uključena pitanja o psihološkom zadovoljstvu, *well-being-u*, povezanosti s drugima, nadi, smislu i svrsi u životu, ili altruističkim vrijednostima koje su dio mjerila za religioznost/duhovnost. Ta pitanja su po njima, indikatori mentalnog zdravlja i ne bi trebala biti uključena u definiciju duhovnosti kao takve.

Eventualna tautologija može postojati i na više razina, kao npr. je li niska duhovnost dio depresije, je li depresija jednako suicidalnost, te je li *izbjegavanje štete* jednako depresija. Depresija se može ticati dijelova života, ponašanja i funkcioniranja koja nisu u vezi s duhovnošću ili religioznošću. Uostalom, ovdje se radi o populaciji koja se sama došla liječiti

tj. nije izgubila nadu što smo i potvrdili pitanjem na početku liječenja – *Vjerujete li da će te ozdraviti?* Preko 40% ispitanika je odgovorilo potvrdno na to pitanje, a 46,9% je odgovorilo s možda.

Brady, Peterman i Fichett ¹⁷⁰ kao i O'Connell i Skevington ⁶⁸ nalaze da su smisao života i unutrašnji mir značajno vezani uz zdravstvenu kvalitetu života i kada ih se kontrolira na socijalnu poželjnost, raspoloženje i emocionalna stanja, što ukazuje da se radi o odvojenom konstruktivnom od samog emocionalnog i/ili afektivnog stanja tj. depresije.

Fizičko, mentalno i duhovno zadovoljstvo ne bi se smjelo promatrati izvan konteksta ljudske naravi, stoga što je svaka komponenta navedenog zadovoljstva nastala kao adaptivni odgovor na izazove života u dugoj povijesti ljudske evolucije ¹⁷¹. Višestruki sustavi učenja i pamćenja ugrađeni u ljudska bića – bihevioralno kondicioniranje, semantičko učenje i samosvijest – trebaju se smatrati međusobno ovisnim aspektima cjelovitog ljudskog adaptivnog funkcioniranja i zadovoljstva ¹⁷¹.

6.5. Ograničenja

Ono što u ovom radu, a i u većini dosadašnjih radova, ograničava mogućnost generalizacije rezultata, je da se istraživanje bazira na poglavito pripadnicima katoličke vjeroispovijesti. Iako odnos duhovnosti, osobnosti i zdravlja ne bi trebao biti definiran različitim vjerskim opredjeljenjem, istraživanjem Johnstone i suradnika ¹²⁸ utvrđeno je da Protestante uglavnom obilježava viša razina intrinzične religioznosti, Židovi su specifični po višem stupnju ekstrinzične religioznosti, a Katolici da se nalaze između jednih i drugih. Taj podatak potvrđuje uvjerenje da se Protestanti uglavnom fokusiraju na njihov osobni odnos s Bogom, dok se Židovi uglavnom oslanjaju na religioznu praksu i aktivnosti u zajednici. Katolici, koji čine većinu i u našem uzorku (oko 92%), ne pokazuju ekstremne vrijednosti niti u jednom od ta dva smjera, već su s obzirom na izraženost ekstrinzične i intrinzične religioznosti, negdje u sredini ¹²⁵.

7. ZAKLJUČCI

1. U populaciji oboljelih od depresije duhovnost i religioznost su inverzno povezane s depresivnošću bazalno, ali je veza s duhovnošću intenzivnija. Povezanost duhovnosti i depresivnosti ostala je značajna kroz čitav period praćenja (12 mjeseci) za razliku od povezanosti s religioznošću.
2. Više izražena duhovnost utječe na brži oporavak od depresije u oboljelih od depresije za razliku od religioznosti koja se nije pokazala značajnim prediktorom oporavka od depresivnosti.
3. Sve podskale duhovnosti korelirane su s depresijom kao i suicidalnošću u svim točkama mjerenja i ne izdvajaju se u regresijskoj analizi
4. Duhovnost i religioznost inverzno su povezane sa suicidalnošću bazalno i nakon godinu dana praćenja, ali je veza s duhovnošću intenzivnija. Povezanost duhovnosti i suicidalnosti ostala je značajna kroz čitav period praćenja za razliku od povezanosti s religioznošću iako su ispitanici s više izraženom religioznošću pokazivali značajno nižu suicidalnost u usporedbi s ispitanicima s nižom religioznošću.
5. Više izražena duhovnost utječe na brži oporavak od suicidalnosti u oboljelih od depresije za razliku od religioznosti koja se nije pokazala značajnim prediktorom oporavka od suicidalnosti.
6. Dimenzije temperamenta i karaktera *izbjegavanje štete* i *samotranscedencija* pokazali su se kao značajni prediktori oporavaka od depresije.
7. Dimenzije *izbjegavanje štete*, usmjerenost cilju pokazala se značajnim prediktrom oporavka od suicidalnosti
8. Duhovnost i dimenzija temperamenta *izbjegavanje štete* najznačajniji su prediktori smanjenja i depresivnosti i suicidalnosti kroz godinu dana praćenja.

8. SAŽETAK

Uvod: Duhovnost i religioznost su se u nizu istraživanja pokazale zaštitnim čimbenicima za psihičko zdravlje. Ličnost je povezana s nastankom i tijekom depresije, kao i s duhovnošću i religioznošću, ali njihova međusobna povezanost te odnos prema oporavku od depresije neistraženi su.

Cilj: Ovim istraživanjem pratili smo brzinu oporavka od depresije i suicidalnost u oboljelih od depresivnog poremećaja u odnosu na duhovnost i religioznost te dimenzije ličnosti prema psihobiološkom modelu.

Metode: Osim sociodemografskog upitnika ispitanici su ispunjavali samoocjenjske skale za depresiju (BDI), za beznadnost kao glavni prediktor suicidalnosti (BHS), za duhovnost (WHOQOL-SRPB), za religioznost (DUREL), te upitnik ličnosti (TCI). Praćeno je 99 ispitanika kroz godinu dana.

Rezultati: Više izražena duhovnost utjecala je na brži oporavak od depresije i suicidalnosti u oboljelih od depresije za razliku od religioznosti koja se nije pokazala značajnim prediktorom oporavka od depresivnosti niti suicidalnosti. Dimenzija temperamenta *izbjegavanje štete* bila je tijekom cijelog praćenja značajan prediktor oporavka.

Zaključak: Duhovnost i dimenzija *izbjegavanje štete* značajni su prediktori oporavka od depresije i suicidalnosti tijekom godinu dana praćenja u oboljelih od depresije.

9. ABSTRACT

The influence of spirituality on suicidality and recovery rate from depression

Sanea Mihaljević, 2014.

Introduction: The studies show that both spirituality and religiosity are protective for mental health. Personality is related with course and outcome of depression, as well as spirituality and religiosity, and their relations towards to recovery from depression are underresearched.

Aim: This study followed influence of spirituality and religiosity on course and outcome of depression and suicidality in patients with depressive episode, controlled for personality dimensions.

Methods: The patients were assessed with self-report measures of depression (BDI), suicidality (BHS), spirituality (WHOQOL-SRPB), religiosity (DUREL) and personality (TCI). Ninety nine patients finished a year long follow up.

Results: Higher spirituality influenced recovery of depression and suicidality in patients with depressive episode, but religiosity that did not show to be significant predictor of recovery for depression or suicidality. Dimension *harm avoidance* was significant predictor of improvement of depression in all points of measurement.

Conclusion: Spirituality and dimension *harm avoidance* are significant predictors of recovery of depression and suicidality during a year long follow up.

Keywords: spirituality, religiosity, personality, depression, suicidality, recovery

10.LITERATURA

- 1) World Health Organization 2008, The Global Burden of Disease 2004. Dostupno na: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html. Preuzeto 10.12.2010.
- 2) Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2001.
- 3) WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med* 2006;62(6):1486-97.
- 4) Koenig HG. Religion And Medicine I: Historical Background And Reasons For Separation. *Int J Psychiatry Med* 2000;30(4):385-98.
- 5) Tepper L, Rogers SA, Coleman EM, Malony HN. The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psych Serv* 2001;52:660–665.
- 6) Braam AW, Beekman AT, Deeg DJ, Smit JH, van Tilburg W. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96(3):199-205.
- 7) Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients. *Am J Psychiatry* 1998;155:536–542.
- 8) Koenig HG, George LK, Titus P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *Am J Geriatr Soc* 2004;52(4):554-62.
- 9) Koenig HG. Religion and depression in older medical inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15(4):282-91.
- 10) Bosworth HB, Park KS, McQuoid DR, Hays JC, Steffens DC. The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18(10):905-14.
- 11) Payman V, Ryburn B. Religiousness and recovery from inpatient geriatric depression: Findings from the PEJAMA Study. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44(6):560-7.
- 12) Dew RE, Daniel SS, Goldston DB, McCall WV, Kuchibhatla M, Schleifer C, Triplett MF, Koenig HG. A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients. *J Affect Disord* 2010;120(1-3):149-57.

- 13) Harrison MO, Edwards CL, Koenig HG, Bosworth HB, Decastro L, Wood M. Religiosity/spirituality and pain in patients with sickle cell disease. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(4):250-7.
- 14) Cotton S, Puchalski CM, Sherman SN, Mrus JM, Peterman AH, Feinberg J, Pargament KI, Justice AC, Leonard AC, Tsevat J. Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med* 2006;21 Suppl 5:S5-13.
- 15) Bekelman DB, Dy SM, Becker DM, Wittstein IS, Hendricks DE, Yamashita TE, Gottlieb SH. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *J Gen Intern Med* 2007;22(4):470-7.
- 16) Aukst-Margetić B, Jakovljević M, Ivanec D, Margetić B, Ljubicić D, Samija M. Religiosity and quality of life in breast cancer patients. *Coll Antropol* 2009;33(4):1265-71.
- 17) Nelson C, Jacobson CM, Weinberger MI, Bhaskaran V, Rosenfeld B, Breitbart W, Roth AJ. The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Ann Behav Med* 2009;38(2):105-14.
- 18) McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer* 2006;14:379–385.
- 19) McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 2003;361(9369):1603-7.
- 20) McGrath P. Religiosity and the challenge of terminal illness. *Death Stud* 2003;27(10):881-99.
- 21) Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* 2002;43:213–220.
- 22) Cloninger RC, Svrakic DM, Przybeck, TR. A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975-990.
- 23) Corruble E, Duret C, Pelissolo A, Falissard B, Guelfi JD. Early and delayed personality changes associated with depression recovery? A one-year follow-up study. *Psychiatry Res* 2002; 109, 17–25.
- 24) Grucza RA, Przybeck TR, Spitznagel EL, Cloninger CR. Personality and depressive symptoms: a multi-dimensional analysis. *J Affect Disord* 2003;74, 123–130.
- 25) Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *J Affect Disord* 2006;92, 35–44.

- 26) Sadock BJ, Sadock VA: Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry, 9th edition, Lippincot Wiliams and Wilkins, 2003.
- 27) Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med* 2002;136, 302–311.
- 28) MKB-10, Klasifikacija metalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, deseta revizija. Medicinska naklada, Zagreb, 1999.
- 29) Stahl MS: Stahl's essential psychofarmacology, Cambridge University Press, New York, 2008.
- 30) Bozina N, Mihaljević-Peles A, Sagud M, Jakovljević M, Sertić J. Serotonin transporter polymorphism in Croatian patients with major depressive disorder. *Psychiatr Danub* 2006 Jun;18(1-2):83-9.
- 31) Taylor MJ, Sen S, Bhagwagar Z. Antidepressant response and the serotonin transporter gene-linked polymorphic region. *Biol Psychiatry* 2010 Sep 15;68(6):536-43.
- 32) Jakovljević M. Depresivni poremećaji. Od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja. Pro Mente d.o.o. Zagreb, 2003.
- 33) Gabbard OA. *Psychodynamic Psychiatry*, 4 th edition, American Psychiatric Publishing, Inc. 2005.
- 34) Rudan V. Psihodinamski pristup depresiji u: Ljubičić R. i sur. Zbornik sažetaka s prvog hrvatskog kongresa duhovne psihijatrije s međunarodnim sudjelovanjem - Depresija, suicid i patologija seksualnosti. 11.-13. veljače 2011. Opatija, Hrvatska.
- 35) Beck JS. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. NY, London: The Guilford Press, 1995.
- 36) McEwen BS. Mood Disorders and Allostatic Load. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 200-207.
- 37) Drevets Wc, Price JI, Simpson JR, et all. Subgenual Prefrontal Cortex Abnormalities in Mod Disorders. *Nature* 1997; 386: 824-827.
- 38) Drevets Wc, Videen To, Price JI, et all. A Functional Anatomical Study of Unipolar Depression. *J Neurosci* 1992; 12: 3628-3641.
- 39) Frodl T, Meisenzahl E, Zetzsche T, et all. Enlargment of the Amygdala in Patients with a Firts Episode of Major Depression. *Biol Psychiatry* 2002; 51: 708-714.
- 40) Kandel ER. A New Intellectual Framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 457-469.
- 41) Nikić M. Samoubojstvo. *Obnov Život* 1995; 50; 2; 185-200.

- 42) Kecmanović D. Psihijatrija. Beograd; Zagreb: Medicinska knjiga, 1989.
- 43) Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:151–158.
- 44) Chen YW, Dilsaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry* 1996;39:896–899.
- 45) Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000;157:1925–1932.
- 46) Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161:1433–1441.
- 47) Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:1189–1194.
- 48) Schneider B, Philipp M, Muller MJ. Psychopathological predictors of suicide in patients with major depression during a 5-year follow-up. *Eur Psychiatry* 2001;16:283–288.
- 49) Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *J Affect Disord* 2002;68:167–181.
- 50) Brodaty H, MacCuspie-Moore CM, Tickle L, Luscombe G. Depression, diagnostic subtype and death: a 25 year follow-up study. *J Affect Disord* 1997;46:233–242.
- 51) Beck AT, Steer RA, Beck JS, et al.: Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav* 23:139–145, 1993.
- 52) Schotte DE, Clum GA: Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *J Consult Clin Psych* 1987;55:49–54.
- 53) Minkoff K, Berman E, Beck AT, et al.: Hopelessness, depression and attempted suicide. *Am J Psychiatry* 1973;130:455–459.
- 54) Mann JJ. Role of the Serotonergic System in the Pathogenesis of Major Depression and Suicidal Behavior. *Neuropsychopharmacology* 1999 Aug;21(2 Suppl):99S-105S.
- 55) Arango V, Underwood MD, Mann JJ. Postmortem findings in suicide victims. Implications for in vivo imaging studies. *Ann N Y Acad Sci* 1997; Dec 29;836:269-87.
- 56) Muck-Seler D, Jakovljević M, Pivac N. Platelet 5-HT concentrations and suicidal behavior in recurrent major depression. *J Affect Disord* 1996; 39, 73–80.

- 57) Pivac N, Jakovljević M, Muck-Seler D, Brzović Z. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function and platelet serotonin concentrations in depressed patients. *Psych Research* 1997; 73,123-132.
- 58) Ćorić ŠŠ. *Psihologija religioznosti*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998.
- 59) Allport GW. *The Individual And His Religion: A Psychological Interpretation*. New York: Macmillan, 1950.
- 60) Cloninger CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry* 2006; June, 5:71-6.
- 61) Jakovljević M. Duhovnost u suvremenoj medicini i psihijatriji: profesionalne granice i kompetencije, konceptualna, epistemološka i moralna pitanja. Ur. Jakovljević M. u: *Duhovnost u suvremenoj medicini i psihijatriji*. Katedra za psihijatriju medicinskog fakulteta Sveučilišta u Mostaru. *Pro mente*, Zagreb, 2010. str. 7-95.
- 62) Koenig GH. *Spirituality in Patient Care: Why, how, when, and what*. Philadelphia & London: Templeton Foundation Press, 2002.
- 63) Američka psihijatrijska udruga. *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, četvrto izdanje (DSM-IV)*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1996.
- 64) Saucier G, Skrzypinska K. Spiritual but not religious? Evidence for two independent dispositions. *J Pers* 2006;74:1257–1292.
- 65) Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *J Psychol Theol* 1983; 11: 330–340.
- 66) Colucci E. Recognizing spirituality in the assessment and prevention of suicidal behaviour. *World Cultural Psychiatry Research Review* 2008; 77–95.
- 67) Hall DE, Meador KG, Koenig HG. Measuring religiousness in health research: review and critique. *J Relig Health* 2008; 47: 134–163.
- 68) O'Connell KA, Skevington SM. Spiritual, religious, and personal beliefs are important and distinctive to assessing quality of life in health: A comparison of theoretical models. *Br J Health Psychol* 2010; 15 (4); 729-748.
- 69) Brady MJ, Peterman AH, Fichett G, Mo F, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology* 1999; 417-428.
- 70) Jakovljević M. Current status of religion and spirituality in psychiatry. *Psychiatr Danub* 2005; 17;3-4;138-140.
- 71) Muldoon M, King N. Spirituality, health care, and bioethics. *J Relig Health* 1995;34:329–349.

- 72) Vaughan, R.; Wittine, B.; Walsh, R. Transpersonal Psychology and the Religious Person. In: Shafranske, EP., editor. Religion and the Clinical Practice of Psychology. Washington D.C.: American Psychological Association; 1988. p. 483-509.
- 73) Meezenbroek EJ, Garssen D, van den Berg M, van Dierendonck D, Visser A, Schaufeli WB. Measuring Spirituality as a Universal Human Experience: A Review of Spirituality Questionnaires. *J Relig Health* 2012; 51:336–354
- 74) Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and health. An emerging research field. *Am Psychol* 2003;58:24–35.
- 75) Emblen JD. Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature. *J Prof Nurs* 1992;8:41–47.
- 76) Elkins DN, Hedstrom LJ, Hughes LL, Leaf JA, Saunders C. Toward a humanistic-phenomenological spirituality: definition, description, and measurement. *Journal of Humanistic Psychology* 1988;28:5–18.
- 77) Kendler KS, Liu XQ, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2003;160:496–503
- 78) Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol* 1967;5:432–443.
- 79) Borg J, Andree B, Soderstrom H, Farde L. The serotonin system and spiritual experiences. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1965–1969.
- 80) Devinsky O, Lai G. Spirituality and religion in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2008 May;12(4):636-43.
- 81) Láng A. Impact of attachment to God and religious coping on life satisfaction. *Orv Hetil* 2013; Nov 17;154(46):1843-7.
- 82) Aukst-Margetic B, Jakovljevic M, Margetic B. Depression, cancer and religiosity. *Psychiatr Danub* 2002; 14:9 –18.
- 83) Oquendo M, Dragatsi D, Harkavy-Friedman J, Dervic K, Currier D, Keller A, Burke AK, Grunebaum MF, Mann JJ. Protective factors against suicidal behavior in Latinos. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193:438–443.
- 84) Mihaljević S, Aukst-Margetić B, Vuksan-Ćusa B, Koić E, Milošević M. Hopelessness, suicidality and religious coping in Croatian war veterans with PTSD. *Psychiatr Danub* 2012 Sep;24(3):292-7.

- 85) Kranitz L, Abrahams J, Spiegel D, et al. Religious beliefs of suicidal patients. *Psychol Rep* 1968; 22: 936.
- 86) Stack S. The effect of religious commitment on suicide: a crossnational analysis. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 362–374
- 87) Spoerri A, Zwahlen M, Bopp M, Gutzwiller F, Egger M. for the Swiss National Cohort Study. Religion and assisted and non-assisted suicide in Switzerland: National Cohort Study. *Int J Epidemiol* 2010;39:1486–1494.
- 88) Panczak R, Spoerri A, Zwahlen M, Bopp M, Gutzwiller F, Egger M. Religion and Suicide in Patients with Mental Illness or Cancer. *Suicide Life Threat Behav* 2013 Apr;43(2):213-22.
- 89) Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ. Religious Affiliation and Suicide Attempt. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2303–2308.
- 90) McIntosh DN, Silver RC, Wortman CB. Religion's role in adjustment to a negative life event: coping with the loss of a child. *J Pers Soc Psychol* 1993; 65: 812–821.
- 91) Birnbaum L, Birnbaum A. In search of inner wisdom: Guided mindfulness meditation in the context of suicide. *Scientific World Journal* 2004; 4: 216–227.
- 92) Löckenhoff CE, Ironson GH, O’Cleirigh C, Costa PT. Five-Factor Model Personality Traits, Spirituality/Religiousness, and Mental Health among People Living With HIV. *J Pers* 2009 October ; 77(5): 1411–1436.
- 93) Ano GG, Vasconcelles EB. Religious Coping and Psychological Adjustment to Stress: A Meta-Analysis. *J Clin Psychol* 2005; 61: 461–480.
- 94) Nađ S, Marčinko D, Vuksan-Ćusa B, Jakovljević M, Jakovljević G. Spiritual well-being, intrinsic religiosity, and suicidal behavior in predominantly Catholic Croatian war veterans with chronic posttraumatic stress disorder: a case control study. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196: 79–83.
- 95) Ivan Pavao II. Spasonosno trpljenje – Salvifici doloris. Zagreb: Kršćanska sadašnjost, 2003.
- 96) Fife BL. The conceptualization of meaning in illness. *Soc Sci Med* 1994;38:309–316.
- 97) Kirkpatrick LA: Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion. The Guilford Press, New York, London, 2005
- 98) Granqvist P, Ivarsson T, Broberg AG, Hagekull B. Examining Relations Among Attachment, Religiosity, and New Age Spirituality Using the Adult Attachment Interview. *Dev Psychol* 2007, Vol. 43, No. 3, 590–601

- 99) Sorenson AM, Grindstaff CF, Turner RJ. Religious involvement among unmarried adolescent mothers: A source of emotional support? *Soc Rel* 1995; 56:71-81.
- 100) Maselko J, Gilman SE, Buka S. Religious service attendance and spiritual well-being are differentially associated with risk of major depression. *Psychol Med* 2009; 39(6):1009-17.
- 101) Cowen EL. The negative concept as a personality measure. *J Consult Psychol* 1954;18:138-142.
- 102) Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *J Health Psychol* 2004; 9:713–730.
- 103) Park JI, Hong JP, Park S, Cho MJ. The relationship between religion and mental disorders in a Korean population. *Psychiatry Investig* 2012;9, 29–35.
- 104) Leurent B, Nazareth I, BellónSaameño J, Geerlings MI, Maaroos H, Saldivia S, Švab I, TorresGonzález F, Xavier M, King M. Spiritual and religious beliefs as risk factors for the onset of major depression: an international cohort study. *Psychol Med* 2013; January pp 1 12.
- 105) King M, Weich S, Nazroo J, Blizard R. Religion, mental health and ethnicity. EMPIRIC – a national survey of England. *J Ment Health* 2006;15,153–162.
- 106) Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull* 2003;129:614–636.
- 107) McCullough ME, Larson DB. Religion and depression: a review of the literature. *Twin Res* 1999;2:126–136.
- 108) Ginia V, Shaw DG. Religion, Intrinsic-Extrinsic Orientation, and Depression. *Rev Relig Res* 1991;32:276–283.
- 109) Levin JS, Markides KS, Ray LA. Religious attendance and psychological well-being in Mexican Americans: a panel analysis of three-generations data. *Gerontologist* 1996;36:454–463.
- 110) Nađ S, Marčinko D, Vuksan-Ćusa B, Jakovljević M, Jakovljević G: Spiritual Well-Being, Intrinsic Religiosity, and Suicidal Behavior in Predominantly Catholic Croatian War Veterans With Chronic Posttraumatic Stress Disorder-A Case Control Study. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:79–83.

- 111) Davis TL, Kerr BA, Robinson Kurpius SE. Meaning, purpose and religiosity in at-risk youth: The relationship between anxiety and spirituality. *J Psychol Theology* 2006;4:356–365.
- 112) Koenig H, Concerns About Measuring “Spirituality” in Research. *J Nerv Ment Dis* 2008;196: 349–355.
- 113) Miller L, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Sage M, Tenke CE, Weissman MM. Religiosity and major depression in adults at high risk : a tenyear prospective study. *Am J Psychiatry* 2012;169,89–94.
- 114) Petz B. *Psihologijski rječnik*. Zagreb: Prosvjeta, 1992.
- 115) Buss DM, Larsen RJ. *Personality psychology: Domains of Knowlodge About Human Nature*. McGraw Hill, 2008.
- 116) Costa PT, McCrae RR. Influence of Extraversion and Neuroticism on Subjective Well – Being: Happy and Unhappy People. *J Pers Soc Psychol* 1980; 38(4): 668-678.
- 117) Zohar AH. The Blatt and the Cloninger Models of Personality and their Relationship with Psychopathology. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2007;Vol 44 No. 4:292–300.
- 118) Peirson AR, Heuchert JW, Thomala L, Berk M, Plein H, Cloninger CR. Relationship between serotonin and the temperament and character inventory. *Psychiatry Res* 1999 Dec 13;89(1):29-37.
- 119) Cloninger RC. Healthy personality development and well-being. *World Psychiatry* 2012; 11:2.
- 120) Kampman O, Poutanen O. Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis. *J Affect Dis* 2011;135 :20–27.
- 121) Conrad R, Walz F, Geiser F, Imbierowicz K, Liedtke R, Wegener I. Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients. *Psychiatry Res* 2009; 30;170(2-3):212-7.
- 122) Giegling I, Olgiati P, Hartmann AM, Calati R, Möller HJ, Rujescu D, Serretti A. Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *J Psychiatr Res* 2009; Dec;43(16):1262-71.
- 123) Nilsson KW, Damberg M, Ohrn KJ, Leppert J, Lindstorm L, Anchorter H. Genes encoding for AP-2beta and serotonin transporter are associated with personality character spirituality acceptance. *Neurosci Lett* 2007,16:233-7.
- 124) Wink P, Ciciolla L, Dillon M, Tracy A. Religiousness, spiritual seeking, and personality: findings from a longitudinal study. *J Pers* 2007 Oct;75(5):1051-70.

- 125) Paloutzian RF, Richardson JT, Rambo LR. Religious Conversion and Personality Change. *J Pers* 1999; 67, 6:1047–1079.
- 126) Saroglou V. Religion and the five factors of personality: A meta-analytic review. *Pers Individ Diff* 2002;32:15–25.
- 127) Saroglou V, Muñoz-García A. Individual differences in religion and spirituality: An issue of personality traits and/or values. *J Sci Relig* 2008;47:83–101.
- 128) Johnstone B, Yoon DP, Cohen D, Schopp LH, McCormack G, Campbell J, Smith M. Relationships Among Spirituality, Religious Practices, Personality Factors, and Health for Five Different Faith-Traditions. *J Relig Health* 2012 Dec;51(4):1017-41.
- 129) Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979, str. 398-399.
- 130) Beck A.T. *Beck Hopelessness Scale*. The Psychological Corporation, 1988.
- 131) Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Rev Saude Publica* 2011;45(1):153-65.
- 132) Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions* 2010; 1, 78-85.
- 133) Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 (20):22-33; 34-57.
- 134) Aukst Margetić B, Jakovljević M, Ivanec D, Margetić B. Temperament, character, and quality of life in patients with schizophrenia and their first-degree relatives. *Compr Psychiatry* 2011; 52,425–430.
- 135) Aukst Margetić B, Jakovljević M, Ivanec D, Marčinko D, Margetić B, Jakšić N. Current suicidality and previous suicidal attempts in patients with schizophrenia are associated with different dimensions of temperament and character. *Psychiatry Res* 2012 Dec 30;200(2-3):120-5.
- 136) Državni ured za statistiku, 2011. Dostupno na: <http://www.dzs.hr/Eng/Census/census2011.htm> (preuzeto 10.06.2013.)

- 137) Tsuang MT, Williams WM, Simpson JC, Lyons MJ. Pilot study of spirituality and mental health in twins. *Am J Psychiatry* 2002;159:486–488.
- 138) Tsuang M, Simpson JC. Commentary on Koenig. Concerns About Measuring ‘Spirituality’ in Research. *J Nerv Ment Dis* 2008;196; 8
- 139) Tsuang MT, Simpson JT, Koenenn KC, Kremen WC, Lyons MC. Spiritual Well-Being and Health. *J Nerv Ment Dis* 2007;195: 673–680.
- 140) Kasen S, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Weissman MM. Religiosity and resilience in persons at high risk for major depression. *Psychol Med* 2012; 42(3): 509–519
- 141) Baetz M, Bowen R, Jones G, Koru-Sengul T. How spiritual values and worship attendance relate to psychiatric disorders in the Canadian population. *Can J Psychiatry* 2006 ;51(10):654-61
- 142) Hourani LL, Williams J, Forman-Hoffman V, Lane ME, Weimer B, Bray RM. Influence of spirituality on depression, posttraumatic stress disorder, and suicidality in active duty military personnel. *Depress Res Treat* 2012;2012:4254-63.
- 143) Goldney RD, Winefield A, Saebel J, Winefield H, Tiggeman M: Anger, suicidal ideation, and attempted suicide: a prospective study. *Compr Psychiatry* 1997; 38:264–268
- 144) Storch EA, Storch JB: Intrinsic religiosity and aggression in a sample of intercollegiate athletes. *Psychol Rep* 2002; 91:1041–1042
- 145) Ahrens B, Linden M. Is there a suicidality syndrome independent of specific major psychiatric disorder? Results of a split half multiple regression analysis. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:79-86.
- 146) Haber JR, Koenig LB, Jacob T. Alcoholism, personality, and religion/spirituality: an integrative review. *Curr Drug Abuse Rev* 2011;4(4):250-60.
- 147) Gustafsson L, Jacobsson L. On mental disorder and somatic disease in suicide: A psychological autopsy study of 100 suicides in northern Sweden. *Nord J Psychiatry* 2000;54:383± 395.
- 148) Abrams KY, Yune SK, Kim SJ, Jeon HJ, Han SJ, Hwang J, Sung YH, Lee KJ, Lyoo IK. Trait and state aspects of harm avoidance and its implication for treatment in major depressive disorder, dysthymic disorder, and depressive personality disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004;58(3):240-8.
- 149) Andover MS, Pepper CM, Ryabchenko KA, Orrico EG, Gibb BE. Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35(5):581-91

- 150) Van Ammers EC, Sellman JD, Mulder RT. Temperament and substance abuse in schizophrenia: is there a relationship? *J Nerv Ment Dis* 1997;185(5):283-8.
- 151) Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113(3):180-206.
- 152) Van Heeringen C, Marusic A. Understanding the suicidal brain. *Br J Psychiatry* 2003;183:282-4.
- 153) Becerra B, Páez F, Robles-García R, Vela GE. Temperament and character profile of persons with suicide attempt. *Actas Esp Psiquiatr* 2005;33(2):117-22.
- 154) Fenton WS. Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30(1):34-49.
- 155) Milivojevic D, Milovanovic SD, Jovanovic M, Svrakic DM, Svrakic NM, Svrakic SM, Cloninger CR. Temperament and character modify risk of drug addiction and influence choice of drugs. *Am J Addict* 2012;21(5):462-7.
- 156) Pelissolo A, Corruble E. Personality factors in depressive disorders: contribution of the psychobiologic model developed by Cloninger. *Encephale* 2002; 28, 363–373.
- 157) Kitamura T, Kijima N, Watanabe K, Takezaki Y, Tanaka E. Precedents of perceived social support: Personality and early life experiences. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999;53, 649–654.
- 158) Cloninger CR, Zohar AH. Personality and the perception of health and happiness. *J Affect Disord* 2011 Jan;128(1-2):24-32.
- 159) Caplan LS, Sawyer P, Holt C, Allman RM. Religiosity and Function Among Community-Dwelling Older Adult Survivors of Cancer. *J Relig Spiritual Aging* 2013;25(4):311-325.
- 160) Giovagnoli AR, Meneses RF, da Silva AM. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy Behav* 2006 Aug;9(1):133-9.
- 161) Shah R, Kulhara P, Grover S, Kumar S, Malhotra R, Tyagi S. Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia. *Psychiatry Res* 2011 Dec 30;190(2-3):200-5.
- 162) Masthoff ED, Trompenaars FJ, Van Heck GL, Hodiamont PP, DeVries J. The relationship between dimensional personality models and quality of life in psychiatric outpatients. *Psychiatry Res* 2007;149:81-8.

- 163) Piedmont RL. Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five-factor model. *J Pers* 1999;67:985–1013.
- 164) Cassell EJ. Diagnosing suffering: a perspective. *Ann Intern Med* 1999 Oct 5;131(7):531-4.
- 165) Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol* 2002 Jun;82(6):1007-22.
- 166) Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* 1995 Oct;69(4):719-27
- 167) Ryan RM, Deci EL. Self-regulation and the problem of human autonomy: does psychology need choice, self-determination, and will? *J Pers* 2006;74(6):1557-85.
- 168) Weiss A, Bates TC, Luciano M. Happiness is a personal(ity) thing: the genetics of personality and well-being in a representative sample. *Psychol Sci* 2008;19(3):205-10.
- 169) Paloutzian RF, Ellison CW- Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In LA Peplau, D Perlman (Eds), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley & Sons, 1982.
- 170) Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D A. case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology* 1999; 8:417– 428.
- 171) Cloninger CR. Evolution of human brain functions: the functional structure of human consciousness. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43(11):994-1006.

11. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 26.12.1976.godine u Virovitici, gdje sam završila osnovnu i srednju školu. Medicinski fakultet u Zagrebu upisala sam 1995.g., diplomirala sam na njemu 28.06.2001.g. Iste godine započinjem pripravnički staž u Domu zdravlja Virovitica. Godine 2002. polažem Državni ispit te se zapošljavam kao liječnik opće prakse u Domu zdravlja Virovitica. Od 2003.g. radim na Odjelu za duševne bolesti te odlazim na specijalizaciju iz psihijatrije 2004.g. Većinu specijalističkog staža provodim na Klinici za psihijatriju KBC Zagreb. Specijalistički ispit polažem 2008.g. te od tada radim na Odjelu za duševne bolesti u Virovitici gdje sam voditelj Dnevne bolnice.

Godine 2004. upisujem poslijediplomski studij Biomedicina i zdravstvo. Završila sam dva stupnja edukacije iz kognitivno – bihevioralne psihoterapije te sam u procesu edukacije iz grupne analize. Godine 2009. diplomirala sam na Institutu za teološku kulturu pri Katoličkom bogoslovnom fakultetu u Zagrebu.

Moje uže područje interesa jesu integrativna psihijatrija, te odnos religioznosti, duhovnosti i psihičkih poremećaja.

Publicirala sam šest članaka u časopisima indeksiranim u bazi podataka Current Contents, autor sam dvaju poglavlja knjiga. Autor sam brojnih prezentacija na domaćim i međunarodnim kongresima objavljenih u knjigama sažetaka.

Članica sam više domaćih i međunarodnih društava iz područja psihijatrije.

Od 2008.godine sam udana i majka sam dvoje djece.

12. PRILOZI

Sociodemografski upitnik

Primjeri čestica

Spol	Muško	Žensko
Dob		
Bračno stanje	a) Oženjen/udata ili u izvanbračnoj zajednici b) neoženjen /neudata c) rastavljen /a d) udovac/udovica	
Imate li djece ? ako da – navesti koliko	DA	NE
Gdje živite?	1-Grad 2- selo 3 - prigradsko naselje	
S kim živite ?	1 - SAM 2 - U ZAJEDNICI	
Vjeroispovijest	1 = katolik 2 = pravoslavac 3 = evangelik 4 =pripadnik neke kršćanske denominacije 5 = židov 6 = musliman 7 = pripadnik ne kršćanske religije 8 = agnostik 9=ateist	
Koliko se smatrate religioznim?	a) nimalo b) malo c) srednje d) jako	
Koliko se smatrate društvenom aktivnim?	a) nimalo b) malo c) srednje	

	d) jako
Pušenje	DA NE PRESTAO/LA
Pijete li alkohol?	1- ne uopće 2- prigodno 3- vikendom 4- svaki dan
Jeste li se do sada pokušali ubiti?	DA NE
Koliko puta i na koji način?	
Je li Vam se u obitelji netko nekada pokušao ubiti?	DA NE
Je li Vam se netko u obitelji liječi/o psihijatrijski?	DA NE
Vjerujete li da ćete ozdraviti/da će se problem riješiti?	a) da b) ne c) možda

Beckov upitnik depresije (BDI)

Svojstva upitnika opisana u poglavlju metode

Primjeri čestica:

Nisam žalostan

Osjećam se žalosno

Žalostan sam cijelo vrijeme i to ne prestaje

Tako sam žalostan i nesretan da to ne mogu izdržati

Ne osjećam se naročito krivim

Dobar dio vremena se osjećam krivim

Veći dio vremena se osjećam prilično krivim

Stalno se osjećam krivim

Beckov upitnik beznadnosti (BHS)

Svojstva upitnika opisana u poglavlju Metode.

Primjeri čestica:

- Na budućnost gledam s nadom i entuzijazmom
- Bolje da odustanem jer ionako ne mogu ništa učiniti da popravim svoju situaciju
- Kada stvari idu loše, pomaže mi saznanje da to ne može trajati zauvijek.
- Ne mogu zamisliti kako će mi život izgledati za 10 godina.
- Očekujem da ću uspješno riješiti ono što me sada najviše zabrinjava.

Upitnik temperamenta i karaktera

Svojstva upitnika opisana u poglavlju Metode.

Primjeri čestica:

Često isprobavam nove stvari iz zabave ili uzbuđenja iako većina ljudi smatra da je to gubljenje vremena.

Obično sam siguran da će sve biti dobro, čak i u onim situacijama koje zabrinjavaju većinu ljudi

Često sam duboko dirnut običnim govorom ili poezijom

Često se osjećam kao žrtva okolnosti

Obično mogu prihvatiti druge ljude onakve kakvi jesu čak i kada se dosta razlikuju od mene

Vjerujem da se čuda dešavaju

Uživam u osvećivanju ljudima koji su me povrijedili

Kada se koncentriram na nešto , često gubim osjećaj za vrijeme

Često osjećam da moj život ima vrlo malo svrhe ili smisla

Volim pomoći da se problem riješi tako da svi imaju koristi od toga

Upitnik za duhovnost

Svojstva upitnika opisana u poglavlju Metode.

Primjeri čestica:

Smisao života

U kojoj mjeri ste pronašli smisao svog života?

U kojoj vam mjeri pomaganje drugim ljudima omogućava smisao života?

U kojoj mjeri osjećate da vaš život ima svrhu?

U kojoj mjeri osjećate da ste ovdje s razlogom?

Vjera

U kojoj mjeri vjera doprinosi vašem zadovoljstvu?

U kojoj mjeri vam u svakodnevnom životu vjera daje nadu?

U kojoj mjeri vam u svakodnevnom životu vjera daje snagu?

U kojoj mjeri vam vjera pomaže uživati u životu?

Upitnik za religioznost

Svojstva upitnika opisana u poglavlju Metode.

Primjeri čestica:

Koliko često pohađate crkvene ili druge religiozne susrete?

Koliko često provodite vrijeme u osobnim religioznim aktivnostima, kao što su molitva, meditacija ili proučavanje Biblije?

U svom sam životu iskusio prisutnost Nadnaravnog (npr. Boga).

Moja religiozna uvjerenja leže u podlozi svih mojih životnih nastojanja.

Jako se trudim prenijeti svoju religiju i na ostala područja svog života.