

Univerzitet u Sarajevu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**POVEZANOST UMA I TIJELA KOD OBOLJELIH OD ULCEROZNOG KOLITISA:  
KVALITATIVNO ISTRAŽIVANJE**

Završni diplomski rad

Kandidat:

Aida Lalić

Mentor:

Doc. dr. Sabina Alispahić

Sarajevo, 2018. godine

## Sadržaj

1. UVOD .....	1
1.1. Klinička slika UK kod sudionika.....	4
1.1.1. Definicija UK.....	4
1.1.2. Epidemiologija .....	4
1.1.3. Etiologija.....	5
1.1.3.1. Genetika .....	6
1.1.4. Patologija .....	6
1.1.5. Dijagnosticiranje i moguće komplikacije .....	7
1.1.6. Liječenje.....	8
1.2. Kvalitet života kod oboljelih od UK.....	9
1.2.1. Socijalna podrška i kvalitet života.....	10
1.2.2. Kvalitet života i stil suočavanja.....	11
1.3. Povezanost uma i tijela i klinička slika oboljelih .....	12
1.3.1. Psihosomatika .....	12
1.3.2. Psihosocijalni faktori i UK.....	15
1.3.2.1. Stres .....	15
1.3.2.2. Veza između mozga i crijeva .....	18
1.3.2.3. Ostali psihosocijalni faktori i UK.....	20
2. METODOLOGIJA .....	23
2.1. Sudionici.....	23
2.2. Instrumenti i procedura.....	23
2.3. Zašto smo se odlučili za kvalitativnu metodologiju? .....	23
3. REZULTATI.....	25
3.1. Klinička slika UK (iskustva sudionika).....	25
3.1.1. Šta je prethodilo pojavi prvih simptoma? .....	26
3.2. Kvalitet života kod oboljelih od UK.....	27
3.3. Povezanost uma i tijela kod oboljelih.....	30
3.3.3. Koji je smisao bolesti? .....	33
4. DISKUSIJA.....	36
5. ZAKLJUČCI.....	41
LITERATURA.....	42

## **Sažetak**

Ulcerozni kolitis jedan je od hroničnih upalnih poremećaja nepoznatog uzroka, koji zahvaća gastrointestinalni trakt. Što se tiče kliničke slike, karakteristične su epizode krvavo-sluzavih proliva koji mogu trajati od nekoliko dana, sedmica ili mjeseci, kada prestaju, da bi se opet pojavili nakon asimptomatskog perioda koji može trajati mjesecima ili godinama. Cilj ovog rada bio je provjeriti kako se oboljeli nose sa simptomima, kakav je kvalitet njihovog života i kako povezanost uma i tijela utječe na njihove simptome i pojavu bolesti. U istraživanju je učestvovalo šest osoba s kojima je obavljen intervju. Rezultati su pokazali da je kvalitet života kod oboljelih od UK smanjen. Faktori kao što su socijalna podrška i adekvatan stil suočavanja mogu pozitivno utjecati na kvalitet života. Kada se govori o osobinama ličnosti i UK istraživanja su pokazale da su neuroticizam, perfekcionizam i aleksitimija češće prisutni kod oboljelih od UK nego kod opće populacije. Što se tiče stresa i UK, tačan mehanizam djelovanja stresa na simptome UK nije još u potpunosti razjašnjen, ali smatra se da je veza između mozga i crijeva preko nervus Vagusa i HPA mogući mehanizam djelovanja. Prema rezultatima koje smo dobili u ovom istraživanju možemo zaključiti da je kvalitet života kod oboljelih od UK značajno smanjen u odnosu na opću populaciju, te da oboljeli vjeruju da je stres uzročnik UK. Iako istraživanja pokazuju da su neuroticizam, perfekcionizam i aleksitimija češće prisutni kod oboljelih od UK nego kod opće populacije, naši sudionici smatraju da nemaju ove osobine ličnosti.

**Ključne riječi:** ulcerozni kolitis, povezanost uma i tijela, veza između crijeva i mozga, kvalitet života

## 1. UVOD

Od samih začetaka filozofije i filozofske misli jedna od glavnih tema bio je odnos uma i tijela. O relaciji um – tijelo govorili su mnogi filozofi, psiholozi, liječnici, književnici i umjetnici. Definicija pojma um prema Ritterovom (2010) rječniku je: „element osobe koji omogućuje da opaža svijet i vlastita iskustva, razmišlja i osjeća, odnosno inherentna sposobnost svijesti i mišljenja.“ U savremenoj filozofiji također se koristi pojam „um“ koji označava sveukupnost psihičkih, odnosno mentalnih, ljudskih sposobnosti i njihovo procesiranje: osjete, percepciju, emocije, vjerovanja, želje, razmišljanje, zaključivanje, pamćenje i spoznavanje (Pećnjak i Špiljak, 2014). S druge strane, tijelo je ono materijalno, opipljivo, građeno od ćelija koje povezujući se čine organe koji sutakođer međusobno povezani čineći tako jedan savršen sistem – ljudsko tijelo. Ako je tijelo materijalno, a um nematerijalan kako su onda oni povezani?

Još su u drevnoj Kini liječnici znali da misli i emocije imaju velik utjecaj na čovjekov organizam, odnosno da se, kako su oni govorili „ljudski strah lijepi za slezenu i da neuroze uništavaju jetru“ (Radišić, 2013). U antičkoj Grčkoj nalazimo tragove dualizma kod Platona koji govori o tome da su orfejski svećenici uveli pojam tijelo (soma), jer su vjerovali da je bestjelesno biće (um) uhvaćeno u tijelu kao u tamnici, te da um treba da vlada tijelom. Kvintilijan, latinski učitelj govorničtva, je svojim učenicima savjetovao da se stvarajući različite slike/vizije, pokušaju snažno poistovjetiti s određenim emocijama, jer tada um ima dovoljnu snagu nad tijelom da promijeni njegovo i unutarnje i vanjsko fizičko stanje (Bubaš, 2012). Ideju o dualizmu uma i tijela dodatno produbljuje Descartes u 17. stoljeću, praveći jasnu razliku između uma (*res cogitans*) i tijela (*res extensa*). On navodi da su to dvije potpuno suprotne stvarnosti od kojih svaka živi svojim životom, te da psihologija i fiziologija nemaju nikakve veze. Tijelo je to koje radi nezavisno poput stroja, a um (ili kako ga on naziva duša) je ljudski element (Bezić, 2001). Sva njegova filozofija je zapravo sažeta u poznatom „cogito, ergo sum“, gdje se prednost daje umu. Descartesa se „optužuje“ da je stao na put razvoju psihosomatskog pristupa u liječenju, međutim i mnogi poslije njega su govorili o očitijoj povezanosti psihičkog i fizičkog. Velik doprinos je zasigurno dao Freud svojim opažanjima o histeriji, a Jung iznosi mišljenje da su psiha i materija (tijelo) ista pojava, samo što je jedna posmatrana izvana, a druga iznutra (Radišić, 2013). Zatim Fechner koji je došao do zaključka da „između duše i tijela nema razlike, čovjek je psihofizičko jedinstvo (monizam). Postavio je temelje „psihofizičici“, po kojoj mentalna aktivnost u cijelosti zavisi od

fizičkih stimulansa.“ (Bezić, 1979). Svi oni dali su značajan doprinos razvoju psihosomatskog modela koji je zamijenio, do tada dominantni, medicinski model u liječenju.

Prema psihosomatskom modelu psihički faktori dovode do poremećaja funkcijekoji ako potraje dovodi do oštećenja tkiva i nastanka tjelesnih simptoma. Prema Tomić (2003) i psihički i somatski faktori učestvuju u razvoju psihosomatskog oboljenja, sa različitim stepenom doprinosa svake od komponenti, što opet zavisi od osobe do osobe. Tomić dalje navodi da kod psihosomatskih oboljenja postoji identifikovana ili organska patologija (oštećenje tkiva) ili je poznat patofiziološki proces. Franc Alexander, osnivač čikaške psihosomatske škole, je jedan od prvih autora koji je dao doprinos razvoj psihosomatke medicine. On je opisao sedam vrsta psihosomatskih oboljenja: čir na dvanaestopalačnom crijevu,UK, bronhijalnu astmu, esencijalnu hipertenziju, reumatoidniartritis, hipertireozu i neurodermatitis(Radojković, Hadži Pešić i Panić, 2013). U ovom radu fokus će biti na ulceroznom kolitisu (u nastavku, UK).

UK je jedan od hroničnih upalnih poremećaja, nepoznatog uzroka, koji zahvaća gastrointestinalni trakt. Što se tiče kliničke slike, za UK su karakteristične epizode krvavo-služavah proliva koji mogu trajati od nekoliko dana, sedmica ili mjeseci, kada prestaju, da bi se opet pojavili nakon asimptomatskog perioda (remisije) koji može trajati mjesecima ili godinama (Ivančević, Rumboldt, Belgovec i Silobrčić, 1997). Pored toga, bolest je praćena bolovima i grčevima u donjem dijelu abdomena, a kod nekih oboljelih javljaju se groznice, gubitak tjelesne mase i značajan gubitak krvi. Kod oko 10% oboljelih prvi napad bolesti je ujedno i posljednji (Kumar, Abbas, Fausto i Mitchell, 2000). Tačan uzrok nastanka UK je nepoznat, međutim sa sigurnošću može se reći da interakcija genetskih, infektivnih, imunoloških i psiholoških faktor igra značajnu ulogu. Što se tiče psiholoških faktora, UK često se iznenada aktivira nakon psihološkog stresa. Za oboljele se pretpostavlja da imaju određenu kombinaciju osobina ličnosti, osjetljiviji su na stres ili žive u okruženju koje potiče ili pogoršava njihove simptome. S obzirom da UK pogađa uglavnom osobe u ranijoj životnoj dobi, praćen je srdžbom, strahom i različitim stupnjevima depresije.

U osnovi mnogih hroničnih bolesti nalazi se neuroza. Janov (2007) navodi da je neuroza bolest osjećanja, te da njenu srž čini suzbijanje osjećanja i njihovo pretvaranje u širok dijapazon neurotičnog ponašanja. Posljedica suzbijanja/negiranja osjećaja je unutrašnji pritisak/napetost kojeg svako od nas doživljava različito. Iako se napetost osjeća svuda Janov dalje navodi da se čini da postoji jedan žarišni organ – stomak. „Riječi (osjećanja) kao da su bukvalno progutana i zatvorena u utrobu“ (Janov, 2007, str. 57).

Cilj ovog rada je istražiti odnos uma i tijela kod osoba oboljelih od UK, na uzorku od tri muškarca i tri žene koristeći kvalitativnu metodologiju, odnosno intervju.

U ovom radu pokušat ćemo odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Kakva je klinička slika UK kod sudionika i šta je prethodilo pojavi prvih simptoma oboljenja?
2. Kakav je kvalitet života kod oboljelih od UK?
3. Kako povezanost uma (osjeti, percepcija, emocije, vjerovanja, želje, razmišljanje, zaključivanje, pamćenje i spoznavanje) i tijela (somatski simptomi) utječe na trenutnu kliničku sliku i tok oboljenja kod sudionika?

## 1.1. Klinička slika UK kod sudionika

### 1.1.1. Definicija UK

Upalne bolesti crijeva (*engl. inflammatory bowel disease, IBD*) je opći naziv za skupinu hroničnih upalnih bolesti gastorintestinalnog trakta nepoznatog uzroka. Kako za ove bolesti ne postoje specifični testovi, niti patognomonična<sup>1</sup> klinička slika, dijagnoza se postavlja isključivanjem ostalih bolesti (Ivančević i sur., 1997). U skupinu upalnih bolesti crijeva ubrajaju se Kronova bolest i UK. Što se tiče Kronove bolesti, opis potječe iz 1932. godine od Crohna, Ginzberga i Oppenheimera, koji su opisali lokalizaciju bolesti u području ileuma s tim da bolest može zahvatiti cijeli probavni sistem, sve do usne šupljine (Dunitz, 2002).

Zbog same prirode bolesti postoje različiti pokušaji definisanja UK. Najčešće se definiše kao hronična, upalna bolest, nepoznatog uzroka. Odnosno, kao uzrok UK autori spominju interakciju genetskih, psiholoških, imunoloških i infektivnih faktora. Također se navodi da pogađa najčešće osobe mlađe i srednje životne dobi, te da je bolest takva da je njen razvoj teško predvidjeti. Godine 2012. ECCO (European Chron's and Colitis Organisation) je postigao dogovor oko definicije i često korištenih pojmova vezanih za UK. Ta definicija glasi: „UK je hronično upalno stanje koje uzrokuje kontinuiranu upalu sluznice debelog crijeva, bez granuloma na biopsiji, a zahvata najčešće rektum i ostatak debelog crijeva u kontinuitetu. Ovo stanje je karakterizirano periodima remisije i relapsa“ (Dignass, Eliakim, Magro, Maaser i sur., 2012; str. 969.) Na konsenzusu također su utvrđene i definicije remisije i relapsa. Remisija je definirana kao potpuno povlačenje simptoma i endoskopsko zacijeljenje sluznice debelog crijeva. U kliničkoj praksi, pacijenti se slažu da je remisija stanje sa manje od tri stolice dnevno, bez tragova krvi i sluzi. Relaps se definiše kao ponovna aktivacija simptoma, spontano ili nakon medicinskog tretmana lijekovima, kod pacijenata kod kojih je UK u remisiji.

### 1.1.2. Epidemiologija

Što se tiče upalnih bolesti crijeva UK javlja se češće nego Kronova bolest. Istraživanja pokazala su da incidencija UK varira u zavisnosti od geografske lokacije. Kada se govori o Europi stopa incidencije je veća na sjeveru nego na jugu. Na primjer, stopa incidencije u

---

<sup>1</sup>Odnosi se na posebne znake i simptome koji razlikuju jednu bolest od druge

Kopenhagenu (Danska) je četiri puta veća nego u Bolonji (Italija) (Shivananda, Lennard-Jones, Logan, Fear, Carpenter i Blankenstein, 1996). Isti autori proveli su opsežnu dvogodišnju studiju čiji je glavni cilj bio uporediti stopu incidencije na sjeveru i jugu Europe. Došli su do zaključka da je stopa oboljelih od UK u sjevernim zemljama bila 40% veća u odnosu na jug Europe. Najviša stopa incidencije utvrđena je na Islandu, a najniža na sjeveru Portugala. Autori pretpostavljaju da su razlike u klimi, genetici, načinu ishrane i ekonomskim prilikama neki od faktora koji bi mogli objasniti ovakve rezultate. Također, studija koja je provedena na skandinavskom uzorku od 1955. do 1987. godine je pokazala da postoji povećan rizik od smrtnosti kod ovih sudionika, kao i povećan rizik za kolektomiju (Solberg, Lygren, Jahnsen, Aadland, Hoie, Cvancarova, Bernklev, Henriksen, Suar, Vatn, i Moum, 2009). Isti obrazac može se uočiti i kada se porede sjeverni i južni dijelovi SAD-a. U Južnoj Americi, Aziji i Africi IBD generalno nisu uobičajene, ali i tu stopa incidencije lagano raste (Yamada, 2009). Što se tiče spola, UK podjednako pogađa i žene i muškarce, ali prema nekim studijama češće javlja se kod muškaraca. UK ima bimodalni obrazac javljanja. Vrhunac pojavljivanja bolesti je između 15 i 30 godine, a zatim između 50 i 70 (Ordas, Eckmann, Talamini, Baumgart i Sandborn, 2012). Međutim postoje dokazi za pojavljivanje u svakoj dekadi života. Kako postoje varijacije u učestalosti bolesti s obzirom na geografsku lokaciju, tako postoje i varijacije s obzirom na etnicitet i rasu. Yamada (2009) navodi da je stopa incidencije dva do četiri puta veća među Židovima. Zanimljivo je da je incidencija među Izraelskim Židovima niža od one među Američkim i Europskim. UK također se najčešće javlja među pripadnicima bijele rase.

### *1.1.3. Etiologija*

U definiciji UK često se spominje da je to bolest nepoznatog uzroka. Iako uzrok, za sada, ostaje nepoznat, nekoliko karakteristika ove bolesti upućuje na područja koja bi mogla biti od velikog značaja. Povećana incidencija bolesti kod jednojajčanih blizanaca ukazuje na nasljednu komponentu. Češće pojavljivanje kod bijelaca i Židova također ukazuje na *genetsku* dispoziciju bolesti. Hronična upalna slika ove bolesti navela je na istraživanje mogućeg *infekcijskog* uzročnika. Međutim i pored brojnih pokušaja da se pronade bakterijski, virusni ili gljivični agens niti jedan od njih nije izoliran (Ivančević i sur., 1997). Isti autori također navode da se smatralo da je i *imunološki sistem* uključen u razvoj bolesti. Ta teorija je zasnovana na konceptu da izvancrijevne manifestacije bolesti mogu predstavljati autoimune



fenomene, te da terapija glukokortikosteroidima može suzbiti njihov utjecaj putem imunosupresivnih mehanizama. Osobe oboljele od UK također imaju i izražene određene *psihološke* osobine. Za oboljele se pretpostavlja da imaju određenu kombinaciju osobina ličnosti (perfekcionizam, neuroticizam, aleksitimija), osjetljiviji su na stres ili žive u okruženju koje potiče ili pogoršava njihove simptome. S obzirom da UK pogađa uglavnom osobe u ranijoj životnoj dobi, praćen je srdžbom, strahom i različitim stupnjevima depresije.

#### *1.1.3.1. Genetika*

Kada se govori o genetskoj osnovi UK, i generalno upalnih bolesti crijeva, najsnažniji faktor rizika za razvoj je historija bolesti unutar porodice. Oko 15% osoba s upalnim bolestima crijeva ima nekog unutar uže porodice ko također ima upalnu bolest crijeva (Dunitz, 2002). Ivančević i sur. (1996) navode da je u toku života rizik za razvoj neke bolesti iz skupine upalnih bolesti crijeva 8,9% za rodbinu prvog stupnja, 8,8% za braću i sestre i 3,5% za roditelje osobe koja ima upalnu bolest crijeva. Incidencija upalnih bolesti crijeva nije povećana kod supružnika oboljelih.

Studije na blizancima također su pružile dokaze za genetsku osnovu UK. Istraživanje koje je provedeno na blizancima u Švedskoj pokazalo je da je stopa konkordanca kod dvojajčanih blizanaca jednaka kao kod braće i sestara. Za Kronovu bolest je pronađeno slaganje kod osam od 18 jednojajčanih blizanaca, a za UK kod jednog od 16 blizanaca. Važno je i to da kod jednojajčanih blizanaca nije bilo slučajeva gdje je jedna osoba imala UK, a druga Kronovu bolest. To bi značilo da ove dvije bolesti, iako iz iste skupine, ipak imaju sličnu, ali ne i istu genetsku podlogu (Cho i Weaver, 2007).

Ivančević i sur. (1997) navode da istraživanja nasljednih markera, koji bi bili značajni za identifikaciju određenih slučajeva, nisu dala rezultata niti u jednom markeru koji bi bio od značaja za osobe koje imaju neku od upalnih bolesti crijeva.

#### *1.1.4. Patologija*

UK karakteriše difuzna, površna upala sluznice debelog crijeva koja započinje u rektumu, a širi se proksimalno tako da može zahvatiti debelo crijevo u bilo kojoj dužini. U

pravilu tanko crijevo nije uključeno. Postoji nekoliko vrsta UK, a razlikuju se samo po tome koji dio debelog crijeva je zahvaćen upalom: ulcerozni proktitis, lijevostrani UK i pankolitis. Opseg debelog crijeva koji je pod upalom ne upućuje na ozbiljnost bolesti, ali može utjecati na odabir tretmana i prognozu (na primjer, ako je zahvaćeno cijelo debelo crijevo, postoji veća mogućnost za razvoj raka debelog crijeva). Simptomi su uglavnom isti.

Ulcerozni proktitis je najblaži i najčešći oblik UK (20 – 30% slučajeva). Definisani su upalom koja je ograničena na 15 – 20 cm rektuma. Lijevostrani UK javlja se u oko 40 % slučajeva, a najčešće dovodi do zatvora ili dijareje popraćene krvarenjem i bolovima u lijevom kvadrantu. Ovakav oblik UK ostaje uglavnom fiksni, ali se u nekim slučajevima može širiti proksimalnije ili čak povući distalno (Yamada, 2009). Za razliku od prethodna dva oblika bolesti, pankolitis je teži oblik UK. On se dijagnosticira kad upala zahvati i desni dio debelog crijeva (cijelo debelo crijevo). Najčešće je popraćen dijarejom i rektalnim krvarenjem. Bolovi u stomaku mogu biti difuzni ili lokalizirani, a pacijenti imaju veću vjerovatnoću gubitka težine, anemije i ostalih izvancrijevnih simptoma (Yamada, 2009; Ivančević i sur., 1997).

#### *1.1.5. Dijagnosticiranje i moguće komplikacije*

S obzirom da kod UK ne postoje patognomonične karakteristike dijagnoza se postavlja uz pomoć kliničkih, endoskopskih i histoloških nalaza. Liječnici obično prvo rade laboratorijske nalaze (kompletna krvna slika, CRP<sup>2</sup>), kalprotektin iz stolice i ostale potrebne nalaze. Nakon njih slijede rentgenološke obrade crijeva koje mogu osigurati temeljnije podatke o bolesti. Ipak u dijagnosticiranju UK najčešće se koristi, a i najpouzdanija je metoda kolonoskopija uz biopsiju crijeva (Ivančević i sur., 1997; Yamada, 2009). Pet sudionika u ovom istraživanju navodi da im je UK dijagnosticiran uz pomoć kolonoskopije i biopsije. Jedna sudionica navodi da je dijagnozu dobila samo uz pomoć CT-a trbušne šupljine, bez kolonoskopije. Samo tri sudionika navode da su dijagnoze pored kolonoskopije potvrđene i nalazima krvima i nalazom kalprotektina.

Kada se govori o komplikacijama kod UK najčešće se spominju perforacija crijeva i karcinom. Perforacija crijeva može se pojaviti kod teškog oblika UK, jer pri širenju ulceracija

---

<sup>2</sup>C-reaktivni protein, jedan od upalnih markera

stijenka crijeva postaje izrazito tanka. Ovakva komplikacija je hitna indikacija za kolektomiju (Yamada, 2009). Kod oboljelih od UK postoji povećana stopa incidencije karcinoma debelog crijeva kada se porede sa općom populacijom, posebno kod bolesnika koji imaju pankolitis (više zahvaćenog debelog crijeva). Kumulativni rizik od karcinoma počinje rasti 10 godina nakon dijagnosticiranja bolesti. Kod bolesnika sa ulceroznim proktitisom ne postoji povećan rizik za karcinom (Ivančević i sur., 1997).

Postoje i mnogobrojne izvancrijevne manifestacije UK, koje ponekad mogu prikrivati primarnu bolest (UK). Zglobne manifestacije se pojavljuju u oko 25% slučajeva (artritis, bolni i deformisani zglobovi, bolovi u koljenima i laktovima), zatim kožne manifestacije u oko 15% slučajeva, očne manifestacije kao što su rekurentni iritis i uveitis u oko 5% slučajeva. Česti su i poremećaji jetrene funkcije (Ivančević i sur., 1997).

#### *1.1.6. Liječenje*

Liječenje UK može se podijeliti na: liječenje medikamentima, hirurško liječenje, psihoterapiju i promjenu ishrane.

Što se tiče liječenje medikamentima najčešće se upotrebljavaju protuupalni lijekovi, sulfasalazin i kortikosteroidi. U slučaju lakšeg oblika UK liječenje se vrši ambulantno, dok teže oblike, barem u početku, treba liječiti bolnički. Slab odgovor na medikamentno liječenje često vodi ka hirurškom liječenju. Kod 20-25% oboljelih nužno je uraditi kolektomiju (potpuno odstranjenje debelog crijeva). Odluka o kolektomiji je izuzetno teška i za liječnika i za oboljelog. U liječenju UK, posebno kod dugotrajnog liječenja, neophodna je i potpora psihoterapeuta. Sama priroda bolesti, period kada se najčešće javlja (mlađa životna dob) i njena nepredvidivost su uzrok mnogih psihičkih poteškoća (Yamada, 2009). Postoje mnoga istraživanja koja pokazala su da oboljeli od UK pozitivno reaguju na psihoterapiju. Istraživanje koje je provedeno na 28 osoba oboljelih od UK i Kronove bolesti pokazalo je da su grupni kognitivno-bihevioralni tretmani značajno doprinijeli kratkoročnoj i dugoročnoj redukciji stresa kod sudionika (Mussell, Bocker, Nagel, Olbrich i Singer, 2003). Istraživanje koje je provedeno u Sarajevu pokazuje slične rezultate. U ovom istraživanju cilj je bio provjeriti da li individualna KBT može pomoći u redukciji anksioznosti i depresivnosti, te korištenju neadaptibilnih strategija suočavanja. Istraživanje je provedeno na 30 osoba sa dijagnozom UK, a rezultati su pokazali da sudionici sa hroničnom upalnom bolešću crijeva,

nakon završetka individualne KBT značajno manje koriste neadaptabilne strategije suočavanja sa stresom, a značajno više koriste adaptabilne strategije suočavanja sa stresom, što poboljšava kvalitetu života i prihvaćanje liječenja osnovne bolesti (Ličanin i Čato-Mehmedbašić, 2016).

Kod oboljelih od UK nužna je i promjena ishrane. Nutricionisti preporučuju unos hrane koja djeluje protuupalno, jača imunitet i obnavlja sluznicu debelog crijeva.

Za potpuno izliječenje i iscijeljenje potrebno je kombinovati sve navedene metode liječenja

### *1.2. Kvalitet života kod oboljelih od UK*

Kod oboljelih od UK smjenjuju se periodi remisije i relapsa, ponovne aktivacije bolesti. Ove varijacije u aktivnosti bolesti, zajedno sa potencijalnim dugoročnim komplikacijama, te finansijskim i emocionalnim teretom koji ide zajedno s njima, može negativno utjecati na oboljele (ali i njihovu porodicu) na nekoliko razina. Jedna od njih je i sa zdravljem povezan kvalitet života.

Sa zdravljem povezan kvalitet života je multidimenzionalni koncept koji uključuje fizičke, emocionalne i socijalne značajke percepcije zdravlja i zdravstvenog funkcionisanja (Irwin, 1997). Najčešće korištena definicija kvalitete života je ona koju je dala Svjetska zdravstvena organizacija, a prema kojoj se kvalitet života definiše kao: „individualna percepcija bolesnikove pozicije u životu u kontekstu određene kulture i sistema vrijednosti u kojem žive u korelaciji snjihovim ciljevima, očekivanjima, standardima i brigama“ (Simren, Braizer, Coremans, Dapigny, Muller-Lisnet, Pace, Smouth, Stockbrugger, Vatn i Whornwell, 2004, str. 255). Svjetska zdravstvena organizacija dala je preporuke šta treba odrediti prilikom mjerenja kvaliteta života. Predlaže se šest dimenzija, koje uključuju tjelesno zdravlje, psihološko zdravlje, stupanj neovisnosti, društvene odnose, okoliš i stupanj religioznosti/duhovnosti (Simren i sur., 2004).

Dijagnoza neke hronične bolesti može značajno povećati razinu stresa i dovesti do mnogih promjena u životu oboljelog što vodi ka promjenama u kvaliteti života. Za oboljele od UK izvori stresa mogu biti abdominalna bol, nelagoda, rektalno krvarenje, dijareja, poremećaj apetita, gubitak kilograma, potreba za dugotrajnim uzimanjem lijekova, hospitalizacija ili

operacija (Dudley-Brown, 2002). Dugoročno gledano oboljelima problem predstavlja i briga za budućnost i konačni ishod bolesti, kao i strah od nastanka maligne bolesti (Hauser, 2012). Upravo zbog toga oboljeli od UK uglavnom imaju slabiji kvalitet života kada ih se poredi sa zdravom populacijom (Dudley-Brown, 2002).

Kada se govori o kvaliteti života i upalnim bolestima crijeva, u literaturi se najčešće nalaze istraživanja o utjecaju demografskih faktora i karakteristika bolesti na kvalitet života oboljelih. Međutim, isto tako raste i svijest o tome da i psihosocijalni faktori mogu značajno djelovati na kvalitet života. Jedno od istraživanje koje je uključivalo i utjecaj psihosocijalnih faktora je i ono koje proveli su Moradkhani, Beckman i Tabibian (2012), a u kojem došli su do zaključka da je kvalitet života kod oboljelih od UK značajno povezan sa percepcijom stresa, jačinom socijalne podrške, te brojem relapsa. Do sličnih rezultat došli su i Kalafateli, Triantos, Theocharis i sur. (2013) čije je istraživanje pokazalo da je jedan od najvećih izvora lošeg kvaliteta života težina bolesti. Što se tiče psihosocijalnih faktora došli su do zaključka da informisanost o bolesti, njenom tijeku, terapiji i liječenju igra važnu ulogu u kvaliteti života oboljelih. Isto tako, percipirana socijalna podrška pokazala se kao značajan faktor kvalitete života. Ono što je također pokazano u ovom istraživanje je i to da postoji razlika s obzirom na spol. U tom smislu pokazano je da je kvalitet života žena oboljelih od UK lošiji od onog kod muškaraca. Važan faktor za kvalitet života predstavlja i činjenica da li su oboljeli bili podvrgnuti hiruršim intervencijama ili ne. Kod oboljelih koji su imali teži oblik UK i kod kojih je operacija bila nužna, pokazano je da se kvalitet života poboljšao nakon operacije (Delaney, Fazio, Remzi, Hammel, Church, Hull, Senagore, Strong i Lavery, 2003).

### *1.2.1. Socijalna podrška i kvalitet života*

Socijalna podrška se definiše kao uvjerenje pojedinca da je pripadnik društvene zajednice (porodica, prijatelji) u kojoj je voljen, cijenjen i u kojoj se brinu o njemu (Cobb, 1976). Postoje različite vrste socijalne podrške: emocionalna, informacijska i instrumentalna. Istraživanja pokazuju da podržavajući odnosi među ljudima igraju važnu zaštitnu ulogu za čovjekovo zdravlje. Socijalna podrška može zaštititi osobe u krizi od čitavog niza patoloških stanja: depresije, alkoholizma, socijalne izolacije i sl. Isto tako socijalna podrška može pomoći da se period liječenja i oporavka ubrza, te olakšati pridržavanje propisanih medicinskih režima (Langford, Bowscher, Maloney i Lillis, 1997).

Kod oboljelih od UK socijalna podrška pokazala se kao važan faktor kvalitete života. U istraživanju Moradkhani i sur. (2012) pokazano je da je slabija kvaliteta života povezana sa

lošijom percepcijom socijalne podrške. Socijalna podrška olakšava suočavanje sa bolesti i stresom kod oboljelih od UK, posebno podrška porodice. UK može ozbiljno utjecati na društvene interakcije i odnose. Zbog same prirodi bolesti i simptoma, može doći do osjećaja neugode i socijalnog povlačenja (Karwowski, Keljo i Szigethy, 2009). Upravo zbog toga postoje različite vrste intervencija koje za cilj imaju povećanje društvenih interakcija osoba oboljelih od UK, odnosno sprječavanje socijalne izolacije. Ovakve vrste intervencija bi najviše pomogle onima koji su tek dobili dijagnozu UK, kao i onima koji imaju poteškoća u prihvatanju dijagnoze (Eaden, Abrams i Mayberry, 1999). S obzirom na to da je u istraživanjima pokazano da je podrška porodice najvrijedniji i najkorisniji oblik socijalne podrške, za oboljele bi bilo korisno uključiti i članove njihovih porodica u tretman. Ovo je posebno važno kada se radi o oboljelim adolescentima. Nicholas, Otley i Smiths (2007) navode da socijalna podrška adolescentima sa UK ima pozitivne efekte na njihovu sposobnost suočavanja sa bolešću. Iskrena i otvorena komunikacija sa članovima porodice o dijagnozi i tretmanu vodi ka efikasnijim strategijama suočavanja i lakšoj adaptaciji. Istraživanja pokazuju da se oboljeli od ulceroznog kolitisa (i generalno upalnih bolesti crijeva), kao i njihove porodice suočavaju sa mnogim izazovima, što može značajno utjecati na njihovo mentalno funkcionisanje. Depresija i anksioznost se češće pojavljuju kod oboljelih od UK i njihovih porodica kada se porede sa ostatkom populacije (Shepanski Xanthopoulos, 2006). Dakle, oboljenje jednog člana porodice utječe na kvalitet života cijele porodice. U istraživanju Golics, Basra, Salek i Finlay (2013) pokazano je da u 90% slučajeva oboljenje jednog člana emocionalno utječe na ostale članove porodice, da se dnevne aktivnosti članova mijenjaju u 92% slučajeva, kao i da dolazi do promjene odnosa unutar porodice.

### *1.2.2. Kvalitet života i stil suočavanja*

Upalne bolesti crijeva mogu uzrokovati patnju i značajno negativno utjecati na kvalitet života oboljelog, ali i njegove porodice. Simptomi kao što su hronična dijareja, abdominalna bol i umor mogu dovesti do promjena u percepciji vlastitog tijela, straha od seksualne intimnosti i socijalnog povlačenja (Adams, 2009). Suočavanje s ovim simptomima zahtijeva i primjerene strategije. Međutim, istraživanja pokazuju da osobe sa upalnim bolestima crijeva uglavnom koriste pasivne strategije suočavanja, na primjer izbjegavanje, što može dovesti do psihičkih poteškoća i slabe prilagodbe na bolest (Lahat i sur., 2014).

Stil suočavanje može utjecati na to kako osoba percipira efekte bolesti na svoj kvalitet živote. Na primjer, u studiji Turnball i Vallis (1995) pokazano je da su osobe sa upalnim

bolestima crijeva za koje je ustanovljeno da su imali adekvatne strategije suočavanja bile manje uznemirene i procjenjivali su da imaju manje stresa u životu, od onih koji su imali neadekvatne strategije. Međutim, stil suočavanja, kao i vrsta bolesti, spol i dob nisu direktni prediktori kvalitete života. Stil suočavanje je u značajnoj korelaciji sa psihološkim distresom i psihološkim funkcionisanjem, za koje je pronađeno da su u korelaciji sa kvalitetom života. To bi značilo da je stil suočavanja indirektni prediktor kvalitete života (Shepanski Xanthopoulos, 2006). Petrak, Hardt, Clement, Borner, Egle i Hoffmann (2001) proveli su istraživanje u kojem došli su do zanimljivih rezultata. Oni su pokazali da postoji značajna interakcija između aktivnog suočavanja (adekvatne strategije suočavanja) i statusa bolesti (aktivna faza i remisija). Pokazano je da aktivno suočavanje s bolešću tokom aktivne faze ima negativan utjecaj na oboljelog, dok za vrijeme perioda remisije takav utjecaj nije pokazan. Dakle, oboljeli u aktivnoj fazi bolesti, koristeći aktivne stilove suočavanja iskusili su više stresa u smislu kvalitete života, u odnosu na one koji nisu koristili aktivne strategije. Ovakvi rezultati jesu neobični, ali moguće objašnjenje je to da oboljeli troši puno energije ako u aktivnoj fazi bolesti pokušava pronaći rješenje za problem. Oboljelima se zbog toga preporučuje da u početku energiju usmjere na pridržavanje uputa od liječnika i prihvatanje ograničenja koje bolest u tom trenutku donosi, kako bi se što manje energije trošilo i kako bi se tijelo moglo što prije oporaviti. Dakle, aktivno suočavanje s bolešću (vizualizacija, opuštanje, traganje za informacijama, promjena životnog stila i navika) korisno je i poželjno, ali u periodu remisije. Drossman (2000) je došao do rezultata da je povećanje stresa i stresnih događaja u životu povezano sa težinom UK. On je također pokazao da je suočavanje usmjereno na rješavanje problema u pozitivnoj korelaciji sa psihičkim blagostanjem i kvalitetom života, dok je izbjegavanje povezano sa slabijim kvalitetom životom i lošijim zdravstvenim ishodom.

### *1.3. Povezanost uma i tijela i klinička slika oboljelih*

#### *1.3.1. Psihosomatika*

Psihosomatska medicina je pojam kojeg su u upotrebu uveli oni stručnjaci koji su na osnovu mnogobrojnih istraživanja i kliničkog rada s pacijentima došli do zaključka da se bolest kod čovjeka ne može shvatiti niti tretirati koristeći *jedan uzrok-jedna bolest* pristup. Oni došli su do zaključaka da svaka bolest nastaje interakcijom različitih faktora. Pod tim se misli na somatske i psihološke procese pojedinca koji su u vezi sa njegovom okolinom.

Psihosomatska medicina počela se razvijati početkom prošlog stoljeća, ali ideja o tome da je bolest reakcija na emocionalne konflikte je starija od toga. Kimball (1970) daje primjer Navaho Indijanaca koji vjerovali su da je bilo koji problem ili oblik nesposobnosti kod čovjeka zapravo rezultat potpune neusklađenosti u životu tog pojedinca. Vjerovali su da mora doći do potpune usklađenosti u tri sfere čovjekova života: duhovnost, somatika i okruženje u kojem živi. U drevnoj Kini liječnici su smatrali da emocije utječu na čovjekovo zdravlje, pa vjerovali su da čovjekov strah ima utjecaj na njegovu slezenu, a da neuroze negativno djeluju na jetru (Radišić, 2013). S druge strane, u zapadnim civilizacijama kartezijska filozofska distinkcija tijela i uma kao odvojenih entiteta dala je poticaj za sličnu dihotomiju koja se u 18. i 19. stoljeću javila u medicini. Ovakav stav je dodatno osnažen mnogobrojnim istraživanjima koja su provedena u ovom periodu, a kojima su identificirani specifični faktori koji su u osnovi etiologije određenih bolesti. Za one bolesti koje se nisu mogle uklopiti u ovaj jedan uzrok-jedna bolest pristup dat je naziv funkcionalne bolesti (Kimball, 1970). Istraživači koji su se bavili poremećajima ponašanja, emocija i razmišljanja su jednim dijelom pali pod ovaj utjecaj, ali se ipak vjerovalo da bi se i za psihološke poremećaje možda mogao pronaći organski uzrok. S pojavom Freuda i njegovih ideja o histeriji i konverziji dolazi i do promjene u medicini. Freud, koji je bio liječnik, biološki orijentisan, je o tjelesnom poremećaju pričao u psiholoških termina. On je smatrao da fiziološki simptomi njegovih klijenata imaju organsku podlogu. Mnogi istraživači poslije njega su bili sličnog stava. Vjerovali su da su mnogi organski poremećaji zapravo posljedica nesvjesnih konflikata (Matačić i Borovečki-Jakovljević, 2017). Dakle, cilj je bio dovesti u vezu biološke procese i psihološke koncepte. Dodatni poticaj ovim pokušajima dala su i Cannonova istraživanja o tome da tijelo reaguje na emocije straha i bijesa. Cannon (1920) je uz pomoć laboratorijskih eksperimenata došao do zaključka da čovjekovo emocionalno stanje aktivira tjelesne funkcije koje pripremaju organizam za situaciju na koju emocije upućuju. On pretpostavlja da organizam reaguje na emocije straha i bijesa tako što se priprema za *fight or flight reakciju* uz pomoć inhibicije anaboličkih funkcija i aktivacije kataboličkih koje imaju zadatak da obezbijede energiju koja je tijelu potrebna da odreaguje na emociju. Kasnije istraživanja Cannona, ali i drugih pokazala su da nervni sistem, ali i različiti hormoni imaju značajnu ulogu u psihološkom funkcionisanju.

U ovom periodu javili su se i istraživači koji vjerovali su da osobe sa određenom bolešću imaju slične osobine ličnosti. Dunbar (1954) je pregledom literature i uz pomoć 1600 oboljelih uspjela formulirati psihološki profil za 8 vrsta oboljenja, za koje je ona smatrala da su psihosomatski. Ona je pronašla da osobe sa ovim oboljenjima (na primjer artritis) imaju



slične osobine ličnosti, porodičnu historiju, stil suočavanja, kao i interese i stil života (Kimball, 1970). Friedman i Rosenman (1959) opisali su tip A i tip B ličnosti koje su doveli u vezu sa nastankom srčanih bolesti. Tip A ličnosti karakteriše kompetitivnost, užurbanost i osjećaj da se nema dovoljno vremena, te zaokupljenost obavezama. S druge strane, tip B ličnosti su osobe koje su opušteno, strpljive i neopterećene rokovima i obavezama. Vjerovatnoća za obolijevanje od srčanih bolesti je, prema istraživanjima ovih autora, veća kod osoba koje imaju karakteristike tipa A. Osobe tipa B imaju nižu razinu anksioznosti i doživljavaju manje stresa što smanjuje vjerovatnoću za pojavu srčanih, ali i gastrointestinalnih problema.

Drugi istraživači, kao što su Alexander i French (1948), vjerovali su da osobine ličnosti nisu presudne u nastanku bolesti. Oni su istraživanjem „velikih sedam“: čir na dvanaestopalačnom crijevu, bronhijalna astma, esencijalna hipertenzija, reumatoidni artritis, hipertireoza, neurodermatitis i UK, došli do drugačijih zaključaka. Naglasak su stavili na životne okolnosti u kojima se pojedinac nalazio u trenutku kada se kod njega razvilo određeno oboljenje. Ovi autori vjerovali su da će vulnerabilni pojedinci, kada osjete frustraciju koja je izazvana vanjskim događajem, tu frustraciju potisnuti, odnosno kanalizirati do vulnerabilnog organa, što će dovesti do razvoja poremećaja. To se posebno odnosi na poremećaje probavnog sistema, UK i čir na dvanaestopalačnom crijevu. Wolff je uz pomoć različitih eksperimenata pokušao objasniti zašto su baš određeni tjelesni sistemi i organi osjetljivi na frustracije koje dolaze iz okoline. On je smatrao da tijelo koristi onaj organski sistem koji je za njega najprikladniji za odbranu od opasnosti koja dolazi izvana, bilo da se radi o stvarnoj fizičkoj opasnosti ili simbolu takve prijetnje (Kimball, 1970). Alexander i French (1948) su smatrali da se psihosomatske bolesti javljaju samo u organima koji su pod kontrolom autonomnog nervnog sistema i da one predstavljaju vegetativnu neurozu. Provocirana emocionalna napetost prazni se preko vegetativnog sistema, što dovodi do poremećaja funkcionisanja pojedinih organa i sistema koji, ako dugo traju vode ka strukturalnim promjenama. Svoje zaključke ovi autori su zasnivali na rezultatima Cannonovih istraživanja i njegovoj *fight or flight* teoriji. Kada čovjek uoči neku opasnost, njegov organizam se sprema za neku reakciju (borba ili bijeg), pri čemu dolazi do pojačanog rada simpatikusa (dijela autonomnog nervnog sistema). Ako ne dođe do akcije, odnosno ako nema borbe ili bijega, neće biti ni pražnjenja kroz mišićni rad, nego će se energija koja je posljedica pojačanog rada simpatikusa odraziti na tjelesnim organima. Na takav način nastaju poremećaji u radu organa.

Pored Alexandera, koji je osnivač Čikaške psihosomatke škole, značajna osoba za razvoj psihosomatike je i Pjer Marti, osnivač Pariske psihosomatske škole. Marti je smatrao da osobe sa psihosomatskom bolešću karakterišu operativno mišljenje koje je pragmatično, precizno i konformističko, bez prisustva kreativnih sposobnosti. Prema njegovom shvatanju „psihosomatski simptom predstavlja nedostatak fantazmičke sposobnosti, a psihosomatska bolest je asimbolična“ (Radojković i sur., 2013, str. 737). U isto vrijeme, 80-tih godina prošlog stoljeća, u Bostonu skupina istraživača na čelu sa Piterom Sifneosom rade na istraživanjima iz područja psihosomatike. Oni uvode pojam aleksitimija koji predstavlja nemogućnost osobe da prepozna, izrazi i opiše svoje emocije, niti da doživi različita emocionalna stanja. Takve osobe nisu u mogućnosti ni da prepoznaju emocije kod drugih. Zbog te nemogućnosti obrade emocija kroz procese imaginacije ili kreativnog rada, energija koja se u organizmu stvara zaobilazi neokorteks i preko hipotalamusa se pretvara u vegetativno uzbuđenje, koje dalje djeluje na određene organske sisteme (Adamović, 1948). O aleksitimiji i novijim istraživanjima i njenoj povezanosti sa UK biti će više govora u nastavku rada.

### *1.3.2. Psihosocijalni faktori i UK*

#### *1.3.2.1. Stres*

Oboljeli od UK, ali i mnogi stručnjaci koji se bave ovom bolešću, smatraju da su UK i stres usko povezani. Poznato je da stres svojim djelovanjem preko neuroendokrinog i imunološkog sistema može da dovede do narušavanja tjelesnog zdravlja, ali tačan mehanizam tog djelovanja još uvijek nije utvrđen. Provode se brojna istraživanja kako bi se u potpunosti razjasnio odnos između stresa i mnogih bolesti.

Pojam *stres* nije izvorno vezan za medicinu, nego se još u 17. stoljeću koristio u području mehanike. Tada se o stresu govorilo kao o nekoj vrsti sile koja djeluje na neki materijal pod opterećenjem. U medicini se ovaj pojam počinje koristiti sredinom 20. stoljeća nakon Seleyevih istraživanja o utjecaju stresa na ljudski organizam. Međutim, i Seleyeva istraživanja bila su bazirana na istraživanjima koja je 20-ak godina ranije provodio Cannon. Cannon je tada govorio o reakciji organizma na emocije straha i bijesa (fight or flight reakcije). On je smatrao da je čovjekov organizam izložen mnogim utjecajima iz okoline koji mogu poremetiti njegovu homeostazu, ključni pojam u njegovoj teoriji stresa. Na promjene u

okolini organizam odgovara skupom aktivnosti čiji je cilj ponovo uspostaviti ravnotežu. Ako su promjene u okolini prijeteće, pojedinac odabire između dva oblika ponašanja, borba ili bijeg. Na osnovu procjene vlastitih sposobnosti osoba odabire reakciju, a pri tome joj pomažu fiziološke promjene koje se u organizmu javljaju u slučaju neposredne opasnosti (Havelka, 2002.)

Seley je prvi razvio model stresa i bolesti. On je smatrao da stres djeluje na organizam aktivacijom osi adreno-kortiko-hipofize, te da se bilo koja bolest može pojaviti kao rezultat hroničnog distresa, što vodi do hroničnih upalnih promjena. Na osnovu različitih eksperimenata predložio je koncept općeg adaptacijskog sindroma koji podrazumijeva niz fizioloških reakcija koje javlja seju pod utjecajem akutnih stresova. Fiziološke reakcije u okviru općeg adaptacijskog sindroma vezane su za povećano lučenje adrenokortikotropnog hormona iz hipofize (Shepanski Xanthopoulos, 2006). Seley navodi da se opći adaptacijski sindrom odvija u tri faze. Prva faza je faza alarma u kojoj tijelo mobilizira sve raspoložive resurse za reakciju borbe ili bijega. Zatim slijedi faza odupiranja koja se očituje u prilagodbi organizma na početni stres tako što se sva mobilizirana energija usmjerava na pokušaje suočavanja sa stresom. Stresor ostaje neriješen. Posljednja faza je faza iscrpljenja kada tijelo odustaje, što vodi ka nastanku bolesti. Ove faze predstavljaju prilagodbu tijela na stres, a osnovna svrha prilagodbe prema Seleyu jeste da se djelovanje stresa ograniči na mala područja organizma koja su sposobna da se odupru stresnom djelovanju (Havelka, 2002).

U vrijeme ovih istraživanja smatralo se da je stres isključivo fiziološka pojava (organizam izravno reaguje na vanjske podražaje). Međutim, nešto kasnije se javio i pojam psihološkog stresa. Kod psihološkog stresa reakcija osobe javlja se nakon psihološkog vrednovanja ugroženosti, odnosno procjene prijetnje iz okoline.

Jedna od potpunijih psiholoških teorija stresa je ona koju je formulisao Lazarus. Prema toj teoriji, spoznajni procesi su ključni za djelovanje stresa. Lazarus (1993) definiše stres kao posebnu vrstu odnosa između pojedinca i okoline u kojem pojedinac procjenjuje zahtjeve koje okolina pred njega postavlja kao prekoračenje njegovih resursa i sposobnosti suočavanja i ugrožavanje na bilo koji način. Dakle, stres je vezan za procjenu koju pojedinac napravi. On uz pomoć spoznajnih procesa procjenjuje neku situaciju i ocjenjuje da li je ona mogući uzrok nekih budućih opasnih i neugodnih stanja. Isti događaj ne mora biti izvor stresa za različite osobe. Suprotno od ustaljenog mišljenja, stres nije vezan samo za negativne događaje. Stres je reakcija osobe koja će se javiti svaki put kada ta osoba procjeni da nema dovoljno kapaciteta

da se suoči sa zahtjevom koji je pred nju postavljen ili kada u životu osobe dolazi do nekih promjena koje je izbacuju iz ravnoteže. Stresne reakcije mogu biti emocionalne, kognitivne, bihevioralne, ali i njihova kombinacija.

Jasno je da postoji veza između stresa i nastanka bolesti, ali tačan mehanizam djelovanja stresa u nastanku bolesti nije još uvijek poznat. U posljednjih 20 godina istraživači iz područja psihoneuroimunologije učinili su značajne napore da istraže vezu između stresa, imunog, neurološkog i endokrinog sistema. Jedno od istraživanja je provedeno na studentima medicine tokom ispitnog perioda kojeg većina studenata procjenjuje kao visoko stresnog. Rezultati su pokazali značajan pad u broju osnovnih ćelija koje uništavaju ćelije tumora i one ćelije koje su zaražene mikroorganizmina. Blago povećanje u broju tih ćelija primjećeno je tek nekoliko dana poslije ovog stresnog perioda (Glaser, Rice, Speicher, Stout i Kiecolt-Glaser, 1986). Također pokazano je da kratki psihološki stresori pojačavaju srčanu aktivaciju, djeluju na povećanje razine epinefrina i norepinefrina i utječu na imuni odgovor na ćelijskoj razini (Cacioppo, Malarkey, Kiecolt-Glaser, Uchino, Sgoutas-Emch i Sheridan, 1995). Imunološki, endokrini i nervni sistem tvore mrežu u kojoj svi oni međusobno komuniciraju, direktno ili preko lučenja različitih tvari. Ti sistemi potiču fiziološke reakcije organizma kada na njega djeluju vanjski ili unutarnji podražaji. Zdravlje pojedinca može biti pogođeno onda kad se ova mreža kontinuirano aktivira ili se komunikacija među njima naglo prekine. Za UK se vjeruje da je također povezan sa djelovanjem stresa. Pored toga, UK je i sam po sebi stresor. S obzirom da je ovo hronična i nepredvidiva bolest, on predstavlja hronični stresor za osobu koja je oboljela. On sadrži i akutna razdoblja stresa, kao što su potreba za promjenom lijekova, pogoršanje simptoma ili potreba za hirurških zahvatom. Međutim, procjenom raznih stresora koji povezani su sa UK može se djelovati na prirodu i tijek bolest preko psihoneuroimunoloških puteva.

Neki oboljeli od UK imaju česte napade bolesti bez obzira na terapiju, dok neki drugi većinu vremena provedu u remisiji. Istraživači još nisu utvrdili tačan uzrok ove razlike, ali jeste utvrđeno da psihosocijalni faktori, kao što je stres, mogu utjecati na kliničku sliku bolesti. Uloga hroničnih stresora u aktivaciji i tijeku UK podržana je naturalističkim studijama o stresu kod životinja, mehanicističkim studijama neuroimunih interakcija i epidemiološkim istraživanjima kod oboljelih od UK (Shepanski Xanthopoulos, 2006). Studije na ljudima, ali i na životinjama pomogle su da se što bolje razumije veza između stresa i gastrointestinalnog sistema. U jednom istraživanju nakon što su štakori izlagani stresu istraživači su primijetili abnormalnosti u funkcionisanju epitelne barijere debelog crijeva. Također je uočeno da

dugotrajni stres može izazvati stanjivanje sluznice debelog crijeva kod štakora i krvarenje (Santos, Yang, Soderholm, Benjamin i Perdue, 2001). Chalifoux i Bronson (1981) proveli su istraživanje na jednoj vrsti majmuna porijeklom iz Kolumbije. Oni su pokazali da je boravak u zatočeništvu bio dovoljan da se kod ovih majmuna razvije UK i karcinom debelog crijeva. Objašnjenje koje su istraživači ponudili tiče se promjene okoline. Majmuni su odvedeni iz svog prirodnog staništa i upareni sa drugim majmunom suprotnog spola u okruženju koje je bilo hladnije od onog na koje su majmuni navikli u džungli. Promjena temperature u okolini i izolacija su djelovali kao stresori. S obzirom da nisu pronađeni drugi faktori koji bi objasnili zašto se UK javio kod majmuna u zatočeništvu, ali ne i kod onih u divljini, istraživači su pretpostavili da se radi o poremećaju veze između crijeva i mozga. Istraživanje Levenstein, Prantera, Varvo, Scribano, Andreoli i sur. (2009) pokazalo je da dugotrajni stres utrostručuje rizik za pogoršanje bolesti tijekom narednih osam mjeseci kod oboljelih od UK.

#### *1.3.2.2. Veza između mozga i crijeva*

Mnogi simptomi koje oboljeli od UK doživljavaju zapravo nastaju zbog stresom uzrokovanih promjena u funkciji gastrointestinalnog sistema. Iako tačan mehanizam djelovanja stresa na simptome UK još uvijek nije tačno utvrđen, u literaturi često se spominje *veza između mozga i crijeva* kao mogući mehanizam djelovanja. Kellman (2014) u svojoj knjizi iznosi zanimljive podatke. On kaže da naš mozak nije samo nešto što ide od vrata naviše, nego je i ono što nalazi se u našim crijevima. Mozak i crijeva su jedna jedinica. Embriološki, crijeva i mozak počinju od iste tačke, a kada dvije ćelije počnu od istog mjesta, one uvijek zadržavaju memoriju jedna o drugoj. Gastrointestinalni sistem je stanište mikrobioma, hiljada „prijateljskih“ bakterija, koje imaju direktnu vezu sa mozgom. Radi se o dvosmjernoj vezi, gdje mozak i crijeva konstantno komuniciraju na različite načine. Međusobno šalju poruke koje su dio komunikacijskog sistema koji je mnogo bolji od bilo kojeg komunikacijskog sistema kojeg savremena tehnologija poznaje. Znajući ovo, možemo dosta toga uraditi da se ova komunikacija poboljša. Možemo raditi na poboljšanju mikrobioma u crijevima, ali i na poboljšanju mozga. Između crijeva i mozga postoji direktna fizička veza preko Vagus nerva. Nervus Vagus je najduži živac u čovjekovom organizmu i glavna je komponenta parasimpatičkog nervnog sistema koji, zajedno sa simpatičkim, čini autonomni nervni sistem. On je mješoviti živac, sa 4/5 aferentnih (motornih) i 1/5 eferentnih (osjetnih) vlakana i ključna je komponenta veze između nervnog i imunog sistema, ali i dvosmjerne komunikacije između mozga i crijeva. Kod liječenja upalnih bolesti crijeva (UK i

Kronov bolest), nastoji se lijekovima djelovati upravo na nervus Vagus (Bonaz, Sinniger i Pellissler, 2017). Istraživanja na mačkama pokazala su da nervus Vagus sadrži 80% aferentnih vlakana koja su podrijetlom iz gornjeg dijela gastrointestinalnog sistema (Delevaux, 2002).

Psihološki i emocionalni stres mogu utjecati na motorne funkcije gastrointestinalnog sistema putem brojnih nervnih vlakana koja povezuju mozak i crijeva. Za naša crijeva često se koristi naziv „drugi mozak“, jer stijenke crijeva sadrže ogroman broj neurona. U crijevima postoji nezavisni centar integrativne neurološke aktivnosti koji se naziva enterički nervni sistem. On može da radi samostalno, da kontroliše kretanje i apsorpciju hrane u crijevima. Ovakvo samostalno funkcionisanje nije omogućeno ostalim organima (Larauche, Mulak i Tache, 2012). Dakle, nervni putevi koji povezuju gastrointestinalni sistem sa centralnim nervnim sistemom organizirani su u dva dijela: enterički nervni sistem koji daje unutrašnju inervaciju i vanjski sistem koji prolazi duž kičmene moždine u CNS. Simpatički i parasimpatički putovi su uključeni u koordiniranje gastrointestinalne pokretljivosti na periferiji, uz pomoć nervus Vagusa. Informacije koje se šalju u CNS (centralni nervni sistem) dolaze od receptora koji su smješteni u crijevnom zidu i koji se povezuju s primarnim aferentnim neuronima (Delevaux, 2002).

Mnogobrojni su spojevi enteričkih nervnih vlakana i CNS-a i oni zapravo čine osovinu veze mozak-crijeva. Utjecaj stresa na funkcionisanje gastrointestinalnog sistema je opisan kod ljudi i kod životinja. Pokazano je da ljutnja može značajno promijeniti motoričku aktivnost debelog crijeva kod ljudi. Kod štakora pokazano je da rano odvajanje od majke može dovesti do visceralne hiperglezije i pojačane aktivnosti debelog crijeva kao odgovora na stres (Lipowski, 1975). Jedan od važnih posrednika ovog stresnog mehanizma je CRF (engl. corticotropin-releasing factor). CRF se otpušta u mozgu kao odgovor na stres i ima glavnu ulogu u aktivaciji HPA (hipotalamo-hipofizno-adrenalna osovina). Crijeva sadrže periferni CRF signalni put koji zajedno sa moždanim CRF-om pridonosi pogoršanju simptoma kod UK nakon doživljenog stresa, preko modulacije autonomnog i enteričkog nervnog sistema (Hauser, 2012). Hiperaktivnost HPA je prisutna i kod depresije, anoreksije, nervoze, anksioznosti i smatra se klasičnim oblikom generaliziranog odgovora na stres (Bonaz i sur., 2017). Kod oboljelih od UK fiziološki odgovor na stres uključuje kaskadnu reakciju preko HPA osovine i autonomnog nervnog sistema, što će imati utjecaja na imunološki i upalni odgovor. Stres će dovesti do povećanja aktivnosti simpatikusa koji uzrokuje povećanu propustljivost crijevne stijenke (sindrom propusnog crijeva), što na kraju dovodi do upale

crijeva. S obzirom da je komunikacija dvosmjerna mozak uz pomoć autonomnog nervnog sistema utječe na crijeva, a crijeva na moždane procese (Shepanski Xanthopoulos, 2006). Zbog toga nije rijetkost da se kod osoba sa UK razvije neki od psihičkih poremećaja.

Dakle, kognitivni i emocionalni centri u mozgu povezani su sa enteričkim nervnim sistemom preko dvosmjernog puta. Ova dvosmjerna interakcija između mozga i crijeva je pod utjecajem stresnih životnih događaja što može predstavljati prijetnju homeostazi. Odgovor na stres uključuje aktivaciju autonomnog i endokrinog sistema koji su kratkoročno prilagodljivi, ali uslijed dugotrajnije izloženosti stresu mogu uzrokovati oštećenja ili pogoršati simptome bolesti (Larauche i sur., 2012).

Utjecaj stresa na UK nije još dovoljno jasan i iako je stres zanemaren kao etiološki faktor u nastanku ove bolesti, ne može se zanemariti činjenica da on doprinosi prognozi bolesti. Ako je osoba već oboljela od UK, stres može imati ključnu ulogu u tijeku i prognozi bolesti.

### *1.3.2.3. Ostali psihosocijalni faktori i UK*

Pored stresa, u literaturi često se spominju i drugi psihosocijalni faktori koji su u vezi sa UK. U nastavku, pružit ćemo pregled literature, ali i iskustva sudionika u ovom istraživanju kada se govori o povezanosti između UK i psihičkih poremećaja, stila suočavanja sa stresom i osobina ličnosti.

Što se tiče povezanosti UK i psihičkih poremećaja, istraživači uglavnom nastoje detektovati patologiju kod oboljelih od ove bolesti i uporediti ih sa drugim tjelesnim oboljenjima, a zanemaruje se odgovor na pitanje šta je bilo prije, patologija ili UK. Postoji veliki broj istraživanja na odraslim osobama, ali i na djeci. Prevalencija psihičkih poremećaja kod oboljelih od upalnih bolesti crijeva značajno veća nego kod opće populacije, a kreće se u rasponu od 40% do 90% (Mayer i Collins, 2002; Kovacs, Z. i Kovacz, F., 2007). U istraživanju kojeg je proveo Engstrom (1999) uspoređivano je mentalno zdravlje i psihološko funkcionisanje kod djece sa UK, hroničnim glavoboljama, dijabetesom i zdrave djece. Rezultati su pokazali da kod 60% djece sa UK postoji neki od psihičkih poremećaja. Kod djece sa hroničnim glavoboljama taj postotak je iznosio 30%, kod onih sa dijabetesom 20%, a u zdravoj populaciji 15%. Isto istraživanje pokazalo je da su djeca sa UK u poređenju sa

ostalim grupama djece imala najniži rezultat što se tiče socijalne kompetencije. Istraživanje na adolescentima koji imaju dijagnozu UK pokazalo je slične rezultate. Prevalencija psihičkih poremećaja, prema DSM-III-R, bila je 60% kod oboljelih od ulceroznog kolitisa u poređenju sa 15% kod zdrave populacije. Uglavnom se radilo o anksioznim poremećajima ili depresiji (Engstrom i Lindquist, 1991). Ovi rezultati pokazuju da djeca i adolescenti sa UK čine populaciju sa visokim rizikom za razvoj psihičkih poremećaja koji mogu utjecati na tok bolesti. U istraživanjima je također pokazano da kod djece i adolescenata sa UK postoji veća vjerovatnoća za razvoj distimije, anksioznih fobičnih poremećaja, ali i za sniženo samopoštovanje (Engstrom, 1999). U istraživanju kojeg proveli su Lavigne i Fair-Routman (1999) utvrđeno je da je UK imao najdublji utjecaj na mentalno zdravlje oboljelih u odnosu na ostale medicinske bolesti.

Što se tiče odraslih koji imaju dijagnozu UK, istraživanje koje proveli su Sewitch, Abrahamowicz, Bitton, Daly, Wils i Cohen (2001) pokazalo je da su osobe sa aktivnom bolešću imale statistički značajno veće rezultate na skalama depresije, anksioznosti i somatizacije u odnosu na one koji su bili u periodu remisije. Poremećaje u kliničkom rasponu prijavilo je 32,4% oboljelih kojima je bolest bila neaktivna. Odrasle osobe sa dijagnozom neke od uplanih bolesti crijeva najčešće imaju dijagnosticiran depresivni poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, te panični poremećaj sa agorafobijom. Prema nekim istraživanjima kod većine oboljelih su se psihički poremećaji javili prije simptoma bolesti, kod oko 20% situacija je bila obrnuta, a kod preostalih 25% nisu zabilježeni ovakvi poremećaji (Sykes, Blanchard, Lackner, Keefer i Krasner, 2002). Hauser (2012) navodi da su neki istraživači pronašli da depresivni i anksiozni poremećaji prethode simptomima UK, što nije slučaj kod oboljelih od Kronove bolesti. Međutim, sama bolest može utjecati na javljanje psihičkih poteškoća. UK je hronična i nepredvidiva bolest i samim tim predstavlja hronični stres za osobu.

Neki istraživači smatraju da stres i bolesti nisu direktno povezani, nego da je medijator ove veze stil suočavanja sa stresom. Stres je faktor koji će potaknuti određeno ponašanje kod osobe, a ponašanje je zapravo to koje je u vezi sa ishodom stresa. Kakvo ponašanje će kod osobe biti potaknuto ovisi o tome kako se osoba suočava sa stresom, kako reaguje na stres. Lazarus (1993) je suočavanje definisao kao sve ono što osoba čini na kognitivnom i bihevioralnom planu, a što za cilj ima uklanjanje problema i/ili smanjenje intenziteta psihofiziološke reakcije. Stilove suočavanja Lazarus je podijelio na suočavanje usmjereno na problem i suočavanje usmjereno na emocije (Havelka, 2002). Suočavanje usmjereno na



problem odnosi se na ona ponašanja koja za cilj imaju mijenjanje ili uklanjanje izvora stresa. Tu spada suprotstavljanje stresoru, traženje socijalne podrške, planiranje kako riješiti problem, informisanje o problemu i načinima rješavanja. S druge strane, suočavanje usmjereno na emocije odnosi se na ona ponašanja čiji je cilj ublažiti negativne emocije, smanjiti emocionalnu napetost. Tu se ubraja potiskivanje, samookrivljavanje, pronalaženje pozitivnih strana novonastale situacije ili mirenje sa sudbinom (Radojković i sur., 2013). Ne postoje bolji ili lošiji načini suočavanja. Efikasnost određene strategije suočavanja će ovisiti od situaciji u kojoj se osoba nalazi. U poglavlju o kvaliteti života oboljelih od UK je navedeno da aktivne strategije suočavanja nemaju pozitivne efekte na osobu kada je bolest u aktivnoj fazi, nego da se pozitivni efekti javljaju tek onda kada osoba u remisiji koristi ovaj način suočavanja.

## 2.METODOLOGIJA

### 2.1.Sudionici

U istraživanju je učestvovalo šest osoba (tri žene i tri muškarca), prosječne dobi 40.5 godina. Tri sudionika su bila iz Srbije, dva iz Hrvatske i jedan iz Bosne i Hercegovine. Što se tiče porodičnog stanja dvije sudionice i jedan sudionik su u braku. Navode da imaju djecu. Svi sudionici su bili članovi online grupe za podršku oboljelima od UK i Kronove bolesti. Jedini uvjet za učestvovanje u istraživanju bio je da UK kod sudionika nije u aktivnoj fazi, zbog specifičnosti bolesti. Postoje tri vrste ulceroznog kolitisa. Dvije osobe u našem istraživanju su imale dijagnozu ulceroznog proktitisa, jedna lijevostranog UK i jedna ulceroznog pankolitisa. Niko od sudionika nije imao operativni zahvat koji je vezan za UK. Svi koriste propisanu, standardnu medicinsku terapiju za UK. Jedna sudionica navodi da pored dijagnoze UK ima i dijagnozu PTSP-a. Niko od njih ne navodi da je potražio pomoć psihoterapeuta ili nutricioniste za probleme vezane uz UK.

### 2.2. Instrumenti i procedura

Za potrebe istraživanja osmišljen je polustrukturirani intervju koji je sadržavao 15 pitanja. Sva postavljena pitanja su formirana nakon istraživanja literature kako bi se provjerilo da li postoji razlika između teorije i iskustva sudionika. Ovim istraživanjem se pokušalo odgovoriti na tri pitanja, pa je intervju bio podijeljen u tri dijela. Svaki dio intervjuja je sadržavao pet pitanja (na primjer, *Možete li opisati simptome koje ste imali pri pojavi bolesti ili ih imate još? Da li Vam je partner podrška, kako? Da li s njim/njom razgovarate o svojim simptomima?, Da li Vi vjerujete da su stres i Vaše osobine ličnosti uzrok UK?, Kako biste Vi opisali svoju ličnost?*). Pored ovih pitanja prikupljeni su i sociodemografski podaci. S obzirom da su sudionici bili iz različitih država intervju je proveden preko Skype-a.

### 2.3. Zašto smo se odlučili za kvalitativnu metodologiju?

S obzirom na istraživački problem u ovom radu korištena je kvalitativna metodologija. Kvalitativnim istraživanjima se nastoji steći dublji uvid i razumijevanje pitanja koja su predmet istraživanja. Ovim radom se nastojalo odgovoriti na pitanja o tome kakav je kvalitet života kod oboljelih od UK, koji su njihovi simptomi i kako povezanost uma i tijela utječe na njihove simptome. Cilj je bio čuti iskustva sudionika i provjeriti da li se ona slažu s onim što se može naći u teoriji. Nastojalo se, kroz iskustva sudionika, odgovoriti na pitanja zašto su određene varijable povezane, te kako, uz pomoć kojeg mehanizma utječu jedna na drugu.

Za kvalitativna istraživanja karakterističan je manji uzorak. Mali, nereprezentativan uzorak onemogućuje generalizaciju zaključaka, ali omogućuje dublju analizu sadržaja. Još jedna od karakteristika kvalitativnog istraživanja je to da je istraživač instrument za tumačenje rezultata. Postoji mogućnost da istraživač svojom perspektivom utječe na tumačenje rezultata. Istraživačeva empatija, uključenost i vlastito iskustvo su poželjne, jer vode boljem razumijevanju iskustva sudionika. U našem istraživanju ovi uvjeti su zadovoljeni, jer je i istraživač zbog dijagnoze UK imao slična iskustva kao i sudionici.

### 3. REZULTATI

#### 3.1. Klinička slika UK (iskustva sudionika)

Glavni i jedan od najčešće prijavljivanih simptoma od strane oboljelih je rektalno krvarenje. Simptomi obično odražavaju težinu bolesti, odnosno jačinu upale sluznice. Prethodno su navedena i opisana tri tipa UK. U nastavku će rezultati biti prikazani kroz svaki tip bolesti.

U našem istraživanju jedna sudionica navodi da je njena dijagnoza ulcerozni proktitis. Na pitanje koji simptomi su kod nje bili dominantni, odgovara da su to stalni prolivi (oko 20 dnevno), praćeni pojavom krvi i nagli gubitak težine. Druga sudionica ovako opisuje svoje simptome: *„Jaki bolovi, grčevi koje do sada nikad nisam imala... hladan znoj, povraćanje, jako puno krvi i sluzi (u stolici). Broj stolica ne znam, svakih par minuta“* (Jasna, 55).

U nekim slučajevima crijevni simptomi mogu biti maskirani visokom temperaturom, umorom, gubitkom kilograma ili nekim drugim izvancrijevnim manifestacijama (Yamada, 2009). U vezi s maskiranjem simptoma jedan od naših sudionika kaže: *„Bavio sam se fudbalom. Prvi simptomi su bili bol u trbuhu sa lijeve strane, mislio sam da je zbog trčanja. Doktori su mi rekli da imam hemoroide, pogrešna terapija mjesec dana, poslije mjesec dana stalnih bolova i drugih simptoma gastroenterolog mi je ustanovio UK“* (Dragan, 22).

Drugi oblik UK je lijevostrani UK. Jedna od sudionica sa tom dijagnozom UK navodi: *„Moja dijagnoza je lijevostrani ulcerozni. kolitis, odnosno sigmoidni. Moji simptomi su bili umor i krv u stolici, prva tri mjeseca, dok nisam dobila Orvagil. Pila sam Orvagil možda nekih mjesec dana. Bilo je malo bolje. Onda je urađena kolonoskopija i dobila sam dijagnozu. Tada mi je za terapiju određeno Pentasa tablete i Pentasa čepici. Krv je odmah stala ali me je umor dugo držao i lomio, užasno sam se osjećala, iako je krvna slika bila super“* (Mirela, 52).

Najteži oblik UK je ulcerozni pankolitis. Sudionici sa dijagnozom pankolitisasu podijelili slijedeća iskustva: *„Mučnina, povraćanje, prolivi, više stolica na dan, 5 do 6, u početku bez krvi, kasnije sa krvlju dok nije postala samo krv kako se meni činilo. U početku su doktori prepisali tablete protiv dijareje koje sam konzumirao naravno bez ikakvog dejstva na moje stanje. U početku bolesti sam za 3 nedjelje izgubio skoro 30 kg“* (Srećko, 40).

*„Prvo što sam zapazio je bio proljev koji je trajao oko 8 mjeseci (uračunato s boravkom u bolnici i periodom poslije), gubitak kilograma sam zapazio tek pri kraju boravka u bolnici, kada sam se vagao (to mi inače nije bio običaj, možda i zato što sam imao između 110-115 kg). Tada sam saznao da mi je kilaža pala na 75 kg. Znači, izgubio sam oko 40 kg u razdoblju od oko tri mjeseca. Zatim pomanjkanje apetita, broj stolica se povećava od 2-3 na početku do oko 30 na dan kada sam primljen u bolnicu“ (Dario, 41).*

*„Dijagnozu sam dobila krajem februara 2017., nakon prvog jačeg „ispada“. Prvih par dana sam imala proljeve s krvi u stolici, no mogla sam izdržati na primjer poslovni sastanak od sat i pol, pa nakon toga juriti na WC. Nakon nekih 3 dana je postalo puno gore, proljeve sam imala otprilike svakih pola sata, nekada i češće, trajalo je cijele dane i noći pa noćima nisam spavala više od pola sata do 45 minuta u komadu. Na težini nisam ništa značajno izgubila od dijagnoze/prvog ispada do sad, no inače sam sitnije građe“ (Marija, 33).*

### *3.1.1. Šta je prethodilo pojavi prvih simptoma?*

Na pitanje šta je kod njih prethodilo pojavi prvih simptoma, sudionici su odgovorili:

*„Dogodilo se u najgorem mogućem trenutku, na poslovnom putu izvan Hrvatske i to na odredištu do koje sam morala i presjedati s aviona na avion. Prema tamo to nije bio problem, no kako mi se tamo bolest (za koju tad nisam znala) aktivirala, put kući je bio izuzetno stresan. Period od devet mjeseci koji je prethodio dijagnozi mi je bio jako turbulentan. Na poslu se situacija jako zakuhala, rokovi su bili sve kraći, zadaci sve zahtjevniji i sve brojniji. Zaposlila sam se u start up tvrtci, pa je to bila manje više ludnica u kojoj je sve moralo biti riješeno ili odmah ili još jučer. Puno projekata se odvijalo istovremeno, radilo se i po 15, 16 sati dnevno, a nekih četiri mjeseca prije dijagnoze se takav rad proširio pa je znalo biti tako i subotom i nedjeljom, odnosno danima koji su mi inače neradni. Osim toga, taman nekih devet mjeseci prije dijagnoze sam izašla iz duge veze i taj prekid sam podnosila dosta loše, prilično me slomilo. Ukratko, bila sam emotivno izuzetno iscrpljena i pod velikim stresom, bez normalnog ritma, nisam normalno spavala, hranila sam se neuredno i po pitanju rasporeda i po pitanju sadržaja“ (Marija, 33).*

*„Stres! Naime pomagali smo kumovima sa njihovim vinogradom, a on se nalazi na iznimno stjenovitom terenu (dobri stari krš) i bilo je izuzetno naporno (i stresno) postaviti betonske*

*stupove na takav teren, a nakon toga smo morali u naš vinograd posaditi oko 150 sadnica)koje je uništila bolest prethodne godine. Usput sam bio nezaposlen tako da stresa koliko želiš“ (Dario, 41).*

*„Neradovna ishrana, preveliki napor i stres. Putovao sam u to vrijeme baš dosta i bio sam stidljiv... imao sam 14 ili 15god. Primijetio sam da svake godine u slično godišnje doba meni se pojavi velika količina krvi i sluzi u stolici“ (Dragan, 22).*

*„Stres svaki dan, mama boluje od Alzheimerove bolesti, suprug voli popiti, to me nervira, tetku imam koja puno pametuje, a dan prije sam nju vozila na kraći put od 70km. Ali mislim da to nisu bili toliki okidači za UK. Smatram da je način prehrane važniji. Jela sam sve redom, bez razmišljanja koliko je opterećen želudac. Može bit i da je zbog lijekova koje dugo koristim (15 godina lijekovi za zglobove i PTSP)“ (Jasna, 55).*

*“Prosto mi nije jasno šta je pokrenulo bolest, samo je počelo sa prolivima i mučninom bez upozorenja ili nečeg. Što se životnih okolnosti tiče, sve normalno, bez nekih jakih stresova. Niko iz porodice nije bio bolestan ili tako nešto. Sa finasijama kao i svi, cijeli Balkan, teško ali životari se, naviklo se već” (Srećko, 40).*

*„Prethodio je period u kojem je bilo dosta promjena u mom životu, odnosi se na poslovne prilike mog supruga i mene. Taj period nezadovoljstva je trajao oko pola godine“ (Mirela, 52).*

Dakle, većina sudionika navodi da je pojavi prvih simptoma UK prethodio neki stresni životni događaj ili period, kao i neredovna i nekvalitetna ishrana.

### *3.2.Kvalitet života kod oboljelih od UK*

O tome koliko su članovi porodice naših sudionika upoznati sa njihovim stanjem i koliko su uključeni u proces liječenja i oporavka, te kako je to povezano sa njihovom kvalitetom života, sudionci u ovom istraživanju kažu:

*„U braku sam, ali nemam djecu. Suprug je upoznat sa dijagnozom, ali kod njega nailazim na potpuno nerazumijevanje. Sve uglavnom obavljam potpuno sama (kućanski poslovi, odlasci liječniku, liječenje). Bilo bi mi lakše kada bi me on mogao razumjeti i pružiti podršku, na bilo koji način“ (Jasna, 55).*

*„Kada smo saznali za dijagnozu moji članovi porodice su bili izgubljeni, začuđeni. Nisu znali šta ih je snašlo, pogotovo što sam ja bio jako mlad 14 ili 15 godina. Međutim, brzo smo se snašli. Vodili su zdrav život, jeli su sve što sam i ja mogao da jedem, promijenili su dosta toga u domaćinstvu da bi meni bilo lakše, vremenom su navikli na moju bolest i nisu obraćali pažnju da bih ja bio što rasterećeniji oko toga i da jednostavno ne mislim na bolest“ (Dragan, 22).*

*„Nakon što sam saznao za dijagnozu došlo je do promjena u životu, ali većinom pozitivnih. Porodica mi je blisko povezana i svi su mi bili podrška i utjeha kada je trebalo (nisu dozvolili da se predam, štogod mi je zatrebalo dobio sam, podizali su mi raspoloženje šalama)“ (Dario, 41)*

*„Da se život nakon dijagnoze promijenio, jeste, ali nažalost ne na bolje. Ali šta može se, šta je-tu je. Supruga se nije odvajala od mene i mog bolničkog kreveta. Svima je bilo teško da me gledaju u takvom stanju, posebno zbog brzog gubitka kilograma. Djeci je bilo teško, ali mislim da oni i nisu razumjeli ozbiljnost situacije, pa je moža i meni to malo pomoglo, da se ponašaju kao da imam običu gripu“ (Srećko, 40).*

Dakle, iskustva sudionika su različita. Oni koji su na bilo koji način imali podršku porodice izjavljuju da su se lakše nosili sa bolešću i da su se brže oporavljali.

Pored podrške porodice, u istraživanjima je pokazano da podrška životnog partnera igra značajnu ulogu u procesu ozdravljenja i kvaliteti života oboljelih. O svojim iskustvima o uključenosti životnog partnera u proces liječenja sudionici u našem istraživanju su rekli:

*„Suprugu nije jasno šta se to dešava sa mojim abdomenom, jer se nikada ranije nisam žalila. Sve obavljam sama. On je vozač kamiona i često ga nema kući. Voljela bih da me više razumije, da ima informacije o bolesti, da je tu. Navikla sam da radim sve sama iz jednostavnog razloga što njega njema i ko će, ako ne ja sama“ (Jasna, 55).*

*„Moja devojka je upućena u moje stanja, zna za moju dijagnozu. Ja sa njom ne pričam o tome, već sam napomenuo ne volim da pričam o tome. Moja sestra joj je objasnila u kratkim crtama u čemu se radi. Što se tiče terapije i lijekova objasnio sam joj proceduru i to je to. Nisam pričao o simptomima sa njom i ne znam koliko je informisana što se tiče bolesti“ (Dragan, 22).*

*„Moj suprug mi je silna podrška, doslovno prati sve u vezi moje bolesti, brine se o terapiji, nabavlja recepte i uputnice, prati me na pretrage i kontrolne preglede. Osim toga, pomaže u*

*kućanskim poslovima puno više nego prije uvažavajući moje simptome umora i bolova. Svakodnevno me vozi na posao i dovozi s posla jer mi je to predstavljalo teškoću s obzirom na broj odlazaka na toalet. Ponekad mi se čini da moj muž ima više informacija o mojoj bolesti nego ja“ (Mirela, 52).*

*„Odnosi sa suprugom su mogu da kažem u redu. U braku smo 20 godina. Meni je moja bolest, iskren da budem dosadila, ali ona se i dalje drži. Podrška je ogromna kroz cijelu ovo priču sa ulceroznim, uz mene je, prati me i na obične preglede (vađenje krvi), uz mene je i pruža mi podršku. Informisana je dosta o bolesti i načinu liječenja“ (Srećko, 40).*

Iskustva sudionika u našem istraživanju su različita. Većina ih navodi da njihovi životni partneri imaju informacije o njihovoj bolesti i da ih prate na liječničke preglede. Oni koji ne nailaze na razumijevanje i podršku od strane partnera navode da su se prilagodili takvoj situaciji.

UK dovodi do promjena u svim aspektima života oboljelog. Javljaju se poteškoće na poslu, na fakultetu/u školi, ali i u odnosu sa prijateljima. Sudionik koji je dobio dijagnozu UK za vrijeme srednjoškolskog obrazovanja rekao je: *„Profesori su znali za moju djiagnozu i nekima sam jako zahvalan, bili su razumni i informisani o UK. Prijatelji također su znali ali nisu bili informisano o tome šta konkretno to znači. Teško sam se snalazio, više sam bio kod kuće nego u školi. Ja nisam mogao ići u toalet u školi, jer nije bio adekvatan“ (Dragan, 22).*

Isti sudionik o iskustvima na poslu sa dijagnozom UK kaže: *„Ja sam se bavio profesionalno fudbalom i to sa mojih petnaest godina sam uspio da napredujem na višem nivou. Nisam mario za bolest u tim godinama, tokom ranog perioda bolest. U 19-toj godini sam prestao zbog povrede inače bi to bila moja profesija. Promijenilo se dosta toga i mogu reći da mi je bolest promijenila život i moje razmišljanje. Od svakog poslodavca sam krio da sam bolestan. Zato što u kakvoj državi živim nije baš poželjno imati neku dijagnozu. Sad radim u jednoj firmii dosta sam napredovao. Vođa smjene sam, ali nisam napomenuo moj zdravstveni problem. Radim u livnici i ne znam kako će to uticati na moj život, puno je prašine i stresa na poslu, deset mjeseci sam u toj firmi. Moram se konsultovati sa doktorom u vezi toga“ (Dragan, 22).*

O poslu kojim se bavi i utjecaju UK na njega, jedan od sudionikarekao je: *„Ja sam muzičar sviram dosta instrumenata ali dominantni su mi duvački instumenti: truba, saksofon, tenorbas, clarinet. Stomak/crijeva igraju veoma važnu ulogu u sviranju duvačkih*



*instrumenata, tako da je moja karijera sa duvačkim instrumentima mogu da kažem završena. Pokušao sam, ali bolovi su uvijek prisutni i ne ide” (Srećko, 40).*

Jedna od sudionica je podijelila sljedeće iskustvo: *„Na poslu znaju koju bolest imam, nisam je nikad tajila, pomažu koliko mogu, razumiju kad moram trčati na wc i zamjenjuju me. S druge strane ni ja nisam koristila na neprimjeren način njihovo razumijevanje u smislu čestih izostanaka s posla i bolovanja. Naprosto sam dolazila na posao i onda kad se nisam baš osjećala najbolje tako da je ovdje riječ o uzajamnom povjerenju“ (Mirela, 52).*

O tome kakvi su odnosi s prijateljima nakon postavljanja dijagnoze i kakve su promjene nastale u socijalnom životu zbog dijagnoze kaže: *„Svi moji prijatelji znaju za moju bolest i pomažu u smislu da razumiju zašto se ja više ne mogu toliko družiti s njima kao prije. Ja sam prije bolesti bila vrlo aktivna u društvenom životu, a ova bolest me praktički vezala za kuću u smislu da osim odlaska na posao više nigdje ne idem. Veliki problem su mi i kulturna događanja tipa kazalište, kino, koncerti koje više uopće ne posjećujem“ (Mirela, 52).*

Jedan od sudionika kaže: *„Ne mogu reći da su se nešto drastično promijenili odnosi s prijateljima, možda malo više pazimo jedni na druge. Pomažu mi pripremom hrane koja mi odgovara (a prije je nismo jeli, ili je nismo jeli tako spremanu), pitaju jesam li uzeo svoje lijekove. Sa prijateljima se odnos nije promijenio, vidimo se kao i prije, s njima je najveća razlika u tome da više paze na mene“ (Dario, 41).*

Jedna od sudionica je podijelila svoje iskustvo sa prijateljima, poslom i hobijima: *„Svi prijatelji znaju za bolest. Družimo se, ali nerazumijevanje potpuno od svih. Sve sama obavljam. Zbog PTSP-a sam umirovljena 2013. godine. Imam cvijetnjak, voćnjak, vrt, vidjet ćemo kakvo će biti moje stanje kada dođe proljeće“ (Jasna, 55).*

Dakle, prema ovim iskazima vidimo da se život sudionika sa UK promijenio nakon dijagnoze. Neki navode pozitivne promjene (kvalitetnija ishrana i bolji odnosi s prijateljima), dok se drugi suočavaju sa negativnim promjenama (poteškoće na poslu, u školi, ograničen socijalni život).

### *3.3. Povezanost uma i tijela kod oboljelih*

Istraživanja o povezanosti uma i tijela kod oboljelih od UK bave se pitanjima povezanosti osobina ličnosti, psihičkih poremećaja, stresa, te stila suočavanja sa UK. O stresu i osobinama ličnosti kao uzročnicima UK sudionici u ovom istraživanju su rekli: *„Moje*

*karakterne osobine i stres dosta utiču na tok bolesti i mislim da jeste jedan od uzorka UK. Drugi mnogo bitan faktor jeste hrana“ (Jasna, 55).*

*„Vjerujem da je stres uzročnik pošto se UK manifestirao u razdoblju kada sam bio pod izraženim stresom“ (Dario, 41).*

*„Ne vjerujem da su moje osobine ličnosti uzročnik, ali stres možda djeluje na ovu bolest“ (Mirela, 52).*

Što se tiče UK i psihičkih poremećaja, na pitanje da li imaju dijagnozu nekog od psihičkih poremećaja samo je jedna sudionica rekla da ima dijagnosticiran PTSP i navela da je PTSP dijagnosticiran 15 godina prije dijagnoze UK. Na pitanje da li su se osjećali depresivno u periodu kada im se UK aktivirao ili da li se i dalje osjećaju tako, sudionici su odgovorili:

*„Da, osjećao sam se depresivno. Ali ta depresija je kod mene trajala od 2001. kada mi se brat ubio (ulcerozni koltis dijagnosticiran 2017). Tek nakon što sam zbog ulceroznog morao boraviti u bolnici, ponovo sam pronašao onu dječiju radost za male stvari koje život čine lijepim“ (Dario, 41).*

*„Bio sam depresivan u tom periodu kada sam dobio kolitis, ali nisam to iskazivao. Valjda zato što sam takva osoba, pa sve držim za sebe. Od dijagnoze je prošlo već nekoliko godina i naučio sam da na neki način kontrolišem stres, a samim tim i depresiju“ (Dragan, 22).*

*„Da, bila sam depresivna tih dana, možda više anksiozna. Prilagodila sam se svom podstanaru i sada živimo dobro, bez depresije, ponekad malo napeta, ali rijetko“ (Jasna, 55).*

Na pitanje kako se oni nose sa problemima/stresom i kako to utječe na njihovu bolest, sudionici u ovom istraživanju su rekli:

*„Problem nastojim riješiti što prije, ako je moguće. Imam prijateljicu s kojom razgovaram o svemu. Jedna drugoj dođemo kao psihološka podrška kada nam zatreba“ (Jasna, 55).*

*„Riješavam problem najčešće tako što mislim konkretno na taj problem i stalno razmišljam o njemu dok se ne odlučim šta je najbolje da učinim“ (Dragan 22).*

*„E, to mi je Ahilova peta, uglavnom čekam da prođe samo od sebe“ (Dario, 41).*

*„Rekla bih da to zavisi od toga o kojem problemu se radi. Volim red i kontrolu i nastojim probleme riješiti što prije. Mislim da mi je ta osobina najviše i utjecala na razvoj kolitisa.*

*Prije dijagnoze sam probleme rješavala uglavnom sama, valjda je to osobina nas žena. Međutim kolitis me naučio da ponekad moram tražiti i pomoć od drugih. A i lakše je tako. U početku sam dosta čitala o ovoj bolesti i tražila druge koji su oboljeli. To mi je pomoglo, ali i otežalo. Čitajući sve to osjetila sam i strah. Sada znam dosta o ovoj bolesti, ali i poznajem sebe i svoje tijelo i nema više straha. Biće šta mora da bude, a ja sam ovdje, spremna“ (Marija, 33).*

Na pitanje kako bi opisali sebe, svoju ličnost i karakter, sudionici u ovom istraživanju su odgovorili:

*„Većinom sam smiren. Smatram se vječnim djetetom, jer se tako i osjećam“ (Dario, 41).*

*„Sve zavisi od situacije. Smirena sam osoba, opušten i perfekcionista. Ne volim da ulazim u konflikte s drugima, ne volim nepravdu i jako sam ambiciozan. U nekim okolnostima jesam impulsivan i napet. Ponekad previše razmišljam, pa možda u nekim situacijama napravim sebi lošu sliku u glavi, pa mi to stvara napetost“ (Dragan 22).*

*„Čini mi se da se da postoji razlika u mojoj ličnosti kada poredim period prije i period poslije dijagnoze UK. Mala, ali ipak postoji razlika. Ja sam i dalje osoba koja je ambiciozna, ali sada znam posložiti prioritete. I dalje sam osoba koja voli praviti planove, ali sada znam da je OK ako nešto od toga ne uspijem ostvariti u zadanom vremenu ili ako ne uspijem ostvariti uopšte. Sada znam da mi puno obaveza u kratkom roku stvara napetost, čudan osjećaj u crijevima i stres, znam da mi to utječe na simptome, tako da sam naučila podijeliti obaveze i bolje iskoristiti vrijeme. I dalje sam puna empatije, ali sada znam da nije moj zadatak da brinem o svemu i svačemu“ (Marija, 33).*

*„Uglavnom sam smirena i opuštena osoba, teško me je naljutiti. Napeta sam ako imam puno obaveza i postoji „strah“ da neću sve stići na vrijeme. Kako se rješavaju obaveze postajem sve mirnija“ (Jasna, 55).*

*„Ja sam od svega po malo. Ne mogu da kažem da sam uvijek smiren ili uvijek napet, umijem i da se naljutim. Perfekcionista definitivno nisam. Ne zamaram se mnogo detaljima. Sebe mogu da opišem kao osobu koja se preživjela dosta i dobrog i lošeg u životu. Sa ulceroznim je došla i nestrpljivost, pa ne mogu baš sve i svakog da podnesem, ali eto“ (Srećko, 40).*

Dakle, iz iskaza naših sudionika možemo zaključiti da je u njihovoj ličnosti nastala promjena nakon dijagnosticiranja UK. Većina ih govori o pozitivnim promjenama. Naglašavaju da njihove reakcije (anksioznost, bijes, napetost) ovise o situaciji.

Pored perfekcionizma i neuroticizma, osobina za koju se u istraživanjima pokazalo da javlja se često kod oboljelih od UK je aleksitimija. Na pitanje da li mogu lako prepoznati, imenovati i iskomunicirati svoje emocije sa drugima, te da li potiskuju emocije, sudionici u ovoj studiji su odgovorili:

*„O mojim osjećajima rijetko kad i rijetko s kim pričam, a posao mi je takav da znam da prepoznam kod ljudi osjećaje, čak i kada neko pokušava da sakrije emocije. I ja sam jedan od njih (onih koji skrivaju emocije)”* (Srećko, 40).

*„Da, hipersenzibilan sam, stoga lako prepoznajem emocije kod sebe i drugih. Mislim da mi nije teško razgovarati o svojim osjećajima. Poslije dijagnoze kolitisa dosta manje potiskujem emocije“* (Dario, 40).

*„Lako prepoznajem ljutnju, sreću, bijes, patnju, kod drugih osoba, mogu na neki način da ih brzo okarakterišem nakon što razgovaram sa njima. Kod sebe ih također mogu prepoznati. Ne razgovaram o svojim osećanjima, ne znam zašto, takva sam osoba, ljutnju ću pokazati na svoj način, neću razgovarati o njoj. Tako i dobre stvari, ne iskazujem previše. Ne pričam o osećanjima“* (Dragan 22).

*„Nisam od onih koji potiskuju emocije. Razmišljam o njima i ne plašim ih se. Prepoznajem emocije kako kod sebe, tako i kod drugih. Nije mi teško razgovarati o sebi i svojim osjećajima. Liječenje na psihijatriji zbog PTSP-a mi je pomoglo. Dali su mi smjernice kako se nositi sa problemima i osjećajima“* (Jasna, 55).

Što se tiče sposobnosti prepoznavanja emocija i potrebe da se o vlastitim emocijama razgovara s drugima, sudionici se razlikuju. Muški dio ispitanika uglavnom navodi da o svojim emocijama ne razgovaraju s drugima, ali da ih mogu prepoznati kod sebe i kod drugih.

### *3.3.3.Koji je smisao bolesti?*

Posljednje pitanje u razgovoru sa sudionicima bilo je kako oni doživljavaju ovu bolest, šta za njih predstavlja UK. Neki od njih odgovorili se:

*„Ulcerozni kolitis... Čak mislim da ga nalazim više blagoslovom, kada pogledam koliko sam se promijenio u odnosu na život prije. Prije njega sam bio autodestruktivan, nije me bilo briga što će se samnom desiti, nakon njega nalazim svaki dan malim čudom. U svakom slučaju psihički sam se promijenio na bolje“ (Dario, 41).*

*„Ovu bolest sada vidim kao priliku za promjenu životnih navika. Sve se promijenilo od kada imam ulcerozni. Od spavanja, spavam više, duže, pa do ritma života koji je sada malo usporeniji. Snašla sam se u svemu što se tiče života s ulceroznim. Prihvatiti bolest i njezine osobine, a najviše paziti na ishranu i sve ide kako treba. Bez lijekova za sad“ (Mirela, 52).*

*„Gledao sam na ovu bolest kao na kaznu, pa kao prepreku za napredovanje. Sad mislim da je to prilika za promjenu životnih navika. Svašta se dešava u svijetu tako da UK ne predstavlja toliki problem da treba da se ljudi povuku u sebe, već da promijene sopstvene navike i žive normalan život. Dosta loših stvari mi se izdešavalo u tom periodu kad sam dobio UK, pa sam svašta i mislio... mislio sam da mi je ovo kazna za nešto, prepreka za napredovanje, da ne trebam ići dalje. Bio sam profesionalni fudbaler, ali ova bolest me nije spriječila da prestanem igrati fudbal. Tako da dosta toga sam naučio. Treba živjeti sretno!“ (Dragan, 22).*

*“Ulceroni kolitis za mene lično je nešto što uđe u nečiji život i upropasti ga totalno, naročito ako taj neko živi na Balkanu. Ja, kao primjer, ja sam muzičar, sviram saksofon ili ipak bolje da kažem svirao sam, jer ne razumijem kako neko sa oštećenim crijevima može da duva, kako neko sa konstantnom boli u stomaku može da duva. Pitam se kako da svojoj djeci prvo obezbjedim osnovne potrebe za život, a tek na kraju dolazi ono najbitnije, odakle mi novac za liječenje!? O privatnim pregledima da i ne pričam. Možda sam i skrenuo s teme, ali uglavnom, život s ulceroznim nije lijep. Ne mogu da kažem da je prilika za nešto, nije bolest nikakva prilika” (Srećko, 40).*

*„Ovu bolest sam u početku doživljavala kao prepreku za život, za sve. Moj život tada se dijelio na ono prije i ono poslije dijagnoze, u negativnom smislu naravno. Pitala sam se zašto je ovo poslano baš meni, bila sam ljuta na sebe, na život, na druge ljude. Bila sam i ljubomorna na druge koji su mogli živjeti normalno, na one koji su mogli prespavati cijelu noć bez buđenja i „trčanja“ do toaleta, na one koji su mogli ići u kino, u pozorište, družiti se s prijateljima, na fakultet (toliko je loše bilo da sam bila ljubomorna na one koji mogu biti na fakultetu). Ali sada je sve drugačije. Kada sam prestala da se sažalijevam i kada sam počela da se prema svom tijelu odnosim onako kako ono i zaslužuje, sve se promijenilo na bolje. Nije*

*ovo bila kazna, nego malo upozorenje i nova prilika. Moj život se i sada dijeli na ono prije i ono poslije dijagnoze, ali sada u pozitivnom smislu“ (Marija, 33).*

#### 4. DISKUSIJA

Kako bi se stekao dublji uvid u problematiku odnosa uma i tijela kod oboljelih od UK u ovom istraživanju je korištena kvalitativna metodologija. Prednost ovakvog pristupa istraživanju je ta što se nastoji doći do odgovora na pitanje zašto su neke varijable povezane i koji je mehanizam u osnovi te povezanosti, a kroz iskustva sudionika. Također jedna od prednosti našeg istraživanja je i ta što je i sam istraživač osoba sa dijagnozom UK. Upravo zbog toga, sudionici su bili spremniji da podijele svoja iskustva.

Pored ovih prednosti, kvalitativni pristup istraživanju ima i određene nedostatke. U našem istraživanju je učestvovalo šest osoba, koji su bili izjednačeni jedino po spolu. Mali, nereprezentativan uzorak nam ne omogućuje generalizaciju zaključaka. Sudionici su bili različite dobi (raspon od 22 do 55 godina), ali su njihova iskustva bila slična. Generalizacija rezultata nije moguća, ali ovo istraživanje može poslužiti i kao dobra osnova i izvor ideja za neka buduća istraživanja.

Što se tiče prvog istraživačkog pitanja, kliničke slike UK kod sudionika, pokazano je da ona u potpunosti odgovara onom što se može pronaći u literaturi. Glavni i jedan od najčešće prijavljivanih simptoma od strane oboljelih je rektalno krvarenje. Ovaj simptom prijavljuju preko 90% pacijenata (Dignass i sur., 2012). Simptomi obično odražavaju težinu bolesti, odnosno jačinu upale sluznice. Kod pacijenata sa ulceroznim proktitisom, najblažim oblikom bolesti, javljaju se simptomi hetamohezije (pojava svježe krvi u stolici), osjećaj za hitnim pražnjenjem i često zatvor koji nastaje zbog usporenog prijenos fekalnih materija kroz kolon (Danese i Fiocchi, 2011). Bolest se obično zadržava na rektumu, ali može proksimalno napredovati kod čak 30 - 40% oboljelih (Yamada, 2009). Dva sudionika u našem istraživanju imaju dijagnosticiran ovakav oblik UK. Pored ovih simptoma oni navode i česte bolove i grčeve u abdomenu, te povraćanje. Lijevostrani UK koji se javlja u oko 40% slučajeva se smatra srednje teškim oblikom UK. Kod ovakvog oblika bolesti najčešći simptomi su zatvor ili dijareja uz stalni osjećaj nepotpunog pražnjenja, osjećaj za hitnim pražnjenjem i rektalno krvarenje. Osjećaj boli u lijevom kvardantu je češći nego kod proktitisa (Ivančević i sur., 1997). Simptomi koji se također često javlja su su visoka temperatura, osjećaj umora i malaksalosti, te gubitak kilograma i anemija zbog čestih, krvavih stolica (Danese i Fiocchi, 2011). U nekim slučajevima crijevni simptomi mogu biti maskirani visokom temperaturom, umorom, gubitkom kilograma ili nekim drugim izvancrijevnim manifestacijama (Yamada,

2009). Ovakav oblik UK u našem istraživanju je prijavila jedna sudionica. Simptomi koje ona posebno naglašava su umor i stalni osjećaj malaksalosti, kao i krvarenje. Uz pomoć terapije krvarenje je zaustavljeno, ali ona navodi da se umor još dugo zadržao. Najteži oblik UK je ulcerozni pankolitis. Najčešći simptom kod ovakvog tipa bolesti je dijareja koja je rezultat smanjene apsorptivne sposobnosti debelog crijeva. Ostali simptomi uključuju krvarenje, osjećaj za hitnim pražnjenje i osjećaj nepotpunog pražnjenja. Bolovi u trbuhu su česti, a za ovakav tip bolesti je i čest simptom gubitak tjelesne težine i anemija (Yamada, 2009). U našem istraživanju tri sudionika navode da imaju dijagnosticiran ovakav oblik UK. Kao što je i navedeno u literaturi i kod njih su najčešći simptomi bili česte stolice, krvarenje, kao i nagli gubitak tjelesne težine. Također navode osjećaj umora i malaksalosti koji su trajali dugo poslije smirivanja ostalih simptoma.

Zbog česte smjene perioda relapsa i remisije, kao i zbog mogućih komplikacija, te financijskog i emocionalnog tereta, kvalitet života kod oboljelih od UK je značajno smanjen. Jedan od faktora koji utječe na kvalitet života je socijalna podrška. Pored emocionalne, porodica pruža i instrumentalnu podršku na način da prati člana porodice na liječničke preglede, napominje ga kada je potrebno da uzme lijekove, ali se i informiše o bolesti. Porodica je zajednica u kojoj pojedinci uglavnom provode najviše vremena. Nakon dobivanja dijagnoze oboljeli su najčešće okruženi članovima porodice i oni su ti od kojih u velikoj mjeri zavisi dalji oporavak i prihvatanje dijagnoze. Upravo zbog toga članove porodice treba osnažiti i informisati o bolesti i načinu liječenja. Istraživanja pokazuju da postoji pozitivna povezanost između kvalitete života oboljelih od UK i socijalne podrške, posebno podrške porodice (Cobb, 1976; Langford i sur., 1997; Moradkhani i sur., 2012). Naši sudionici također navode da su im članovi porodice/životni partneri najveća podrška tokom perioda liječenja i oporavka. Iskustva sudionika su bila različita. Oni koji su imali veću percipiranu podršku od strane porodice su izjavili da su se brže oporavljali i prilagođavali na novi stil života, što i jeste u skladu sa onim što pokazuju druga istraživanja na ovu temu.

Pored socijalne podrške koja dolazi od strane porodice, za oboljele od UK, odnosno za njihov kvalitet života važna je i podrška životnog partnera. Većina naših sudionika navodi da su njihovi životni partneri bili uključeni u proces dijagnosticiranja, ali i liječenja. Izjavljuju da im podrška partnera, posebno informisanost o UK, pomaže u prilagodbi na bolest. Naši rezultati su u skladu s rezultatima drugih istraživača. Na primjer, u istraživanju kojeg su proveli Lahat, Neuman, Eliakim i Ben-Horin (2014) pokazano je da 88% sudionika vjeruje da bi im partnerova veća uključenost u cijeli proces liječenja pomogla da se lakše nose sa bolešću,



a 70% njih smatra da bi trebale postojati grupe podrške za partnere. Također pokazano je da osobe koje osjećaju da će im uključenost partnera pomoći, više s njim/njom dijele informacije o bolesti i vlastitom stanju i traže da partner bude uključen u proces donošenja odluka vezanih za medicinske intervencije. Oboljeli koji su zadovoljni količinom i kvalitetom socijalne podrške koju primaju izvještavaju o nižoj razini stresa i boljoj prilagodbi na bolest. U istraživanju Sainsbury i Heatley (2005) pokazano je da 94% sudionika izvještava o tome da dijele s partnerom svoje brige vezane za zdravstveno stanje, što ukazuje na to da većina oboljelih od UK ima potrebu da se psihički rastereti i da smatraju da su njihovi partneri stabilni izvori podrške. U istom istraživanju pokazano je da manja skupina sudionika, njih 17%, smatraju da uključenost partnera ne može značajno pridonijeti njihovom procesu liječenja. Međutim, zanimljivo je to da čak i u ovoj grupi sudionika, njih 58% izjavljuje da dijele s partnerom svoja razmišljanja i brige vezano za zdravstveno stanje. To ukazuje na njihovu potrebu za psihičkim rasterećenjem, čak i onda kad ne vjeruju da im to može značajno pomoći. Dakle, s obzirom na nalaze ovih istraživanja stručnjaci koji rade sa oboljelima od UK bi trebali biti svjesni potencijalne pozitivne uloge životnih partnera u kvaliteti života oboljelog. Nakon što oboljeli da pristanak, liječnici (i ostali stručnjaci) bi trebali pokušati uključiti partnere bolesnika u sam proces medicinskog odlučivanja, podijeliti s njima relevantne informacije i potaknuti ih da prate oboljelog tokom pregleda i procesa liječenja.

Kod oboljelih od ulceroznog kolitisa, zbog prirode bolesti, može doći i do socijalnog povlačenja. Naši sudionici navode da su im odlasci u školu, na posao, druženje s prijateljima, te odlasci u kino/pozorište otežani. Upravo zbog toga, u svijetu, postoje različite vrste intervencija koje za cilj imaju povećanje društvenih interakcija za oboljele od UK (Eaden i sur., 1999). Pored online grupe za podršku oboljelima od UK i Kronove bolesti (čiji su osnivači oboljeli) u BiH ne postoji neki vid pomoći onima koji se nose s ovom bolešću.

Što se tiče trećeg istraživačkog pitanja, povezanosti uma i tijela kod oboljelih, pokazano je da naši sudionici vjeruju da je stres jedan od najvažnijih uzročnika njihove bolesti. Hauser (2012) je dobio slične rezultate. Suprotno mišljenju liječnika, više od polovine oboljelih smatra da su stres i njihove osobine ličnosti bitne u nastanku bolesti, a više od 90% ih smatra da to utječe na aktivnost njihove bolesti. Međutim, istraživanja pokazuju da stres može pogoršati kliničku sliku kod oboljelih ili da može dovesti do relapsa, ali da nije uzročnik UK (Cacioppo i sur., 1995; Yamada, 2009; Shepanski Xanthopoulos, 2006). Istraživanja o povezanosti osobina ličnosti i UK najčešće koriste Eyscenkov PEN model ličnosti. Njegov

model ličnosti zasniva se na pretpostavci da je ličnost određena biološkim faktorima. Svaka dimenzija ličnosti ima svoju fiziološku, biohemijsku, neurološku i genetsku osnovu i odražava se na određeni način u ponašanju (Radojković i sur., 2013). Istraživanja su pokazala da su kod oboljelih od ulcerozozog kolitisa česte dimenzije neuroticizam i perfekcionizam. Visoki rezultati na dimenziji neuroticizma povezani su sa smanjenom psihološkom dobrobiti, psihološkom prilagodbom i smanjenim kvalitetom života kod oboljelih od UK (Flet, Baricza, Gupta, Hewitt i Endler, 2011). Za perfekcionizam je također pokazano da se u odnosu na opću populaciju češće javlja kod oboljelih od UK. Njegov negativni utjecaj na ovu bolest se ogleda u povećanoj reaktivnosti na stres i pritisku da sve bude savršeno i pod kontrolom (Sajadinejad, Asgari, Molavi, Kalantari i Adibi, 2012). U našem istraživanju smo dobili drugačije rezultate. Sudionici su svoju ličnost uglavnom opisivali koristeći termine *smiren/a*, *opušten/a*, *ambiciozan/na*. Međutim, u našem istraživanju nisu korišteni mjerni instrumenti na osnovu kojih bi se došlo do uvida u osobine ličnosti sudionika, nego se radilo o samoopisivanju. Bilo bi korisno da se na većem, reprezentativnom uzorku oboljelih iz BiH, Hrvatske i Srbije provede kvantitativno istraživanje na temu osobina ličnosti i UK. Pored perfekcionizma i neuroticizma, osobina za koju se u istraživanjima pokazalo da se javlja često kod oboljelih od UK je aleksitimija. Aleksitimija se definiše kao poteškoća u prepoznavanju i verbaliziranju emocija, te poteškoća u regulaciji i iskazivanju emocija (Barbera, Bonanno, Rumeo, Alabastro, Frenda, Massihnia, Morgante, Sidali, Craxi, Cappello, Tumminello, Micciche i Nastri, 2017). U mnogim istraživanjima pokazano je da oboljeli od UK postižu više rezultate na mjerama aleksitimije u poređenju sa kontrolnom grupom. Na primjer, u istraživanju Jones, Wessinger i Crowell (2006) pokazano je da su oboljeli od UK i oni sa sindromom iritabilnog crijeva imali više rezultate na mjerama aleksitimije nego kontrolna grupa. Isti rezultati su pokazani i onda kada su se kontrolisale varijable spola, obrazovanja, anksioznosti, depresije i simptoma bolesti. Drossman i Ringel (2004) smatraju da zbog aleksitimije osobe svoje emocije komuniciraju kroz somatizaciju i ponašanje, a ne kroz verbalno izražavanje. Ovo je češće javlja onda kada osoba nema dovoljno socijalne podrške ili kada je introvert. U našem istraživanju muški dio sudionika navodi da ne razgovaraju s drugima o svojim emocijama, ali da mogu prepoznati emocije kod sebe i kod drugih. Sudionica koja je imala iskustva sa psihoterapijom navodi da je zbog toga sada spremnija da razgovara o svojim osjećajima i potraži pomoć kada joj je potrebna.

Posljednje pitanje za naše sudionike je bilo koji je smisao ove bolesti za njih. Sudionici su dali različite odgovore, ali većina njih izjavljuje da sada UK posmatraju kao

nešto što im je donijelo pozitivne promjene u životne navike. Živimo u vremenu u kojem su nam nametnute različite obaveze i od nas se očekuje da budemo brzi i uspješni u njihovom izvršavanju. U svemu tome mi zaboravimo ili nemamo vremena (odnosno uvjerimo sebe da nemamo vremena) da se hranimo kvalitetno i zdravo, da spavamo dovoljno, da odvojimo vrijeme za fizičku aktivnost i relaksaciju. Sudionici navode da ih je UK, pored svih poteškoća koje idu s njim, naučio da više vremena i pažnje posvete svome tijelu.

## 5. ZAKLJUČCI

UK je jedan od hroničnih upalnih poremećaja, nepoznatog uzroka, koji zahvaća gastrointestinalni trakt. Što se tiče kliničke slike, karakteristične su epizode krvavo-sluzavih proliva koji mogu trajati od nekoliko dana, sedmica ili mjeseci, kada prestaju, da bi se opet pojavili nakon asimptomatskog perioda (remisije) koji može trajati mjesecima ili godinama (Ivančević i sur., 1997). Pored toga, bolest je praćena bolovima i grčevima u donjem dijelu abdomena, a kod nekih oboljelih javljaju se groznice, gubitak tjelesne mase i značajan gubitak krvi. Tačan uzrok nastanka UK je nepoznat, međutim sa sigurnošću može se reći da interakcija genetskih, infektivnih, imunoloških i psiholoških faktora igra značajnu ulogu.

Kod oboljelih od UK smjenjuju se periodi remisije i relapsa, ponovne aktivacije bolesti. Ove varijacije u aktivnosti bolesti, zajedno sa potencijalnim dugoročnim komplikacijama, te finansijskim i emocionalnim teretom koji ide zajedno s njima, može negativno utjecati na kvalitet života oboljelih. Faktori kao što su socijalna podrška (gdje se porodica pokazala kao najznačajniji faktor), informisanost o bolesti i adekvatan stil suočavanja mogu utjecati na poboljšanje kvalitete života oboljelih, ali i njihovih porodica.

Za oboljele od UK pretpostavlja se da imaju određenu kombinaciju osobina ličnosti (perfekcionizam, neuroticizam, aleksitimija), osjetljiviji su na stres ili žive u okruženju koje potiče ili pogoršava njihove simptome. S obzirom da UK pogađa uglavnom osobe u ranijoj životnoj dobi, praćen je srdžbom, strahom, anksioznošću i različitim stupnjevima depresije. Istraživanja su pokazale da se neuroticizam, perfekcionizam i aleksitimija češće nalaze kod oboljelih od UK nego kod opće populacije. O stresu kao uzročniku UK se još vode rasprave, ali se sa sigurnošću može reći da je stres faktor koji pridonosi ponovnoj aktivaciji bolesti i pogoršanju simptoma. Tačan mehanizam djelovanja stresa na simptome UK nije još u potpunosti razjašnjen, ali smatra se da je veza između mozga i crijeva preko nervus Vagusa i HPA mogući mehanizam djelovanja.

UK je hronična, teška i nepredvidiva bolest, ali ako čovjeka posmatramo kao cjelinu, ako ga na takav način liječimo i zacijeljujemo, ozdravljenje je jedini mogući ishod.

## LITERATURA

1. Adamović, B. (1984). *Emocije i telesne bolesti*. Beograd: Nolit.
2. Adams, E. (2009). Living with Inflammatory Bowel Disease: a test of the meaning making model of coping. *Electronic Theses and Dissertations*, 11.
3. Alexander, F. i French, T. M. (1948). *Studies in Psychosomatic medicine; an approach to the cause and treatment of vegetative disturbance*. Oxford, England: Ronald Press.
4. Barbera, D., Bonanno, B., Rumeo, M., Alabastro, V., Frenda, M., Massihnia, V., Morgante, G., Sidali, A., Craxi, F., Cappello, M., Tumminello, A., Micciche, L. i Natri (2017). Alexithymia and personality traits of patients with inflammatory bowel disease. *Scientific Reports*, 7, 1-14.
5. Bezić, Ž. (1979). Psihologija bez duše. *Crkva u svijetu*, 14 (2), 133-145.
6. Bonaz, B., Sinniger, V. i Pellissier, S. (2017). The Vagus Nerve in the Neuro-Immune Axis: Implications in the Pathology of the Gastrointestinal Tract. *Frontiers in Immunology*, 8, 1-14.
7. Bubaš, J. (2012). Tijelo/duh i izvedba. *Journal of Social Sciences, Culture and Arts*, 2, 1-16.
8. Cacioppo, J. T., Malarkey, W. B., Kiecolt-Glaser, J. K., Uchino, B. N., Sgoutas-Emch, S. A., Sheridan, J. F. i sur. (1995). Heterogeneity in neuroendocrine and immune responses to brief psychological stressors as a function of autonomic cardiac activation. *Psychosomatic Medicine*, 57, 154-164.
9. Cannon, W.B. (1920). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. New York: D. Appleton and Company.
10. Chalifoux, L. V. i Bronson, R. T. (1981). Colonic adenocarcinoma associated with chronic colitis in cotton top marmosets, *Saguinus oedipus*. *Gastroenterology*, 80, 942-946.
11. Cho, J.H. i Weaver, C.T. (2007). The Genetics of Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology*, 133, 1327-1339.
12. Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
13. Danese, S. i Fiocchi, C. (2011). Medical progres, Ulcerative Colitis. *The New England Journal of Medicine*, 365, 1713-1725.
14. Delaney, C.P., Fazio, V., Feza, M., Remzi, M., Hammel, J., Churc, J., Hull, T., Senagore, A., Strong, S. i Lavery, C. (2003). Prospective, Age-Related Analysis of

- Surgical Results, Functional Outcome, and Quality of Life After Ileal Pouch-Anal Anastomosis. *Annals of Surgery*, 238, 221-229.
15. Delevaux, M. (2002). Role of visceral sensitivity in the pathophysiology of IBD. *Gut*, 51, 67-71.
  16. Dignass, A., Eliakim, R., Magro, F., Masser, C., Chowers, Y., Geboes, K., Mantzaris, G., Travis, S., Lindsay, J.O. i Van Assche, G. (2012). Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 1: Definitions and diagnosis. *Journal of Chron's and Colitis*. 6, 965-990.
  17. Drossman, D. A. (1998). Gastrointestinal illness and biopsychosocial model. *Psychosomatic Medicine*, 60, 258-267
  18. Drossman, D.A. i Ringel, Y. (2000). Psychological factors in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Kirsner's Inflammatory Bowel Disease*, 12, 36-48.
  19. Dudley-Brown S. (2002). Prevention of psychological distress in persons with inflammatory bowel disease. *Issues Mental Health*, 23,403–22.
  20. Dunitz, M. (2002). *Practical Gastroenterology*. London: Department of Gastroenterology, University College London Hospitals.
  21. Eaden J.A, Abrams K i Mayberry J.F. (1999). The Crohn's and Colitis Knowledge Score: a test for measuring patient knowledge in inflammatory bowel disease. *American Journal of Gastroenterology*, 94,3560–3566.
  22. Engstrom, I. (1999). Inflammatory bowel disease in children and adolescents: Mental health and family functioning. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 28, S28-S33.
  23. Engstrom, I. i Lindquist, B. L. (1991). Inflammatory bowel disease in children and adolescents: A somatic and psychiatric investigation. *Acta Paediatrica*, 80, 640-647.
  24. Flett,C., Baricza, A., Gupta, P. L., Hewitt, A. i Endler, S. (2011). Perfectionism, psychosocial impact and coping with irritablebowel disease: a study of patients with Crohn's disease andulcerative colitis. *Journal of Health Psychology*, 16, 561–571.
  25. Friedman, M. i Rosenman, R. H. (1959). Association of Specific Overt Behaviour Pattern With Blood and Cardiovascular Findings: Blood Cholesterol Level, Blood Clotting Time, Incidence of Arcus Senilis, and Clinical Coronary Artery Disease. *Journal of the American Medical Association*, 169, 1286-1296.

26. Glaser, R., Rice, J., Speicher, C. E., Stout, J. C. i Kiecolt-Glaser, J. K. (1986). Stress depresses interferon production by leukocytes concomitant with a decrease in natural killer cell activity. *Behavioral Neuroscience*, 100, 675-678.
27. Golics C.J., Basra M.K., Salek M.S. i Finlay A.Y. (2013). The impact of patients chronic disease on family quality of life: an experience from 26 specialties. *Int J Gen Med.*, 18, 787–798.
28. Gosch, S. i Mitchell, R. (2007). Impact of inflammatory bowel disease on quality of life: Results of the European Federation of Chron's and Ulcerative Colitis Association (EFCCA) patient survey. *Journal of Chron's and Colitis* 1, 10-20.
29. Hauser, G. (2012). Differences in the health-related quality of life, affective status, and personality between irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease patients. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 22,862-867.
30. Havelka, M. (2002). *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap
31. Irvine E.J. (1997). Quality of life issues in patients with inflammatory bowel disease. *American Journal of Gastroenterology*, 92,18S–24S.
32. Ivančević, Ž., Rumboldt, Z., Bergovec, M., Silobrčić, V. i Bruketa, D. (1997). *Harrison principi interne medicine* (1. izd.). Zagreb: Placebo
33. Janov, A. (2007). *Primalni krik*. Podgorica: NOVA KNJIGA
34. Jones, M., Wessinger, S. i Crowell, M.S. (2006). Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 4, 474–481.
35. Kalafateli, M., Triantos, C., Theocharis, G., Giannakopoulou, D., Kountroumpakis, E., Chronis, A., Sapountzis, A., Margaritis, V, Thomopoulos, K. i Nikolopoulou, V. (2013). Health – related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a single-center experience. *Annals of Gastroenterology*, 26, 243-248.
36. Karwowski CA, Keljo D. i Szigethy E. (2009). Strategies to Improve quality of life in adolescents with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Disease*, 15, 1755–1764.
37. Kellman, R. (2014). *The Microbiome Diet: The Scientifically Proven Way to Restore Your Gut Health*. New York: Lifelong Books.
38. Kimball (1970). Conceptual Developments in Psychosomatic medicine: 1939-1969. *Annals of Internal Medicine*, 73, 307-316.

39. Kovacs Z. i Kovacs F. (2007). Depressive and anxiety symptoms, dysfunctional attitudes and social aspects in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Int J Psychiatry Med.*, 37, 245-255.
40. Kumar, V., Abbas, A. B., Fausto, N. i Mitchell, R. N. (2000). *Robinsove osnove patologije*. Zagreb: Data Status
41. Lahat, A., Neuman, S., Eliakim, R. i Ben-Horim, S. (2014). Partners of patients with inflammatory bowel disease: how important is their support? *Clinical and Experimental Gastroenterology*, 47, 255-259.
42. Langford, C.P., Browsher, J., Maloney, J.P. i Lillis, P.P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advances Nursing*, 25, 95-100.
43. Larauche, M., Mulak, A. i Tache, Y. (2012). Stress and visceral pain: from animal models to clinical therapies. *Experimental Neurology*, 233, 49-67.
44. Lavigne J.V. i Faier-Routman, J. (1992). Psychological adjustment to pediatric physical disorders: a meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*. 17, 133-57.
45. Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Reviews Psychology*, 44, 1-21.
46. Levenstein S., Prantera C., Varvo V., Scribano M.L., Andreoli A., Luzi C., Arca, M., Berto, E., Milite G. i Marcheggiano, A. (2009). Stress and exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission. *American Journal of Gastroenterology*, 95, 1213-1220.
47. Ličanin, I. i Čato-Mehmedbašić, S. (2016). Ispitivanje efikasnosti individualne kognitivno – bihevioralne psihoterapije kod ispitanika sa hroničnom upalnom bolesti crijeva. *Sarajevo: Univerzitetski Klinički Centar, Sarajevo, Psihijatrijska klinika, Klinika za Gastroenterohepatologiju (rad u pripremi)*.
48. Matačić, S. i Borovečki-Jakovljević, S. (2017). Funkcionalni poremećaji, odnosno histerija. *Psihoterapija*, 31, 20-40.
49. Mayer E. A. i Collins S. M. (2002). Evolving pathophysiologic models of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 122, 2032-2048.
50. Moradkhani, A., Beckman, L.J. i Tabibian, J. (2012). Health-related quality of life in inflammatory bowel disease: Psychosocial, clinical, socioeconomic, and demographic predictors. *Journal of Chron's and Colitis*, 7, 467-473.
51. Mussell, M., Bocker, U., Nagel, R., Olbrich, R. i Singer, M.V. (2003). Reducing Psychological Distress in Patients with Inflammatory Bowel Disease by Cognitive-



- Behavioural Treatment: Exploratory Study of Effectiveness. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 53,754-762.
52. Nicholas D.B. i Otley A., Smith C. (2007). Challenges and strategies of children and adolescents with inflammatory bowel disease: a qualitative examination. *Health Qual Life Outcomes*, 5, 28-39.
  53. Ordan, I., Eckman, L., Talamini, M., Baumgart, D.C. i Sandborn, W.J. (2012). Ulcerative colitis. *Lancet*, 380, 1606-1619.
  54. Pećnjak, D. i Špiljak, I. (2014). Argument iz znanja i modalni argument za dualizam u filozofiji uma. *Bogoslovna smotra*, 84(1), 73-95.
  55. Petrak, F., Hardt, J., Clement, T., Borner, N., Egle, U. T. i Hoffmann, S. O. (2001). Impaired health-related quality of life in inflammatory bowel diseases. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 36, 375-382.
  56. Radišić, S. (2013). Autohipnozno samoisceljivanje. *Psihijatrija danas*, 1-21.
  57. Radojković, D., Hadži Pešić, M. i Panić, D. (2013). Osobine ličnosti, strategije prevladavanja stresa i sklonost psihosomatici kod studenata. *Časopis za društvene nauke*, 2, 735-751.
  58. Ritter, R. (2010). *Oxford Dictionary for Writers and Editors* (2. izd.). Oxford, UK: OxfordUniversity Press.
  59. Sainsbury A. i Heatley R.V. (2005). Review article: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Therapy*, 21,499–508.
  60. Sajadinejad, M., Asgari, K., Molavi, H., Kalantari, M. i Adibi, P. (2012). Psychological Issues in Inflammatory Bowel Disease: An Overview. *Gastroenterology Research and Practice*, 18, 2-18.
  61. Santos, J., Yang, P. C., Soderholm, J. D., Benjamin, M. P. i Perdue, M. H. (2001). Role of mast cells in chronic stress induced colonic epithelial barrier dysfunction in the rat. *Gut*, 48, 630-636.
  62. Sewitch, M. J., Abrahamowicz, M., Bitton, A., Daly, D., Wild, G. E. i Cohen, A. (2001). Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 96, 1471-1479.
  63. Shepanski Xanthopoulos, M. (2006). *The relationships among psychological distress, stress, disease symptom activity, and coping in adolescent diagnosed with Chron's disease*. Philadelphia: Faculty of Drexel University.

64. Shivananda, S., Lennard-Jones, J., Logan, R., Fear, N., Price, A., Carpenter, L., van Blankenstein, M. i EC-IBD Study Group (1996). Incidence of inflammatory bowel disease across the Europe: is there a difference between north and south? Results of the European collaborative study on inflammatory bowel disease (EC-IBD). *Gut*, 39, 690-697.
65. Simren M., Brazier J., Coremans G., Dapoigny M., Muller-Lissner S.A., Pace F., Smout A.J., Stockbrugger R.W., Vatn M.H. i Whorwell P.J. (2004) Quality of life and illness costs in irritable bowel syndrome. *Digestion*, 69,254-261.
66. Solberg, I.C., Lygren, I., Jahnsen, J., Aadland, A., Hoie, O., Cvancarova, M., Bernklev, T., Henriksen, M., Suar, J., Vatn, M.H. i Moum, B. (2009). Clinical course during the first 10 years of ulcerative colitis: results from a population-based inception cohort (IBSEN Study). *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 44, 431-440.
67. Sykes M. A., Blanchard E. B., Lackner J., Keefer L. i Krasner S. (2003). Psychopathology in irritable bowel syndrome: support for a psychophysiological model. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 361-372
68. Tomić, N. (2003). Somatoformni i psihosomatski poremećaji: dijagnostička paralela. *Psihijatrija danas*, 35 (1), 91-96.
69. Turnbull, G. K. i Vallis, T. M. (1995). Quality of life in inflammatory bowel disease: The interaction of disease activity with psychosocial function. *The American Journal of Gastroenterology*, 90, 1450-1454.

