
Meri TADINAC

BIOPSIHOSOCIJALNE
ODREDNICE BOLESTI
I ZDRAVLJA

Odavno je poznato da psihički faktori mogu djelovati na zdravlje – još je Hipokrat naglašavao povezanost psihičkih i tjelesnih pojava. No u zapadnoj je medicini udio psihosocijalnih činitelja u razvoju bolesti dugo bio zanemaran. Kao odgovor na takvo stajalište, prema kojem se bolest smatra isključivo poremećajem tjelesnih procesa, formuliran je biopsihosocijalni model bolesti i zdravlja u kojem su zdravlje i bolest podjednako određeni interakcijom bioloških, psiholoških i socijalnih činitelja (Engel, 1977.). Procesni na makrorazini (npr. postojanje socijalne podrške) i procesi na mikrorazini (npr. hormonalna neravnoteža) međusobnom interakcijom dovode do stanja zdravlja ili bolesti. Kako su ti procesi međuzavisni, promjene na jednoj razini, npr. psihološkoj, dovode do promjena u drugim razinama (Tkalčić, 1998.). Ovakvo promijenjeno tumačenje zdravlja i bolesti potaknulo je brojna istraživanja usmjerena na ispitivanje uloge psihosocijalnih činitelja u zdravlju odnosno bolesti (O’Leary, 1990., Wiedenfeld i sur., 1990.). Zahvaljujući naglom razvoju imunologije omogućeno je istraživanje procesa kojima psihosocijalni činitelji mogu utjecati na zdravlje/bolest, što je dovelo do sve veće popularnosti psihoneuroimunoloških istraživanja (Glaser i Kiecolt-Glaser, 1994.; Cohen i Herbert, 1996.; Stowell i sur., 2001.), odnosno izučavanja psiholoških procesa koji djeluju na nastanak i na tijek tjelesnih bolesti. Sve detaljnije poznavanje biološke podloge veze između psihičkoga života i zdravlja, odnosno bolesti, omogućuje lakšu interpretaciju brojnih nalaza koji potvrđuju izravni utjecaj nekih stresnih događaja, strukture ličnosti ili čak utjecaj okoline na imunološke reakcije pojedinca. Neke vrste kroničnoga stresa mogu potisnuti aktivnost živčanoga sustava, pa je npr. broj NK stanica (prirodnih stanica ubojica, od engl. *natural killer cells*) manji od normalnog kod žena čiji su muževi teško bolesni ili su umrli u zadnjih šest mjeseci te kod studenata u ispitnom razdoblju (Gla-

ser i sur., 1986.; Irwin i sur., 1986.; Kang i sur., 1997.). Osjećaj emocionalne izoliranosti veći je rizik za zdravlje nego pušenje, visok krvni tlak, tjelesna težina ili razina kolesterola (House i sur., 1988.). Novije istraživanje Step-toea i sur. (2003.) pokazalo je da su osamljenost i emocionalna izoliranost povezane s višim krvnim tlakom, većim količinama kortizola u krvi te manjim porastom broja NK stanica u stresnoj situaciji.

U ratnim vremenima pojedine su kategorije ljudi – npr. prognanici, obitelji poginulih i nestalih osoba, ratni zarobljenici te ranjenici/invalidi – posebno izložene utjecaju stresa uslijed brojnih intenzivnih i često dugotrajnih traumatskih iskustava. Iako razmatranje psiholoških posljedica rata izlazi iz okvira ovoga rada, vrijedno je spomenuti kako je u Hrvatskoj proveden niz istraživanja koja upozoravaju na specifične posljedice ratnih stresova na raznim razinama – od neurološke do razine ponašanja (npr. Babaja i Stermšek, 1995.; Krizmanić, 1995.; Vrca i sur., 1996.; Bek i sur.; 2001.; Begić i Jokić-Begić, 2002.).

Međutim, kad govorimo o utjecaju stresa na zdravlje, važno je naglasiti da postoje velike individualne razlike u percepciji određenih događaja kao stresnih i u reakcijama na njih. Svaki stresor može izazvati širok raspon reakcija, koje su posljedica ličnosti, stila suočavanja sa stresom, naučenih odgovora, stupnja samopoštovanja, lokusa kontrole, optimizma-pesimizma, procjene samoefikasnosti te socijalnoga konteksta u kojem se stresna situacija javila (Wiefenfeld i sur., 1990.; Thoits, 1995.). Za ilustraciju navedimo npr. nalaz da HIV pozitivne osobe koje su optimističnije glede zdravstvenog ishoda bolesti imaju sporiji pad imunoloških funkcija, kasnije javljanje simptoma bolesti te dulji vijek preživljavanja (Reed i sur., 1999.); imunološki su otporniji oni pojedinci koji raspolažu učinkovitijim mehanizmima suočavanja sa stresom (Olf, 1999.). Navedeni učinci mogu biti modificirani činiteljima poput kvalitete i količine socijalne podrške. Rizici za zdravlje koje donosi stres mogu biti ublaženi odgovarajućom socijalnom podrškom (Uchino i sur., 1996.), pri čemu se čini da percepcija ili vjerovanje u mogućnost dobivanja podrške jače utječe na zdravlje osobe nego stvarno primanje podrške (Dunkel-Schetter i Bennett, 1990.). Ovi nalazi govore o socijalnoj podršci bliske okoline pacijenta, uglavnom obitelji i prijatelja, no ne smijemo zaboraviti ni utjecaj percipirane podrške zdravstvenoga sustava i društva u cjelini. Navedimo samo neke od važnih činitelja, spomenutih u radnoj verziji *Strategije razvitka zdravstva u Republici Hrvatskoj*: odnos zdravstvenih djelatnika prema pacijentima, utjecaj socijalno-ekonomskoga statusa pacijenta na opseg i razinu

zdravstvene zaštite, pitanje povjerenja pacijenata u učinkovitost zdravstvenoga sustava itd. U istom se dokumentu navodi kako je u izvješću *Svjetske zdravstvene organizacije* za 2000. godinu hrvatsko zdravstvo na 43. mjestu prema kriteriju sveukupnog učinka rada, na 83. mjestu prema pristupačnosti i odnosu prema bolesniku, a tek na 111. prema pravednosti i solidarnosti, tj. utjecaju financijskog udjela pacijenta na opseg i kvalitetu zdravstvene zaštite. Nedvojbeno je da doživljaj pacijenta kako među građanima postoje znatne razlike u mogućnosti da ostvare svoje pravo na zdravlje negativno utječe na njegovo povjerenje u sustav i percepciju društvene podrške.

Osim što stres može dovesti do pojave ili egzacerbacije odnosno pogoršanja, bolesti, postoji utjecaj i u suprotnom smjeru: pogoršanje bolesti može dovesti do psihičke neravnoteže, pri čemu će se utjecaj bolesti razlikovati ovisno o osobinama pojedinca, ali i pojavnosti bolesti, pri čemu njezina težina ne mora biti presudan faktor. Teško bolesni ljudi ne moraju okolini nužno izgledati bolesno ili bolest ne mora biti vidljiva u svakom od stadija, npr. predakutnom. Srčani bolesnici uglavnom nemaju vanjskih znakova bolesti. Sama ta činjenica dopušta im da katkada negiraju bolest, a time i da kvalitetnije sudjeluju u svakodnevnim životnim zahtjevima. Bolesnike koji imaju vanjske znakove bolesti stalno ti znakovi podsjećaju na bolest, na činjenicu koliko su ranjivi, s čime se povezuje nisko samopoštovanje, nisko samopouzdanje, slabija socijalna prilagodba, depresivnost i općenito snižena kvaliteta života (Ginsburg i Link, 1989.; Koo, 1995.) Tako npr. život s kroničnom i okolini vidljivom bolešću kao što je psorijaza može osjetno utjecati na pacijenta te njegovi/njezini svakodnevni stresni događaji povezani s bolešću mogu znatno utjecati i na tijek same bolesti (Kent i Keohane, 2001., Kotrulja i sur., 2001., Fortune i sur., 2002.).

U SAD-u je 70-ih godina predstavljen model holističke medicine, čiji se glavni predstavnik Pelletier (1977.) suprotstavlja definiciji zdravlja kao odsutnosti bolesti; on zdravlje smatra psihološkom prilagodbom na najrazličitije životne izazove. Pelletier razmatra povezanost stresa s pojavom četiriju skupina bolesti – kardiovaskularnih bolesti, malignih tumora, artritisa i bolesti dišnoga sustava.

Sve veći broj nalaza o ulozi psihosocijalnih činitelja i stresa u razvoju bolesti usmjerio je pozornost kliničara na tehnike psihosocijalne intervencije koje bi mogle imati pozitivan učinak na funkcioniranje imunološkoga sustava (Kiecolt-Glaser, 1992.), no nalazi istraživanja u kojima se provjeravala učinkovitost tih tehnika još su daleko od kon-

kluzivnih, što ne začuđuje s obzirom na izrazitu složenost istraživanja na ovom području i velik broj intervenirajućih varijabli o kojima treba voditi računa. Najopćenitije rečeno, pokazalo se da psihosocijalne intervencije, kao što su tehnika relaksacije ili trening upravljanja stresom, imaju pozitivne učinke na zdravlje (Fawzy i sur., 1990.a, 1990. b, Schedlowski i Tewes, 1999.). Kod kliničkih populacija, kao što su pacijenti oboljeli od raka ili HIV pacijenti, trening relaksacije često se kombinira s kognitivno-bihevioralnim treningom upravljanja stresom. Razni programi strukturirane grupne intervencije često se sastoje od triju komponenti: 1. zdravstvenog obrazovanja, u kojem se pacijentu daju informacije o etiologiji, dijagnozi i terapiji bolesti te informacije o općem ponašanju povezanom sa zdravljem (prehrana, vježbanje, spavanje); 2. upravljanja stresom – pacijente se uči kako da prepoznaju stresne situacije i reakcije, nauče izbjegavati događaje koji izazivaju stres te poboljšaju strategije suočavanja sa stresom; 3. suočavanja s bolešću – pacijente se uči aktivnom suočavanju s bolešću, i to i na ponašajnoj, i na kognitivnoj razini.

Potaknuti navedenim nalazima, pokrenuli smo program istraživanja koji polazi od dobro dokumentirane pretpostavke da postoje nedvojbene veze između psihosocijalnih faktora i (ne)nastanka bolesti. Opći cilj tih istraživanja jest ispitati glavne biološke, psihološke i socijalne odrednice zdravlja i bolesti te utvrditi na koji način bolest djeluje na pojedinca, o kojim činiteljima ovisi njegova percepcija bolesti i reakcija na nju (vrsta i trajanje bolesti, utjecaj na tjelesni izgled, osobine ličnosti pojedinca, percipirana socijalna podrška) te koje psihološke varijable moderiraju funkcioniranje imunološkoga sustava, npr. kako razvoj bolesti ovisi o količini stresnih životnih događaja i o mehanizmima suočavanja. Na osnovi dosadašnjih nalaza očekujemo povezanost bolesti s količinom stresnih životnih događaja, mehanizmima suočavanja sa stresom, osobinama ličnosti pojedinca i percipiranom socijalnom podrškom. Kako određene osobine pojedinca pojačavaju subjektivni osjećaj stresa, dok ga primjena učinkovitih strategija suočavanja smanjuje, a percipirana socijalna podrška ublažava učinke stresnih događaja, pretpostavljamo da će određene osobine ličnosti u kombinaciji s neučinkovitim suočavanjem sa stresom te niskom percipiranom socijalnom podrškom pojačati osjećaj stresnog iskustva i obrnuto. Druga naša hipoteza jest da će percipirano smanjenje kvalitete života ovisiti o osobinama pojedinca, vrsti i težini bolesti, a osobito njezinu utjecaju na tjelesni izgled.

Preliminarna istraživanja proveli smo na dermatološkim bolesnicima. Bolesti kože, poput akni, često se smatraju nevažnima ili čak trivijalnim u usporedbi s bolestima drugih organskih sustava. No ispitivanje oboljelih od akni, kod kojih stanje stresa nije toliko prouzročeno ugrožavanjem općega zdravstvenog stanja koliko je posljedica utjecaja bolesti na izgled pacijenata, pokazalo je da se često javljaju psihosocijalne poteškoće i sniženje kvalitete života. Na njih je više utjecala pacijentova procjena vlastita stanja nego objektivna težina akni (Oremović i sur., 2001.; Tadinac i sur., 2001.), što otvara mogućnosti pružanja pomoći pacijentima u okviru psihološkoga pristupa. Praktični odjek ovoga nalaza ogleda se u činjenici da su se navedene spoznaje već počele primjenjivati u radu s dermatološkim bolesnicima *Kliničke bolnice „Sestara milosrdnica“*, gdje oboljeli tijekom terapije imaju osiguranu i psihološku pomoć.

U daljnjem istraživanju koje smo proveli da bismo ispitali neke od navedenih postavki o razlikama između skupina oboljelih od različitih bolesti (Jokić-Begić i sur., 2003.) cilj je bio usporediti razinu depresije i anksioznosti oboljelih od psorijaze, gastrointestinalnih bolesti, kardiovaskularnih bolesti i zdravih ispitanika. U istraživanje je bilo uključeno 477 sudionika (64 sa psorijazom, 82 s dijagnosticiranom gastrointestinalnom bolesti, 179 sa kardiovaskularnom bolesti i 152 zdrava ispitanika). Razina anksioznosti određena je STAI upitnikom, a razina depresivnosti BDI upitnikom. Dobiveni rezultati upućuju na postojanje spolnih razlika: žene su bile anksioznije i depresivnije od muškaraca u svakoj od četiriju skupina. Skupina zdravih žena bila je zamjetno manje anksiozna nego skupine bolesnih sudionika. Kod muškaraca je bolest bila povezana s anksioznošću i depresivnošću, pri čemu je psorijaza najviše povezana s anksioznošću, što ide u prilog shvaćanju o ulozi pojavnosti bolesti. Ovo istraživanje i dalje traje i prikupljaju se nalazi na novim skupinama pacijenata u više zagrebačkih medicinskih ustanova (*KB „Sestara milosrdnica“, KBC Rebro, KBC Šalata, KB Merkur, Poliklinika za prevenciju kardiovaskularnih bolesti i rehabilitaciju „Srčana“*).

Teorijsko značenje ovoga programa istraživanja sastoji se u razjašnjavanju prirode interakcija između bioloških, psiholoških i socijalnih činitelja bolesti – i u etiologiji i prognozi i u kvaliteti života oboljelih. No ono što nam se čini posebno važnim jest mogućnost praktične primjene dobivenih nalaza u smislu razvoja i primjene učinkovitijih preventivnih, dijagnostičkih i terapijskih strategija.

Znanstvene spoznaje na opisanom području istraživanja, posebno u našoj zemlji, u velikoj su mjeri oskudne, što rezultira često neprimjerenim pristupom bolestima, koje se smatra isključivo tjelesnim fenomenom. Promicanje interdisciplinarnosti i bolje suradnje liječnika i psihologa, koja se u razvijenim zemljama pokazala dobrom i višestruko korisnom, moglo bi pružiti uvid u postupke i sredstva potrebna za učinkovito rješavanje toga problema. Stoga je moguća primjena rezultata istraživanja na području zdravstvene psihologije višestruka. Na osnovi poznavanja biopsihosocijalnih činitelja moguća je tzv. sekundarna prevencija, tj. identifikacija pojedinaca s povećanim rizikom za pojavljivanje bolesti. Kod onih kod kojih se bolest već javila mogu se procijeniti njezini utjecaji, prije svega na kvalitetu života oboljelog, a i utvrditi osobine samoga pojedinca i njegove socijalne okoline koje mogu utjecati na tijek bolesti i uspješnost liječenja. Nadalje, može se potaknuti uvođenje raznih oblika programa poboljšanja kvalitete života, psiholoških tehnika jačanja imunoloških reakcija i tehnika psihološke pomoći oboljelima. Kako je na području psihoneuroimunologije jasno utvrđena cjelovitost ljudskog organizma i interakcija bioloških, psiholoških i socijalnih procesa, djelovanjem na jednu od komponenti u tom modelu posredno djelujemo i na ostale, čime pridonosimo i prevenciji i uspješnom liječenju. Time se ujedno suprotstavljamo sveprisutnim dehumanizirajućim aspektima biomedicine, koja pruža mogućnost liječenja bolesti, ali ne poboljšava kvalitetu života oboljelog, što često dovodi do nezadovoljstva bolesnika medicinskim tretmanom. Na osnovi rezultata takvih istraživanja mogli bi se planirati edukativni programi za medicinsko osoblje, s posebnim naglaskom na poboljšanje komunikacije između bolesnika i zdravstvenih djelatnika, te izraditi prijedlozi programa za rad s kroničnim bolesnicima. To naravno znači i nužno dodatno obrazovanje psihologa, kako bi usvajali znanja i vještine koje će im omogućiti aktivniju ulogu i u prevenciji, odnosno prije svega u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, i u ublažavanju negativnih posljedica bolesti.

Osnovna poteškoća u ostvarenju ovih ciljeva jest velik raskorak između potreba u zdravstvu i raspoloživih sredstava za zadovoljenje tih potreba. No senzitiviziranje odgovornih na ulaganje financijskih sredstava u navedene preventivne i edukacijske djelatnosti te pružanje psihološke podrške bolesnicima nužan je korak u postizanju unapređenja zdravstvene zaštite i poboljšanja kvalitete života oboljelih.

- Babajka, K., Stermšek, Ž. (1995.), Neurotske reakcije različitih skupina osoba izloženih ratnim traumama, *Psychologia Croatica*, 1: 59-65.
- Begić, D., Jokić-Begić, N. (2002.), Violent behaviour and post-traumatic stress disorder, *Current Opinions in Psychiatry*, 15: 623-626.
- Bek, R., Buzov, I., Bilić, V. (2001.), Anksiozne reakcije u ratu, *Socijalna psihijatrija*, 29: 3-8.
- Cohen, S., Herbert, T. B. (1996.), Health Psychology – Psychological Factors and Physical Disease from the Perspective of Human Psychoneuroimmunology, *Annual Review of Psychology*, 47: 113-142.
- Dunkel-Schetter, C., Bennett, T. L. (1990), Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support, In: B. R. Sarason, G. Sarason, G. R. Pierce (Eds.), *Social Support: An interactional view* (27-296), New York, John Wiley & Sons.
- Engel, G. L. (1977.), The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, *Science*, 196: 129-136.
- Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kemeny, M. E., Elashoff, R., Morton, D. (1990.a), A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance, *Archives of General Psychiatry*, 47: 720-725.
- Fawzy, F. I., Kemeny, M. E., Fawzy, N. W., Elashoff, R., Morton, D., Cousins, N., Fahey, J. L. (1990. b), A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures, *Archives of General Psychiatry*, 47: 729-735.
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Griffiths, C. E., Main, C. J. (2002.), Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia, *British Journal of Psychology*, 41: 157-174.
- Ginsburg, I. H., Link, B. G. (1989.), Feelings of stigmatization in patients with psoriasis, *Journal of the American Academy of Dermatology*, 20 (1): 53-63.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. (1994.), *Handbook of Human Stress and Immunity*, London, Academic Press.

- Glaser, R., Rice, J., Speicher, C. E., Stout, J. C., Kiecolt-Glaser, J. K. (1986.), Stress depresses interferon production concomitant with a decrease in natural killer cell activity, *Behavioral Neuroscience*, 100: 675-678.
- House, J. S., Landis, K. R., Umberson, D. (1988.), Social relationships and health, *Science*, 241: 540-545.
- Irwin, M., Daniels, M., Bloom, E. T., Weiner, H. (1986.), Life events, depression and natural killer cell activity, *Psychopharmacology Bulletin*, 22: 1093-1096.
- Jokić-Begić, N., Tadinac Babić, M., Lauri Korajlija, A., Hromatko, I., Žegura, I. (2003.), Chronic illness and psychological disturbances, *24th International conference Stress and Anxiety*, Lisabon, STAR.
- Kang, D. H., Coe, C. L., McCarthy, D. O., Ershler, W. B. (1997.), Immune responses to final exams in healthy and asthmatic adolescents, *Nursing Research*, 46: 12-19.
- Kent, G., Keohane, S. (2001.), Social anxiety and disfigurement: the moderating effects of fear of negative evaluation and past experience, *British Journal of Clinical Psychology*, 40: 23-34.
- Kiecolt-Glaser, J. K. (1992.), Psychoneuroimmunology: Can Psychosocial Interventions Modulate Immunity?, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4): 569-575.
- Koo, J. (1995.), The psychosocial aspect of acne: Patient's Perceptions, *Journal of the American Academy of Dermatology*, 32: 26-30.
- Kotrulja, L., Tadinac Babić, M., Gregurek, R., Jokić Begić, N. (2001.), Psychological aspects of psoriasis, *9th ESDaP Congress*, Barcelona.
- Krizmanić, M. (1995.), Količina i intenzitet ratnih stresora i psihološka prilagodba ranjenika/invalida, *Psychologia Croatica*, 1: 3-15.
- O'Leary, A. (1990.), Stress, emotion, and human immune function, *Psychological Bulletin*, 108: 363-382.
- Olf, M. (1999.), Stress, depression and immunity: the role of defense and coping styles, *Psychiatry Research*, 85: 7-15.
- Oremović, L., Kotrulja L., Tadinac Babić, M., Poduje, S. (2001.), The psychological impact of acne and quality of life, *10th EADV Congress*, München.

- Pelletier, K. R. (1977.), *Mind as healer, mind as slayer*, New York, Delacorte Press.
- Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., Visscher, B. R. (1999.), Negative HIV-specific expectancies and AIDS-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV-positive gay men, *Health psychology*, 18: 1-10.
- Schedlowski, M., Tewes, U. (1999.), *Psychoneuroimmunology: An interdisciplinary introduction*, New York, Kluwer Academic Press Plenum Publishers.
- Steptoe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S. R., Brydon, L. (2003.), Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular and inflammatory stress responses in middle-aged men and women, *Psychoneuroendocrinology*.
- Stowell, J. R., Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., (2001.), Perceived stress and cellular immunity: When coping counts, *Journal of Behavioral Medicine*, 24(4): 323-339.
- Strategija razvitka zdravstva u Republici Hrvatskoj*, <http://hrvatska21.hr/zdravstvo.pdf>
- Tadinac Babić, M., Kotrulja L., Oremović, L., Poduje, S. (2001.), Quality of life in patients with acne, *Socijalna psihijatrija*, 29(4): 194-198.
- Thoits, P. A. (1995.), Stress, coping and social support processes, *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue: 53-79.
- Tkalčić, M. (1998.), *Psihoneuroimunološki aspekti bolesti alopecia areata*, Doktorska disertacija, Zagreb, Filozofski fakultet.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., Kiecolt-Glaser, J. K. (1996.), The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health, *Psychological Bulletin*, 119: 488-531.
- Vrca, A., Božikov, V., Malinar, M. (1996.), Visual evoked potentials in three representative groups of prisoners of war released from Serbian detention camps, *Collegium Antropologicum*, 20: 169-174.
- Wiedenfeld, S. A., Bandura, A., Levine, S., O'Leary, A. Brown, S., Raska, K. (1990.), Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system, *Journal of Personality and Social Psychology*, 59: 1082-1094.