

Utjecaj vjere na mentalno zdravlje

Gudelj, Tea

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:202:964774>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository of The Catholic Faculty of Theology
University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU
KATOLIČKI BOGOSLOVNI FAKULTET

PREDDIPLOMSKI TEOLOŠKO – KATEHETSKEI STUDIJ

TEA GUDELJ

UTJECAJ VJERE NA MENTALNO ZDRAVLJE

Završni rad

Split, 2023.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
KATOLIČKI BOGOSLOVNI FAKULTET

PREDDIPLOMSKI TEOLOŠKO – KATEHETSKEI STUDIJ

TEA GUDELJ

UTJECAJ VJERE NA MENTALNO ZDRAVLJE

ZAVRŠNI RAD

Naziv kolegija: Psihologija

Mentor: prof. dr. sc. Josip Mužić

Sumentor: dr. sc. Boris Vidović

Split, 2023.

SAŽETAK

Koncept mentalnog zdravlja okupio je niz ideja i praksi koje su definirale i intervenirale na to što znači biti čovjek. Religija i vjera igraju važnu ulogu u životu pojedinca i bitne su za mentalno zdravlje pojedinca. Cilj ovog završnog rada je objasniti ulogu vjere i utjecaj na mentalno zdravlje osobe. Objasnjeno je utjecaj vjere kod različitih aspekata mentalnog zdravlja te na samom kraju istaknuta je važnost očuvanja mentalnog zdravlja. Rad se sastoji od četiri dijela i u svakom dijelu je na jasan način prikazana srž i važnost teme.

Ključne riječi: religija, vjera, mentalno zdravlje, život

Sadržaj

UVOD	5
1. VJERA, RELIGIOZNOST I DUHOVNOST.....	6
2. MENTALNO ZDRAVLJE	9
2.1 Depresija.....	10
2.2 Anksioznost	12
2.3 Schizofrenia.....	13
3. UTJECAJ VJERE NA RAZLIČITE ASPEKTE MENTALNOG ZDRAVLJA	14
3.1 Utjecaj vjere na depresiju	14
3.2 Utjecaj vjere na anksioznost.....	15
3.3 Utjecaj vjere na samoubojstvo.....	16
3.4 Utjecaj vjere na schizofreniu	16
3.5 Utjecaj vjere na uporabu opojnih supstanci.....	17
4. ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA	19
5. UTJECAJ MOLITVE NA MENTALNO ZDRAVLJE	22
ZAKLJUČAK	24
LITERATURA.....	25
SUMMARY	31

UVOD

Kako su istraživanja o religiji i mentalnom zdravlju postala prihvaćena u psihijatriji i psihologiji, pojavila se pogrešna percepcija da takva istraživanja predstavljaju novi razvoj, ali to nije istina. Učenje o religiji i mentalnim poremećajima datira iz devetnaestog stoljeća. Odnos između religije i mentalnog i tjelesnog zdravlja datira još iz davnih vremena. Međutim, u 19. i 20. stoljeću, posebno u području psihijatrije, ovo religijsko uplitanje se smatralo negativnim i odgovornim za gore ishode, kao što su histerija i neuroza. To je stvorilo razdvajanje između religije i medicine i rezultiralo negativnim stavovima prema bavljenju duhovnim i religijskim uvjerenjima u kliničkoj praksi. U 1970-ima objavljeno je nekoliko istraživanja koje su pokazale da je religija općenito povezana s boljim mentalnim zdravljem, a psihijatrijski programi specijalizacije počeli su uključivati ovu temu u svoje nastavne planove i programe.

1. VJERA, RELIGIOZNOST I DUHOVNOST

Linija razlikovanja između religije, vjere i duhovnosti može biti nejasna. Neki autori te pojmove koriste kao sinonime. U nekim slučajevima, možda bi mogli biti sinonimi, međutim, to su izrazito različiti pojmovi.¹ Čovjek je po prirodi religiozno biće, jer je religiozan čovjek otvoren apsolutnim vrijednostima od kojih je najveća Bog, koji utemeljuje sve druge vrijednosti. Dakle, religioznost je otvorenost čovjeka prema Bogu i apsolutnim vrijednostima kao što su istina, ljubav, sloboda i dobrota, dok je vjera osobno, svjesno i slobodno opredjeljenje za Boga i vjerske istine određene vjerske zajednice.²

Religija obuhvaća čovjekovu potragu za smislom, daje mu osjećaj kontrole i razumijevanja onoga što se događa oko njega, kao i vjerovanja, ponašanja i rituale koji njeguju odnos s Bogom i sveto, transcendentalno razumijevanje odnosa, te osjećaj odgovornosti za druge kroz zajednički život. Zauzima jako važno mjesto u životima ljudi.³ Religija je sustav shvaćanja, vjerovanja, ponašanja, obreda i ceremonija, pomoću kojih pojedinci ili zajednica stavljaju sebe u odnos s Bogom ili s nadnaravnim svijetom i često u odnos jednih s drugima, te od kojega religiozna osoba dobiva niz vrednota prema kojima se ravna i prosuđuje naravni svijet.

Vjera je pojam koji je teško definirati. Svakome implicira nešto drugo. Vjera se smatra duboko osobnom i često krajnje privatnom. S jedne strane, pojam 'vjera' odnosi se na opći religiozni stav, dok se s druge strane odnosi na osobno prihvaćanje određenog skupa vjerovanja. Iako se najčešće povezuje s religijom, vjera ostaje "izvanredno važan konstrukt".⁴ Vjera se, naravno, očituje mahom i kroz zajedništvo i zajednicu. Na drugoj strani, problematično je kad ljudi doživljavaju vjeru izvan svagdaš njega praktičnom vjerom oplemenjivanog života, pa na nju više gledaju kao na skupinu dogmatskih formulacija i crkvenih zakona nego na njezin bitni karakter osobnog, unutarnjeg čina.⁵ Značajni su i brojni dokazi i istraživanja koji povezuju mentalno zdravlje i duhovni život. Pojedine analize govore

¹P. Love, & Talbot, D. (1999). Defining spiritual development: A missing consideration for student affairs. *NASPA journal*, 37 (1999) doi: [10.2202/1949-6605.5035](https://doi.org/10.2202/1949-6605.5035)

²M. Jurčić, M. Nikić, H. Vukušić (ur.), *Vjera i zdravlje*, Zbornik radova interdisciplinarnog, multikonfesionalnog i internacionalnog simpozija, 2005

³ RW Hood, Hill PC, Spilka B. *The psychology of religion. An empirical approach*. Ur. New York: Guilford Press; 2009.

⁴ M.K Hellwig. A history of the concept of faith. In]. M. Lee (ur.), *Handbook of faith* (pp. 3-23). Birmingham, AL: Religious Education Press

⁵ Thomas E. Cygnar, Donald L. Noel and Cardell K. Jacobson. *Religiosity and Prejudice: An Interdimensional Analysis* (1977). 16, 183-191

o brojkama od 80% istraživanja koja navode pozitivnu povezanost religioznosti kao i duhovnosti i mentalnog zdravlja.⁶

Websterov rječnik⁷ definira duhovno kao "duh ili duša za razliku od tijela ili materijalnih stvari", a duhovnost slijedi kao "duhovni karakter, kvaliteta ili prirodu". Gledajući iz kršćanske perspektive, duhovnost je: postojanje pred Bogom i usred stvorenog svijeta. Duhovnost je molitva i življenje u Isusu Kristu. To je ljudski duh kojeg Duh Sveti zahvaća, održava i preobražava. To je traženje vjernika za pričešću koja stiže kao dar.⁸ Da bi bile duhovne ili imale duhovnost, osobe pokušavaju živjeti život vođen duhom svoje vjere. Osobe mogu meditirati, moliti ili donositi svjesne odluke o svojim postupcima na temelju toga kako osjećaju da ih Duh vodi.

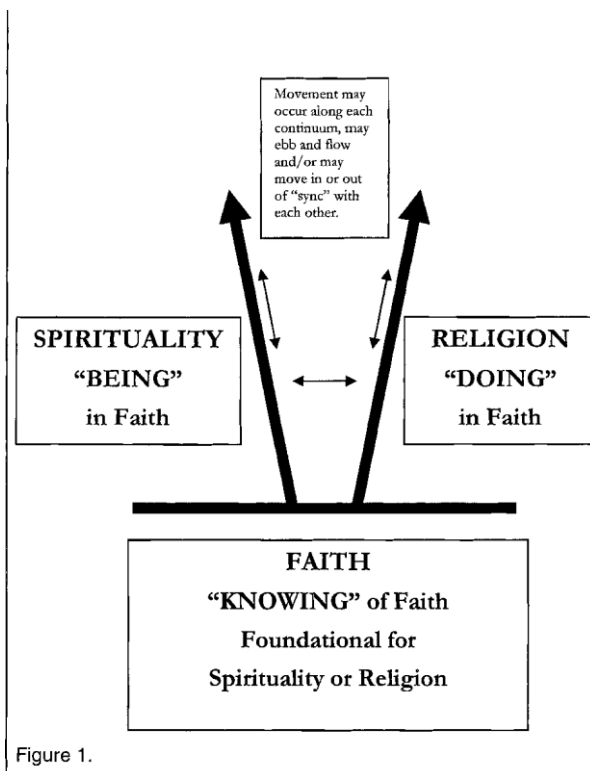


Figure 1.

Slika 1. Model razumijevanja odnosa između religije, vjere i duhovnosti prema Newman⁹

⁶ Aukst Margrić B. Duhovnost i psihijatrija. Zdravstveni glasnik, 2015: 1 (1):77-86

⁷ D. B. Guralnik (1984) Webster's new world dictionary of the American language. New York

⁸ Wainwright, G. (1987). Christian spirituality. In M. Eliade (Ed.), The encyclopedia of religion (Vol. 3), (pp. 452-460), New York: Macmillan.

⁹ Leanne, L. Newman (2004) Faith, Spirituality, and Religion: A Model for Understanding the Differences, *College Student Affairs Journal*, 102-110.

Zapravo, ljudi mogu biti duhovni ili religiozni, a opet imati vjeru o kojoj ne razmišljaju. a primjer, netko bi mogao reći: Primjerice, netko može reći: "Možda nisam religiozna osoba, ali sam ipak dobra osoba." Dakle, on ili ona nije ispitao svoj vlastiti sustav stvaranja značenja kako bi shvatio zašto je on ili ona dobar. ¹⁰

¹⁰ Isto

2. MENTALNO ZDRAVLJE

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, mentalno zdravlje stanje je blagostanja u kojemu svaki pojedinac ostvaruje vlastiti potencijal, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodonosno i sposoban je pridonositi svojoj zajednici.¹¹ Svjetska zdravstvena organizacija je 1946. godine po prvi put definirala pravo na fizičko i mentalno zdravlje i to tvrdnjom da "uživanje najvišeg standarda zdravlja jedno je od temeljnih prava svakog ljudskog bića".¹²

Pitanje mentalnog zdravlja oblikovano je raznim pokušajima da se socijalno i psihičko razdvoje ili pomire. Na takve pokušaje posebno su utjecala antropološka proučavanja takozvanog „primitivnog uma“, „osobnosti kulture“ i prirode ljudske spoznaje. Antropologija se bavila mentalnim zdravljem kao predmetom proučavanja, u važnom smislu, putem znanstvenih ambicija ranih psihijatrijskih disciplina, osobito psihoanalize i eksperimentalne psihologije s kraja devetnaestog i ranog dvadesetog stoljeća. Ipak, mentalnim se zdravljem često samo implicitno bavilo, zasjenjeno prevladavajućim ambicijama u to vrijeme da se utvrdi univerzalna ljudska psihologija – „općeniti um“.¹³ Poremećaji mentalnog zdravlja narušavaju kvalitetu života oboljelog pojedinca, ali i njegove obitelji, stoga sve ono što može doprinijeti smanjenju i prevenciji ovog javnozdravstvenog problema, kao što je i religioznost, je dobrodošlo.¹⁴

Pojava poremećaja mentalnog zdravlja višestruka je i često ne postoji jedan ili očit razlog. Unatoč tome, određeni čimbenici rizika, poput nasljeđa, neugodnih životnih iskustava, određenih lijekova, bolesti ili stresa na poslu, mogu uzrokovati poteškoće s mentalnim zdravljem kod nekih ljudi.¹⁵

¹¹World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization; 2014

¹²N, Drew, M, Funk, S, Pathere, L, Swartz. Mental health and human rights (2005). U:H. Herrman, S., Saxena i R.Moodie (Ur.), Promoting mental health. Concepts,emerging evidence,practice (str. 81-88), Geneva: WHO.

¹³ Mikkil, Borch-Jacobsen. 2012. Making minds and madness: From hysteria to depression. Cambridge: Cambridge University Press

¹⁴Siniša Brlas Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja: pomaže li religioznost mentalnom zdravlju mladih. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo "sveti Rok"; 2014.

¹⁵ R. Jenkins, Mental Health at Work - Why is it so under-researched? Occupational Medicine, 1993 (43) pp. 65-67.

Znakovi koje osoba može primijetiti kod sebe, a odnose se na probleme mentalnog zdravlja su:

- Razmišljanje o problemu/poteškoći duže vrijeme dnevno i sprječavanje u obavljanju ponekih svakodnevnih aktivnosti;
- Osjećaj nelagode i srama zbog vlastitih problema;
- Izbjegavanje drugih ljudi i socijalnih interakcija;
- Svađe s partnerom, prijateljima i osobama oko vas;
- Loše životne navike (konzumiranje alkohola, opojnih sredstava, loše higijenske navike);
- Smanjenje kvalitete života na bilo koje moguće načine.

Prema ASHA¹⁶ problemi mentalnog zdravlja dijele se na:

- Depresiju;
- Anksioznost;
- Samoubojstvo;
- Korištenje opojnih supstanci;
- Psihotične poremećaje;
- Opsesivno kompulzivni poremećaj;
- Bipolarni poremećaj;
- PTSP;
- Poremećaj hranjenja.

2.1 Depresija

Jedno od najranijih medicinskih stanja koje je identificirano je depresija, što je čini jednom od najstarijih bolesti poznatih čovječanstvu. Latinski glagol „deprimere“, što znači pritisnuti ili udubiti, služi kao drevna osnova imena. To omogućuje vizualnu ilustraciju štete koju depresija uzrokuje ljudskoj psihi. Depresivni poremećaj predstavlja ozbiljno i često onesposobljavajuće psihijatrijsko oboljenje sa mogućim ozbiljnim zdravstvenim posljedicama

¹⁶ Isto

za pojedinca. Tipično se ispoljava u ranom odraslom dobu (između 20. i 40. godine života), ali nerijetko počinje u adolescenciji sa tranzicijom u kasnije odraslo doba.¹⁷ Depresija se može pojaviti kao simptom, sindrom ili čak biti zasebna od drugih psihijatrijskih bolesti. Patološko raspoloženje razlikuje se od melankolije i tužnog raspoloženja na kvantitativnoj i kvalitativnoj razini na razini simptoma. Na razini sindroma, depresiju karakteriziraju različiti somatski, psihomotorni i psihološki simptomi koji se manifestiraju različitim stupnjevima intenziteta.¹⁸ Tipični simptomi depresije su:

- depresivno raspoloženje;
- gubitak interesa i zadovoljstva u svakodnevnim i prije ispunjavajućim aktivnostima (anhedonija);
- osjećaj smanjenja energije, odnosno pojačano zamaranje;
- psihomotorno usporenje;
- suicidalne misli;
- promjene apetita;
- smetnje spavanja;
- osjećaj krivnje;
- samopredbacivanje;
- smanjeno samopoštovanje.

Osobe s depresivnim poremećajima navode nesvjesticu, osjećaj slabosti, boli i težine u ekstremitetima, kao i nedostatak motivacije za bilo što, pa ni za ono što im je prije bilo ugodno. Zbog toga često zanemaruju svoju higijenu i vanjski izgled, zbog čega izgledaju nezbrinuto. Imaju ozbiljne probleme sa spavanjem; neki od njih teško zaspu; ostaju budni do kasno; samo nakratko zaspu; a bude se vrlo rano i teško ponovno utonu u san. S druge strane, neki ljudi mogu dramatično smanjiti apetit i tjelesnu težinu. Bolesnici se mogu koncentrirati na svoj život, vidjeti samo njegove negativne strane i prošlost, pa sebe optužuju da su krivi za svoje postupke i za budućnost koja za njih ne postoji. Kao rezultat toga, javljaju se osjećaji krivnje, suicidalne ideje, a ponekad i stvarni pokušaji samoubojstva. Problemi s pamćenjem i fokusom, kao i druge kognitivne disfunkcije često su posljedica depresivnog potiskivanja kognitivnih procesa.¹⁹ Većina depresivnih osoba prvo će posjetiti svog obiteljskog liječnika, a ne psihijatra, pogotovo ako imaju neki od somatskih problema, a ne zato što se osjećaju

¹⁷ Rohde P, Lewinsohn P, Klein D, Seeley J, Gau J. Key characteristics of major depressive disorder occurring in childhood, adolescence, emerging adulthood, and adulthood. *Clin Psychol Sci*. 2013;

¹⁸ Vladimir Hudolin. Rječnik psihijatrijskog nazivlja. 4., dop. izd. Školska knjiga, Zagreb; 1991.

¹⁹ Dalibor Karlović. Psihijatrija. Naklada Slap, Jastrebarsko; 2017.

potišteno. Brojne bolesti i poremećaji, kao što su neoplazme, zarazne bolesti, metaboličke i endokrine abnormalnosti, neurološke tegobe i nuspojave mnogih tretmana uvršteni su na dugačak popis mogućih uzroka depresije.²⁰ Patnja koja se javlja uslijed depresije ne utječe samo na pojedinca nego i na njegovu obitelj, partnera, okolinu i društvo u cjelini. Kada se javi u djetinjstvu u velikoj mjeri utječe na psihički razvoj i sazrijevanje osobe, ali i na njeno uspješno funkcioniranje u različitim aspektima života (npr. školovanje, šira socijalizacija) te samim tim i na globalno ostvarivanje primarnih potencijala osobe. Roditelji i staratelji depresivne djece i adolescenata mnogo češće pokazuju depresivne simptome i imaju više zdravstvenih problema u usporedbi sa općom populacijom.²¹

2.2 Anksioznost

Anksioznost opisujemo kao patološko stanje obilježeno raspoloženjem straha i tjelesnim simptomima koji upućuju na pretjeranu aktivnost vegetativnog živčanog sustava. Razlikuje se od straha, koji je tipična fiziološka reakcija, do stvarne stvari, koja je poznati uzrok.²² Za anksioznost se obično smatra da je stanje pogrešno usmjerenog uzbuđenja koje je neugodno za pojedinca koji ga doživljava i treba ga izbjegavati.

Anksioznost (tjeskoba) ima subjektivna i tjelesna obilježja. Subjektivna obilježja podrazumijevaju strah da će se nešto strašno dogoditi, strah od gubitka kontrole, plašljivost i nesposobnost opuštanja. Tjelesne oznake proizlaze iz pobuđenosti simpatičkog dijela autonomnog živčanog sustava, a podrazumijeva drhtanje, znojenje, ubrzani rad srca, povišeni krvni tlak i malaksalost.²³ Dijagnostički i statički priručnik za mentalne poremećaje predlaže šest temeljnih kategorija podjele depresivnih poremećaja:²⁴

- fobije;
- panični poremećaj;

²⁰ Danijel Buljan (ur.) Konzultativno-suradna psihijatrija – vodič za dijagnostiku i liječenje psihičkih smetnji u somatskoj medicini. Naklada Slap, Jastrebarsko; 2016.

²¹ National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Depression, Parenting Practices, and the Healthy Development of Children; England MJ, Sim LJ, editors. Depression in Parents, Parenting, and Children: Opportunities to Improve Identification, Treatment, and Prevention. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.

²² American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. izd. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 2013.

²³ Spencer Ratus. Temelji psihologije, Naklada Slap, 2000.

²⁴ Opt.cit.

- generalizirani anksiozni poremećaj;
- opsesivno-kompulzivni poremećaj;
- posttraumatski stresni poremećaj; i
- akutni stresni poremećaj.

2.3 Schizofrenia

Shizofrenija je ozbiljna mentalna bolest. Stanje obično počinje u mladosti ili ranoj odrasloj dobi i obično napreduje u kronično i teško stanje. Shizofrenija je komplicirano mentalno stanje koje utječe na misli, osjećaje, ponašanje i interakcije osobe s drugima. Pogađa i muškarce i žene, no muškarci imaju značajno veću vjerojatnost da će je razviti. Prva epizoda obično se događa u kasnim tinejdžerskim godinama do ranih dvadesetih godina, a muškarci je doživljavaju ranije nego žene. Ljudi također mogu ispoljiti bolest kasnije u životu. Jedna osoba na svakih sto može patiti od shizofrenije.²⁵

Shizofrenija može biti bolest s kojom je teško živjeti i razumjeti je. Halucinacije i iluzije, na primjer, mogu uzrokovati da ljudi izgube dodir sa stvarnošću. Ovo može biti teško i uznemirujuće iskustvo za osobu sa shizofrenijom, kao i za članove obitelji, prijatelje i druge koji često ne shvaćaju što se događa ili kako reagirati na bolesnu osobu.²⁶ Osobe koje pate od shizofrenije također mogu primijetiti promjene u svom razmišljanju, kao i poteškoće u izražavanju i obavljanju temeljnih svakodnevnih poslova. Mogu se povući i izolirati. Oporavak od shizofrenije je spor proces koji je jedinstven za svakog pojedinca. Iako možda neće uvijek nestati, simptomi se obično poboljšavaju i lakše ih je s vremenom kontrolirati. Pristup terapiji shizofrenije usmjeren na oporavak podržava načela nade, osnaživanja i optimizma. Mješavina lijekova i psihološke podrške, kao što je psihoterapija, obrazovanje i podrška vršnjaka, obično se može koristiti za učinkovito upravljanje bolešću. Osobe koje boluju od shizofrenije mogu se oporaviti i oporavljaju se, vodeći važne i ispunjene živote.²⁷

²⁵ M, Leamy, V. Bird, C. Le Boutillier, J. Williams, M. Slade, (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199 (6), 445–452.

²⁶ WHO (1979) *Schizophrenia: an international follow-up study*. Chichester, Wiley.

²⁷ WHO (1992b) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization.

3. UTJECAJ VJERE NA RAZLIČITE ASPEKTE MENTALNOG ZDRAVLJA

Sve do nedavno, vjera i skrb o mentalnom zdravlju bile su blisko povezane. Mnoge od prvih duševnih bolnica nalazile su se u samostanima i vodili su ih svećenici. Uz neke iznimke, te su se vjerske institucije često odnosile prema pacijentima s mnogo više suosjećanja nego u državnim ustanovama prije reformi mentalnog zdravlja u 19. stoljeću. Vjerovalo se da religija ima pozitivan, civilizirajući utjecaj na pacijente koji bi mogli biti nagrađeni za dobro ponašanje dopuštajući im da prisustvuju službama u kapeli.²⁸

Velik dio istraživanja koja su uključivala religiju i zdravlje nije imala religiju kao fokus istraživanja. Zbog toga je često mjerenje religioznosti uključivalo samo jedno pitanje, često samo vjersku denominaciju. Međutim, vjerska pripadnost nam malo govori o tome što je religioznost i koliko je važna u nečijem životu. Zbog toga su istraživanja koja su koristila samo religijsku pripadnost ispitanika pružila, uz nekoliko iznimaka, mnoge nedosljedne i kontradiktorne nalaze.²⁹ Uočena je snažna pozitivnu povezanost između religioznosti i mentalnog zdravlja poput stvaranja zdravih emocija i vjere u svrhu života.

3.1 Utjecaj vjere na depresiju

Istraživanja među odraslima otkrivaju prilično dosljedne odnose između razina religioznosti i depresivnih poremećaja koji su značajni i obrnuti. Religijski čimbenici postaju sve snažniji kako životni stres raste. Nedavna istraživanja o odnosu između vjere i depresije općenito pokazuju da je religioznost povezana sa smanjenjem razine depresije.³⁰ Većina istraživanja koje ispituju odnos između religije i depresije spadaju u tri kategorije:

- religioznost kao smanjenje osjetljivosti na depresiju;
- religija kao mehanizam suočavanja s depresijom; i

²⁸ T. Taubes "Healthy avenues of the mind": psychological theory building and the influence of religion during the era of moral treatment. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1001–1008.

²⁹ H, G. Koenig, M. McCullough, D, B, Larson. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press; 2001.

³⁰ [Katija Čatipović-Veselica](#), [Josip Đurijanček](#), [Branimir Čatipović](#), Early heart rate variability and its circadian rhythm in survivors of ventricular fibrillation during acute myocardial infarction. *Croatian Medical Journal*, 37, 89–92.

- dobrobiti religijskih i/ili duhovnih komponenti u liječenju depresije.

Intrinzična religioznost (religioznost koja se temelji na unutarnjim uvjerenjima, kao što je vjera, a ne na vanjskim dobrobitima, kao što su društvene veze) značajno je povezana s nižim razinama simptoma depresije, s druge strane, utvrđeno je da su određena privatna vjerska ponašanja, poput gledanja vjerskih televizijskih programa i osobne molitve, pozitivno povezana s depresijom kod starijih osoba.³¹

3.2 Utjecaj vjere na anksioznost

S obzirom na sveprisutnost tjeskobe i religije, iznenađujuće je koliko je malo istraživanja učinjeno u odnosu između njih dvoje. Istraživanje religijskih i duhovnih pitanja u anksioznosti zaostaje za istraživanjem mentalnih poremećaja kao što su depresija i psihoza. Vjerska uvjerenja, običaji i suočavanje mogu povećati prevalenciju tjeskobe kroz indukciju krivnje i straha. S druge strane, religijska uvjerenja mogu pružiti utjehu onima koji su uplašeni i tjeskobni. Istraživanja o anksioznosti i religiji dala su mješovite i često kontradiktorne rezultate koji se mogu pripisati nedostatku standardiziranih mjera, lošim postupcima uzorkovanja, neuspjehu u kontroli prijetnji valjanosti, ograničenoj procjeni anksioznosti, pristranosti eksperimentatora i lošoj operacionalizaciji religijskih konstrukata.³² Dok vjerska učenja imaju potencijal pogoršati krivnju i strah koji smanjuju kvalitetu života ili na drugi način ometaju funkcioniranje, tjeskoba izazvana vjerskim uvjerenjima može spriječiti ponašanja štetna za druge i motivirati prosocijalna ponašanja.

Vjerska uvjerenja i običaji također mogu utješiti ljude koji su uplašeni ili tjeskobni, povećati osjećaj kontrole, pojačati osjećaj sigurnosti i ojačati samopouzdanje.³³ Dok pozitivni oblici religijskog suočavanja mogu smanjiti tjeskobu u vrlo stresnim okolnostima, negativni oblici vjerskog sukoba mogu je pogoršati. Na primjer, jedno nedavno istraživanje³⁴ o ženama (n = 100) s ginekološkim rakom otkrilo je da žene koje su osjećale da ih Bog kažnjava ili nisu

³¹ H. Koenig, D. Weiner, B. Peterson, K. Meador, F. Keefe (1997). Religious coping in the nursing home: A biopsychosocial model. *International journal of Psychiatry in Medicine*, 27, 365-376.

³² Opt.cit.

³³ H. G. Koenig, M. E. McCullough, D.B Larson. *Handbook of religion and health*. New York (NY): Oxford University Press; 2001. p 144–155, 536–138.

³⁴ N. Boscaglia, D.M Clark, T.W Jobling. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2005;15:755–761.

imale moć nešto promijeniti, ili su se osjećale napuštene od svoje vjerske zajednice, imali značajno veću anksioznost.

3.3 Utjecaj vjere na samoubojstvo

Nedavna istraživanja sugeriraju da vjera sprječava samoubojstvo primarno kroz vjerske doktrine koje zabranjuju samoubojstvo, također postoje dokazi da utjeha i značenje koje proizlaze iz vjerskih uvjerenja mogu biti relevantni i mogu biti posebno važni kod ljudi s uznapređovalom medicinskom bolešću. Religiozna uključenost također može pomoći u sprječavanju samoubojstva tako što će rizičnu osobu okružiti brižnom zajednicom koja pruža podršku.³⁵ Nažalost, utjecaj religioznosti na suicidalna ponašanja nije dobio dovoljno pozornosti u medicinskoj i psihološkoj literaturi. Iako većina religija, uglavnom zapadnjačkih, snažno osuđuje suicidalno ponašanje, većina medicinskih i psiholoških istraživanja o samoubojstvu ne uzima u obzir religiozne čimbenike na odgovarajući način.

3.4 Utjecaj vjere na shizofreniju

Istraživanja shizofrenije i religije pretežno su ispitivala religiozne zablude i halucinacije s religioznim sadržajem. Nedavno je, međutim, religija kao strategija suočavanja i čimbenik oporavka predmet sve većeg interesa. Vjerske zablude povezuju se s lošijim ishodima, slabijim pridržavanjem liječenja i težim tijekom bolesti.³⁶ Niz studija sugerira da religiozna uvjerenja i prakse mogu biti središnja značajka u procesu oporavka i rekonstrukciji funkcionalnog osjećaja sebe u psihozi.³⁷ S druge strane, Mohr i kolege³⁸ otkrili su da iako religija ulijeva nadu, svrhu i smisao u životima nekih osoba s psihozom, kod drugih je izazivao duhovni očaj. Pacijenti su također izjavili da je religija smanjila psihotične simptome

³⁵K Dervic, M.A Oquendo, M. F Grunebaum. Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry*. 2004;161:2303–2308.

³⁶Siddle R, Haddock G, Tarrier N, Faragher EB. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37:130-138.

³⁷Lindgren KN, Coursey RD. Spirituality and serious mental illness: a two-part study. *Psychosoc Rehab J*. 1995;18:93-111.

³⁸S Mohr, P.Y Brandt, L, Borrás. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1952-1959.

i rizik od pokušaja samoubojstva, upotrebe supstanci, nepridržavanja liječenja i društvene izolacije.

3.5 Utjecaj vjere na uporabu opojnih supstanci

Iako neki autori vjeruju da nedostatak religioznosti može dovesti do alkoholizma³⁹ teško je utvrditi je li alkoholizam izravno povezan s vrstom nečije religioznosti.⁴⁰ Provedena su mnoga istraživanja kako bi se ispitao odnos između religioznosti i alkoholizma. Kendler, Gardner i Prescott (1996)⁴¹ otkrili su da je religioznost značajno i negativno povezana sa zlouporabom opojnih supstanci i životnom poviješću alkoholizma u istraživanju koja istražuje religijske komponente osobne predanosti, osobnog konzervativizma i institucionalnog konzervativizma. Iako su religiozni stavovi povećali vjerojatnost da će osoba upotrijebiti opojnu supstancu, religiozna predanost ili duhovnost utjecali su na sposobnost osobe da prestane pušiti ili održi niske razine upotrebe supstance. Slično tome, među ovisnicima o drogama na bolničkom liječenju i u kućnim uvjetima, više razine religioznosti povezane su s boljim suočavanjem, većom otpornošću na stres, optimističnom životnom orijentacijom, višom percipiranom društvenom podrškom i nižim razinama anksioznosti.⁴²

3.6 Utjecaj vjere na bipolarni poremećaj te druge poremećaje ličnosti

Provedeno je malo istraživanja o povezanosti između religije i poremećaja prehrane, somataformnih, disocijativnih ili bipolarnih poremećaja. Vitz i Mango (1997)⁴³ raspravljaju o ulozi Kernbergove psihodinamike i religijskih aspekata opraštanja u liječenju pacijenata, naglašavajući kako se pokajanje i oprost ne mogu ponuditi kroz psihoterapiju, već kroz

³⁹ Warfield, R. D., & Goldstein, M. B. (1996). Spirituality: The key to recovery from alcoholism. *Counseling and Values*, 40, 196-205.

⁴⁰ Chapman, R. J. (1996). Spirituality in the treatment of alcoholism: A worldview approach. *Counseling and Values*, 41, 39-50.

⁴¹ Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (1996). Religion, psychopathology, and substance use and abuse: A multimeasure, genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry*

⁴² Pardini, D., Plante, T. G., & Sherman, A. (2001). Strength of religious faith and its association with mental health outcomes among recovering alcoholics and addicts. *Journal of Substance Abuse Treatment*

⁴³ Vitz, P., & Mango, P. (1997). Kernbergian psychodynamics and religious aspects of the forgiveness process. *Journal of Psychology and Theology* 25, 72- 80.

religiozne i moralne pristupe liječenju. Religija je istražena u odnosu na uzročnost i liječenje poremećaja prehrane. McCourt i Waller (1996)⁴⁴ istražuju kako religija, zajedno s drugim čimbenicima kao što su spol i akulturacija, mogu imati utjecaj na poremećaje hranjenja ili izmijenjene stavove hranjenja kada analiziraju navodne uzročne čimbenike poremećaja hranjenja.

⁴⁴ McCourt, J., & Waller, G. (1996). The influence of sociocultural factors on the eating psychopathology of Asian women in British society. *European Eating Disorders Review*, 4, 73-83.

4. PREVENCIJA MENTALNOG ZDRAVLJA

Zanimanje za mentalno zdravlje raste, kako među liječnicima i drugim zdravstvenim djelatnicima, tako i u široj javnosti, što je, među ostalim, rezultat objave epidemioloških statistika koje upozoravaju na vrlo visoku prevalenciju psihičkih bolesti i depresije. Na primjer, jedna od najčešće citiranih statistika u svjetskim dokumentima o mentalnom zdravlju⁴⁵ je da jedna četvrtina svjetske populacije ima barem jedan mentalni poremećaj tijekom svog života.

Poznato je da su negativni stavovi prema psihičkim smetnjama i bolesnim osobama prepreka liječenju i traženju pomoći zbog mentalnih smetnji, te predstavljaju ozbiljnu prijetnju mentalnom zdravlju stanovništva. Kao rezultat toga, nekoliko je vlada diljem svijeta pokrenulo brojne inicijative za borbu protiv stigme i diskriminacije uzrokovane mentalnim bolestima. Pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski nacionalni program osmišljen je kao suradnja Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatskog psihijatrijskog društva.⁴⁶ Program obuhvaća sve psihičke poremećaje te predviđa suradnju sa sličnim programima u svijetu, kao i uključivanje u program Svjetskog psihijatrijskog udruženja za borbu protiv stigme shizofrenije. Nacionalni odbor zadužen je za planiranje edukacije polaznika programa te koordinaciju i evaluaciju programa, dok su regionalni odbori zaduženi za administriranje programa na regionalnoj razini. U program će biti uključeni svi stručnjaci uključeni u liječenje osoba s psihičkim poteškoćama, mediji, pacijenti i članovi njihovih obitelji te šira javnost. Ciljevi programa su poboljšati informiranost o psihičkim poremećajima, podići svijest o utjecaju stigme te promijeniti nepovoljne stavove u svim ciljnim skupinama, odnosno minimizirati stigmu i predrasude uzrokovane mentalnim poremećajima.⁴⁷ Budući da su praktičari obiteljske skrbi često početna točka kontakta za osobe s mentalnim bolestima, ključno ih je temeljito upoznati s programom borbe protiv stigme i njegovim ciljevima.

Promicanje mentalnog zdravlja djece i tinejdžera omogućuje optimalan rast i razvoj te postavlja temelje za buduće generacije. Inicijative za prevenciju moraju se provoditi na metodičan, dosljedan i holistički način. S obzirom na sve veću učestalost psihičkih problema

⁴⁵ The Athens Declaration on Mental Health and Man-made Disasters, Stigma and Community Care Atena, 2001.

⁴⁶ Štrkalj Ivezić S. Nacionalni program borbe protiv stigme psihičke bolesti. 42. međunarodni neuropsihijatrijski simpozij, Pula; 2002, str. 36.

⁴⁷ Isto

kod djece i adolescenata, ključno je da njihovo obrazovanje, kao i obrazovanje njihovih roditelja, bude prioritet. Pripremljene preventivne strategije omogućuju izravno djelovanje na čimbenike rizika.

Spriječiti znači "spriječiti da se nešto dogodi". Međutim, pojavile su se različite ideje o tom "nečemu", kao što su učestalost poremećaja, njegovi recidivi, invaliditet povezan s njim ili rizici za poremećaj - što je dovelo do zabune u području mentalnog zdravlja u vezi s pojmom prevencija.⁴⁸ Povijesno gledano, prevencija bolesti je klasificirana kao primarna, sekundarna ili tercijarna na temelju toga sprječava li metoda samu bolest, težine stanja ili popratne invalidnosti. Ova tehnika je učinkovita za medicinska stanja s poznatom etiologijom. Mentalne bolesti, s druge strane, često su uzrokovane kombinacijom okolišnih i genetskih varijabli tijekom određenih faza života. Teško je dogovoriti se o točnom razdoblju početka mentalnog stanja jer prijelaz iz asimptomatskog u simptomatsko stanje može biti suptilan. Osim toga, osoba može pokazivati znakove i simptome mentalne bolesti i biti disfunkcionalna bez ispunjavanja kriterija za dijagnozu unutar dijagnostičkog sustava.

Preventivne strategije obično su usmjerene prema čimbenicima rizika i stoga se moraju provoditi u određeno vrijeme prije razvoja stanja kako bi bile maksimalno učinkovite. Umjesto liječenja simptoma i nedostataka, strategije promicanja mentalnog zdravlja usmjerene su na poboljšanje kvalitete života i zdravstvenog potencijala. Na njih se ne treba gledati kao na tercijarne preventivne tehnike, već kao na pozitivno promicanje mentalnog zdravlja.⁴⁹ Preventivne i promotivne strategije mogu koristiti kliničari koji ciljaju na pojedinačne pacijente, ali i planeri programa javnog zdravstva koji ciljaju na velike skupine stanovništva.⁵⁰ Međutim, unutar zdravstvenog sektora još uvijek postoji neravnoteža između količine sredstava posvećenih kurativnim intervencijama i sredstava posvećenih preventivnim i promotivnim aktivnostima vezanim uz javno zdravlje. S obzirom na dokaze koji podupiru provedbu programa vezanih uz prevenciju i promicanje zdravlja, nužno je osigurati više sredstava za takve programe na javnozdravstvenoj razini.

⁴⁸ P. J. Mrazek, R.J. Haggerty. New directions in definitions. In: Mrazek PJ, Haggerty RJ, eds. Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. Washington DC, Institute of Medicine, National Academy Press, 1994: 19-29.

⁴⁹ J. Secker. Current conceptualizations of mental health and mental health promotion. Health Education Research, 1998, 13: 57-66.

⁵⁰ IUHPE (International Union for Health Promotion and Education). The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe. Paris, Jouve Composition & Impression, 1999: 29-41.

Svjetsko zdravstveno izvješće WHO-a iz 2001.⁵¹ preporučilo je izgradnju mreža s drugim sektorima i organizacijama za razvoj programa i provođenje istraživanja temeljenog na dokazima kao jednu od deset preporuka za poboljšanje mentalnog zdravlja u zemljama. Bit će potreban zajednički napor svake zemlje i organizacije da se ova preporuka prevede iz papira u praksu, tako da se mogu provesti učinkoviti programi za promicanje mentalnog zdravlja i prevenciju mentalnih poremećaja

⁵¹ World Health Organization. Atlas: Mental Health Resources in the World 2001. Geneva, 2001b. WHO/NMH/MSD/MDP/01.1.

5. UTJECAJ MOLITVE NA MENTALNO ZDRAVLJE

Odnos između molitve i mentalnog zdravlja opsežno je istraživano, otkrivajući mješovite rezultate.⁵² U početku, ovi mješoviti rezultati bili su djelomično posljedica jednodimenzionalnog promatranja molitve umjesto prepoznavanja raznolikosti pristupa molitvi i njihovih jedinstvenih učinaka. Stoga, kako bi se adekvatno procijenio odnos između molitve i mentalnog zdravlja, istraživači moraju ispitati višestruke dimenzije molitve. Poloma i Pendleton (1989)⁵³ podijelili su molitvu u četiri vrste na temelju ponašanja (a ne spoznaja ili nakane) tijekom molitve:

- (a) molitvena molitva - javlja se kada netko traži konkretna, materijalna dobra za sebe ili druge;
- (b) kolokvijalna molitva - karakterizirana razgovornim tonom, razgovorom s Bogom njegovim/njezinim riječima, izražavanjem ljubav i obožavanje, i traženje vodstva;
- (c) meditativna molitva - pasivniji pristup, karakteriziran tihim iskustvima slušanja Božjeg vodstva i osjećaja Božje prisutnosti;
- (d) Obredna molitva - propisani skripti i tekstovi, bilo putem čitanja ili recitiranja napamet naučenih molitava.

Ove vrste molitve koje su identificirali Poloma i Pendleton odražavaju različite pristupe povezivanju s Bogom kroz molitvu i nude bolju leću kroz koju možemo promatrati složene odnose s mentalnim zdravljem.

Neki autori su istražili da se pozitivni učinci molitve mogu objasniti razvojem osobnog odnosa s Bogom, što rezultira dobrobitima u skladu s društvenom podrškom.⁵⁴ Ladd i McIntosh (2008)⁵⁵ osvrnuli su se na društvene aspekte prakticiranja vjere i naglasili ulogu molitve u stvaranju socijalne podrške. Molitvu su definirali kao "tipično namjerno izražavanje vlastitog stavau pokušaju uspostavljanja ili poboljšanja povezanosti s božanskim, s drugima u religijskom ili duhovnom okviru i sa samim sobom". Kroz leću vrsta molitve Poloma i

⁵² J. R. Finney, H.N. Malony (1985). Empirical studies of Christian prayer: a review of the literature. *Journal of Psychology and Theology*, 13(2), 104-115.

⁵³ Poloma, M. M., & Pendleton, B. F. (1989). Exploring types of prayer and the quality of life. *Review of Religious Research*, 31, 46 - 53.

⁵⁴ Ellison, C. G. (1995). Race, religious involvement and depressive symptomatology in a southeastern U.S. community. *Social Science and Medicine*, 40, 1561-1572.

⁵⁵ Ladd, K. L., & McIntosh, D. N. (2008). Meaning, God, and prayer: Physical and metaphysical aspects of social support. *Mental Health, Religion, & Culture*, 11, 23-28.

Pendleton (1989), pojedinci koji mole stvaraju vezu s Bogom, kao što je razgovor s Bogom u kolokvijalnim molitvama ili traženje božanske pomoći kroz molbene molitve. Čini se da čak i introspektivni oblici molitve kao što je meditativna molitva uključuju posezanje prema van osjećanjem Božje prisutnosti ili slušanjem Božjeg odgovora na molitvu.⁵⁶

⁵⁶ Ladd, K. L., & Spilka, B. (2002). Inward, outward, and upward: Cognitive aspects of prayer. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41, 475-484.

ZAKLJUČAK

Današnjim načinom života mentalno je zdravlje, nažalost, sve ugroženije. Religija može igrati važnu ulogu u etiologiji, procjeni i procesu oporavka osoba s mentalnim poremećajima te može biti jako korisna. S obzirom na to da je religioznost česta i povezana s mentalnim zdravljem, treba je uzeti u obzir u istraživanju i kliničkoj praksi. Utjecaj religije na mentalno zdravlje nije još sasvim dovoljno istraženo te se naglasak treba staviti na poticanje broja istraživanja. Religija pojedinca osnažuje te mu pruža osjećaj sigurnosti i bliskosti. Kada se pojedinac pronade u naizgled bezizlaznoj situaciji i kada misli da je sam i ostavljen, upravo religija mu pokazuje suprotno. Pruža mu osjećaj sigurnosti i pokazuje da nije sam. Svaki čovjek u jednom periodu svoga života misli da je dotakao dno, da nema izlaza iz njegovih problema te se prepusti problemima koji na njega, kao i na njegovo mentalno zdravlje, utječu loše. Upravo u tim trenucima religija potiče osobu na djelovanje. Osoba koja se bori sa nekom vrstom poremećaja, anksioznošću ili depresijom, lakše će se nositi sa poremećajem znajući da nije sama, da nije napuštena i bezvrijedna. Bitno je zapamtiti da je religija ta koja pruža osjećaj nade i blizine Boga.

LITERATURA

Članci:

Boscaglia N, Clarke DM, Jobling TW, et al. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2005 doi [10.1111/j.1525-1438.2005.00248.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1438.2005.00248.x)

Cygnar, Thomas E. ; Noel, Donald L. ; Jacobson, Cardell K. *Religiosity and Prejudice: An Interdimensional Analysis* (1977), doi 10.2307/1385750

Čatipović-Veseuca K., Ilakovac V., Đurijanček J., Amidžić V., Burić D., Kozmar D., Juranić B. (1996) Early heart rate variability and its circadian rhythm in survivors of ventricular fibrillation during acute myocardial infarction. *Croatian Medical Journal*, doi [10.1016/0002-9149\(92\)90200-i](https://doi.org/10.1016/0002-9149(92)90200-i)

Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, et al. Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry*. 2004 doi [10.1176/appi.ajp.161.12.2303](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2303)

Ellison, C. G. (1995). Race, religious involvement and depressive symptomatology in a southeastern U.S. community. *Social Science and Medicine*,

J. R Finney, H.N, Malony (1985). Empirical studies of Christian prayer: a review of the literature. *Journal of Psychology and Theology*

Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (1996). Religion, psychopathology, and substance use and abuse: A multimeasure, genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry*

Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. New York (NY): Oxford University Press; 2001. Doi 10.1093/acprof:oso/9780195118667.001.0001

Koenig, H., Weiner, D., Peterson, B., Meador, K., & Keefe, F. (1997). Religious coping in the nursing home: A biopsychosocial model. *International journal of Psychiatry in Medicine* doi [10.2190/M2D6-5YDG-MIDD-A958](https://doi.org/10.2190/M2D6-5YDG-MIDD-A958)

Ladd, K. L., & McIntosh, D. N. (2008). Meaning, God, and prayer: Physical and metaphysical aspects of social support. *Mental Health, Religion, & Culture*

Ladd, K. L., & Spilka, B. (2002). Inward, outward, and upward: Cognitive aspects of prayer. *Journal for the Scientific Study of Religion*

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*

Lindgren KN, Coursey RD. Spirituality and serious mental illness: a two-part study. *Psychosoc Rehab J*. 1995 doi [10.1037/H0095498](https://doi.org/10.1037/H0095498)

Love, P., & Talbot, D. (1999). Defining spiritual development: A missing consideration for student affairs. *NASPAjournal*

Margetić Aukst B. Duhovnost i psihijatrija. *Zdravstveni glasnik*. 2015, doi [10.47960/2303-8616.2015.1.77](https://doi.org/10.47960/2303-8616.2015.1.77)

McCourt,], & Waller, G. (1996). The influence of sociocultural factors on the eating psychopathology of Asian women in British society. *European Eating Disorders Review*,

Mohr S, Brandt PY, Borrás L, et al. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006 doi [10.1176/ajp.2006.163.11.1952](https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1952)

Mrazek,PJ. Haggerty, RJ.New directions in definitions. In: Mrazek PJ, Haggerty RJ, eds. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington DC, Institute of Medicine, National Academy Press, 1994: doi: [10.17226/2139](https://doi.org/10.17226/2139)

National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Depression, Parenting Practices, and the Healthy Development of Children; England MJ, Sim LJ, editors. *Depression in Parents, Parenting, and Children: Opportunities to Improve Identification, Treatment, and Prevention*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.

Pardini, D., Plante, T. G., & Sherman, A. (2001). Strength of religious faith and its association with mental health outcomes among recovering alcoholics and addicts. *Journal of Substance Abuse Treatment*

Poloma, M. M., & Pendleton, B. F. (1989). Exploring types of prayer and the quality of life. *Review of Religious Research*

Rohde P, Lewinsohn P, Klein D, Seeley J, Gau J. Key characteristics of major depressive disorder occurring in childhood, adolescence, emerging adulthood, and adulthood. *Clin Psychol Sci*. 2013; doi: [10.1177/2167702612457599](https://doi.org/10.1177/2167702612457599)

Secker, J. Current conceptualizations of mental health and mental health promotion. *Health Education Research*, 1998 doi [10.1093/her/13.1.57](https://doi.org/10.1093/her/13.1.57)

Siddle R, Haddock G, Tarrier N, Faragher EB. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002 doi [10.1007/s001270200005](https://doi.org/10.1007/s001270200005)

Štrkalj Ivezić S. Nacionalni program borbe protiv stigme psihičke bolesti. 42. međunarodni neuropsihijatrijski simpozij, Pula; 2002.

Taubes T. "Healthy avenues of the mind": psychological theory building and the influence of religion during the era of moral treatment. *Am J Psychiatry*. 1998, doi [10.1176/ajp.155.8.1001](https://doi.org/10.1176/ajp.155.8.1001)

Vitz, P., & Mango, P. (1997). Kernbergian psychodynamics and religious aspects of the forgiveness process. *Journal of Psychology and Theology* doi [10.1177/009164719702500107](https://doi.org/10.1177/009164719702500107)

Wainwright, G. (1987). Christian spirituality. In M. Eliade (Ed.), *The encyclopedia of religion* (Vol. 3), (pp. 452-460), New York: Macmillan.

Warfield, R. D., & Goldstein, M. B. (1996). Spirituality: The key to recovery from alcoholism. *Counseling and Values* doi [10.1002/j.2161-007X.1996.tb00852.x](https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.1996.tb00852.x)

Knjige:

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. izd. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 2013.

Borch-Jacobsen, Mikkel. 2012. *Making minds and madness: From hysteria to depression*. Cambridge: Cambridge University Press

Brlas S. *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja: pomaže li religioznost mentalnom zdravlju mladih*. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo "sveti Rok"; 2014.

Buljan D. (ur.) Konzultativno-suradna psihijatrija – vodič za dijagnostiku i liječenje psihičkih smetnji u somatskoj medicini. Naklada Slap, Jastrebarsko; 2016.

Chapman, R. J. (1996). Spirituality in the treatment of alcoholism: A worldview approach. Counseling and Values,

Drew, N., Funk, M., Pathere, S. i Swartz, L., (2005). Mental health and human rights. U:H. Herrman, S., Saxena i R.Moodie (Ur.), Promoting mental health. Concepts,emerging evidence,practice, Geneva: WHO.

Hellwig, M. K. (1990). A history of the concept of faith. In]. M. Lee (Ed.), Handbook offaith. Birmingham, AL: Religious Education Press.

Guralnik, D. B. (Ed.). (1984). Webster's new world dictionary of the American language. New York: Simon & Schuster.

Hood RW, Hill PC, Spilka B. The psychology of religion. An empirical approach. New York: Guilford Press; 2009.

Hudolin V. Rječnik psihijatrijskog nazivlja. 4., dop. izd. Školska knjiga, Zagreb; 1991.

IUHPE (International Union for Health Promotion and Education). The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe.Paris, Jouve Composition & Impression, 1999

Jenkins, R.: Mental Health at Work - Why is it so under-researched? Occupational Medicine, 1993.

Karlović D. Psihijatrija. Naklada Slap, Jastrebarsko; 2017.

Koenig HG, McCullough M, Larson DB. Handbook of religion and health: a century of research reviewed. New York: Oxford University Press; 2001.

Newman, L. L. Faith, Spirituality, and Religion: A Model for Understanding the Differences, College Student Affairs Journal

Nikić, M. Psihologija sugestije i snaga vjere. Interakcija duha, duše i tijela, u: M. Jurčić, M. Nikić, H. Vukušić (ur)., Vjera i zdravlje, Zbornik radova s interdisciplinarnog, multikonfesionalnog i internacionalnog simpozija održanog 2. ožujka 2005. godine na Filozofskom fakultetu Družbe Isusove u Zagrebu, Zagreb, 2005.,

Rathus, Spencer, A., Temelji psihologije, Naknada Slap, 2000.

WHO (1979) Schizophrenia: an international follow-up study. Chichester, Wiley.

WHO (1992b) The ZCD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization; 2014

World Health Organization. Atlas: Mental Health Resources in the World 2001. Geneva, 2001b. WHO/NMH/MSD/MDP/01.1.

Internet izvori:

The Athens Declaration on Mental Health and Man-made Disasters, Stigma and Community Care Atena, 2001. dostupno URL: http://whokosovo.exclusion.net/pdf/athens_declaration.pdf.
Pristup 21.7.2023.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

KATOLIČKI BOGOSLOVNI FAKULTET

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

kojom ja, _____, kao pristupnik za stjecanje zvanja *sveučilišnoga/sveučilišne prvostupnika/prvostupnice katehetike*, izjavljujem da je ovaj završni rad rezultat isključivo mog vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima i oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio završnoga rada nije napisan na nedopušten način, odnosno da nije prepisan iz necitiranoga rada, pa tako ne krši ničija autorska prava. Također izjavljujem da nijedan dio ovoga završnoga rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Split, _____

Potpis

SUMMARY

The concept of mental health brought together a series of ideas and practices that defined and intervened on what it means to be human. Religion and faith play an important role in an individual's life and are essential for an individual's mental health. The goal of this final paper is to explain the role of religion and its influence on a person's mental health. The influence of religion on various aspects of mental health is explained, and at the very end, the importance of preserving mental health is highlighted. The work consists of four parts and in each part the core and importance of the topic is clearly presented.

Keywords: religion, faith, mental health, life