

Implicitni modeli mentalnih poremećaja i uvjerenja o odnosu uma, duše i tijela kod psihijatara, psihologa i teologa

Kralj, Žana

Doctoral thesis / Disertacija

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, School of Medicine / Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:171:384987>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-28**



Repository / Repozitorij:

[MEFST Repository](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET

Žana Kralj, dr. med.

**IMPLICITNI MODELI MENTALNIH POREMEĆAJA I UVJERENJA O ODNOSU
UMA, DUŠE I TIJELA KOD PSIHIJATARA, PSIHologa I TEOLOGA**

Doktorski rad

Mentor:

Prof. dr. sc. Goran Kardum

Akadska godina: 2023/2024

U Splitu, studeni 2024

Ova doktorska disertacija se temelji na sljedećem kvalifikacijskom radu:

Kralj Z, Kardum G. Attitudes toward complementary and alternative medicine, beliefs in afterlife and religiosity among psychiatrists, psychologists and theologians. *Psychiatria Danubina* 2018;32:420–7.

ZAHVALA

Želim se zahvaliti svim kolegama na prijateljstvu i podršci, što su odvojili vremena i svojim konstruktivnim savjetima u ključnim trenucima uvijek bili spremni pomoći. Bez njih bi provedba ove disertacije bila nemoguća.

Zahvaljujem na suradnji mentoru prof. Goranu Kardumu.

Najveće hvala mojoj majci i sinu, na neiscrpoj ljubavi i motivaciji u svakom trenutku ovog procesa.

Bože, svuda sam te tražio.

Ti si bio u meni, a ja izvan sebe.

Sv. Augustin

SADRŽAJ

1. UVOD	8
1.1. Dihotomija uma i tijela	10
1.1.1. Dihotomija uma i tijela u antici	10
1.1.1.1. Kartezijanski dualizam.....	12
1.1.1.2. Istraživanja stavova o dualizmu i monizmu.....	13
1.1.2. Istraživanja stavova o dualizmu i monizmu.....	13
1.2. Koncepti mentalnog zdravlja i mentalnog poremećaja	15
1.2.1. Mentalno zdravlje	15
1.2.2. Mentalni poremećaj i/ili bolest	16
1.2.3. Klasifikacije mentalnih poremećaja.....	19
1.2.4. Teorije mentalnih poremećaja.....	21
1.2.5. Istraživanja stavova o mentalnim poremećajima.....	25
2. CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA	28
2.1. Ciljevi istraživanja.....	28
2.2. Hipoteze.....	28
3. ISPITANICI I POSTUPCI.....	30
3.1. Metodologije prvog istraživanja.....	30
3.1.1. Ispitanici.....	30
3.1.2. Postupci.....	30
3.1.3. Statistička analiza.....	31
3.2. Metodologija drugog istraživanja.....	31
3.2.1. Ispitanici.....	31
3.2.2. Postupci.....	32
3.2.3. Statistička analiza podataka	34
4. REZULTATI.....	36
4.1. Rezultati prvog istraživanja	36
4.1.1. Struktura osnovnih karakteristika ispitanika.....	36
4.1.2. Lokacija uma, <i>selfa</i> i duše.....	36
4.1.3. Rezultati za upitnik CAIMAQ	36
4.1.4. Rezultati za upitnik ABDS.....	37
4.2. Rezultati drugog istraživanja	37
4.2.1. Struktura osnovnih karakteristika ispitanika.....	37
4.2.2. Deskriptivne karakteristike stavova o lokaciji duše, uma i <i>selfa</i>	40
4.2.3. Dualističke i monističke preferencije ispitanika	41
4.2.4. Preferencije ispitanika u izboru implicitnih modela mentalnih poremećaja.....	42

4.2.4.1. Shizofrenija	44
4.2.4.2. Veliki depresivni poremećaj.....	46
4.2.4.3. Generalizirani anksiozni poremećaj	48
4.2.4.4. Antisocijalni poremećaj ličnosti.....	50
4.2.5. PLS-SEM	52
4.2.5.1. Procjena mjernog modela	53
4.2.5.2. Analiza strukturalnog modela	55
5. RASPRAVA.....	58
6. ZAKLJUČAK	66
7. LITERATURA.....	69
8. SAŽETAK.....	80
9. SUMMARY	82
10. ŽIVOTOPIS	84

Popis oznaka i kratica

ABDS – Upitnik o vjerovanju u posmrtni život (eng. *After Death Beliefs Scale*)

APA – Američko psihijatrijsko udruženje (eng. *American Psychiatric Association*)

APO – antisocijalni poremećaj ličnosti

AVE – prosječna izlučna varijanca (eng. *average variance extracted*)

CAIMAQ – Upitnik o komplementarnoj, alternativnoj i integrativnoj medicini (eng. *Complementary, Alternative and Integrative Medicine Attitudes Questionnaire*)

CI – interval pouzdanosti (eng. *confidence interval*)

DEP – veliki depresivni poremećaj

DS – dualizam skala (eng. *Dualism Scale*)

DSM – Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (eng. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

GAP – generalizirani anksiozni poremećaj

HTMT – raznoosobinski-jednoosobinski omjer korelacija (eng. *Heterotrait-Monotrait ratio of correlations*)

M – aritmetička sredina (eng. *mean*)

MAQ – Maudsleyev upitnik o stavovima (eng. *Maudsley Attitude Questionnaire*)

MHQ – Upitnik o mentalnom zdravlju (eng. *Mental Health Questionnaire*)

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti

OR – omjer izgleda (eng. *odds ratio*)

PLS-SEM – modeliranje strukturalnim jednadžbama metodom parcijalnih najmanjih kvadrata (eng. *Partial least squares structural equation modeling*)

R^2 – koeficijent determinacije

R^2_{adj} – prilagođeni koeficijent determinacije

Rho c – kompozitna pouzdanost

SAD – Sjedinjene Američke Države

SCH – shizofrenija

SD – standardno odstupanje (eng. *standard deviation*)

SE – standardna pogreška (eng. *standard error*)

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

UK – Ujedinjeno Kraljevstvo

β – standardizirani koeficijent

1. UVOD

Mentalno zdravlje je predmet rasprava različitih disciplina, od biomedicine do društvenih i humanističkih znanosti. Pitanja poput „što je to duševno zdravlje?“ ili „što je to duševna bolest?“ oduvijek intrigiraju kako laike, tako i stručnjake iz područja mentalnog zdravlja i drugih znanosti (1). Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) iz 2019. godine, opterećenje mentalnim poremećajima kontinuirano raste, predstavljajući značajan javnozdravstveni izazov u svim zemljama svijeta, uključujući i Hrvatsku (2).

U biltenu Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo iz 2019. godine mentalni poremećaji rangirani su na devetom mjestu među uzrocima hospitalizacija. Unatoč tome, ukupan broj dana bolničkog liječenja zbog psihičkih poremećaja, s udjelom od 17.2%, zauzima prvo mjesto. U svakodnevnoj praksi, ovaj podatak sugerira da se gotovo svaki šesti dan bolničkog liječenja koristi za liječenje duševnih bolesti. Mentalni poremećaji imaju ozbiljan utjecaj na kvalitetu života, povećavaju morbiditet od tjelesnih bolesti, predstavljaju jedan od ključnih uzroka socijalne disfunkcije i, uz probleme na radnom mjestu, mogu dovesti do invalidnosti (3).

Um i duševne bolesti bili su predmeti filozofske i teorijske rasprave i istraživanja kroz povijest. Potraga za znanjem i razumijevanjem ljudskog uma jasno se očituje u spisima ranih filozofa i znanstvenika poput Aristotela, Platona, Descartesa, Lockeja, Humea i Kanta (4). Istraživali su pojmove ljudskog uma, emocija, misli i ponašanja, te kako se um odnosi prema materijalnom ili fizičkom tijelu duž kontinuuma zdravlja. Rana filozofska pitanja su obuhvaćala rasprave o tome postoji li um zapravo, gdje se nalazi, te ako postoji, je li njegova priroda dobra ili zla? Drugi su razmatrali jesu li um i tijelo pojedinca određeni prirodnim faktorima, ili na njih utječu drugi unutarnji ili vanjski čimbenici koji oblikuju kako će um i tijelo funkcionirati nakon rođenja? Istraživanja i praksa temeljeni na teorijama poput monizma (um i tijelo su jedno, nerazdvojni) i dualizma (um i tijelo su odvojeni entiteti) i dalje su relevantni dio filozofskog i teorijskog dijaloga i rasprave među istraživačima i praktičarima (4).

Problem uma i mozga nedovoljno je obrađen u psihijatrijskoj literaturi. Sustavni pregled Moreira-Almeida i sur. (5) pokazao je da su ograničeni članci na tu temu bili često citirani, ali uz iskrivljenja i nedostatak temeljite filozofske rasprave te izraženu pristranost protiv dualizma u korist materijalističkog pristupa u psihijatriji. Istraživanje Demertzi i suradnika otkrilo je kako većina zdravstvenih djelatnika podržava monizam, iako više od trećine medicinskih i paramedicinskih stručnjaka vidi um i mozak kao odvojene entitete, a njihovo vjersko uvjerenje najtočnije predviđa dualističku orijentaciju (6).

Richter i Dixon proveli su kvazi-sustavni pregled teorijskih modela mentalnih poremećaja, analizirajući 110 publikacija u kojem su identificirali 34 različita modela definicija i uzroka duševnih poremećaja u pet širih kategorija, pri čemu su biologijski i psihološki pristupi bili najzastupljeniji, dok su društveni, potrošački i kulturni modeli bili manje zastupljeni (7). Ovi modeli imaju svrhu opisivanja ljudskog ponašanja kao objašnjavanja prirode promjena u ponašanju (8). Vjerska uvjerenja i mentalni koncepti o odnosu između uma i tijela očito igraju važnu ulogu u konceptima i modelima mentalnog zdravlja, poremećaja, tretmana i etiologije. Sudionici istraživanja koje je proveo Wagenfeld-Heintz vjeruju da su medicinsko-znanstvene i vjerske paradigme jednako važne i da mogu koegzistirati ili čak biti integrirane u psihoterapijsku praksu (9).

Zdravstveni stručnjaci prihvaćaju različite psihološke modele, a oni implicitno oblikuju njihove stavove, utječući na teoriju i praksu (10). Tako pitanje usmjerenosti klasifikacije, objašnjenja i intervencije može varirati između fokusa na nenormalno ponašanje (bihevioralni pristup), biološke nepravilnosti (biološki pristup), disfunkcionalne misli i uvjerenja (kognitivni pristup), trenutačni osobni rast (humanistički pristup), nesvjesne faktore (psihodinamski pristup) ili društvene okolnosti i uvjete (psihosocijalni pristup). Ovi modeli oblikuju različite strategije pružanja usluga, no različiti psihološki modeli prihvaćeni od strane zdravstvenih stručnjaka također mogu pridonijeti frustraciji i nedostatku kohezije među stručnjacima i multidisciplinarnim timovima (11).

Iako se razlikuju u obrazovanju, pristupu i metodama liječenja, psihijatri i klinički psiholozi zajedno rade na prevenciji, dijagnosticiranju i liječenju duševnih bolesti. Istovremeno, istraživanje svjetskog mentalnog zdravlja pokazalo je da je 12.3% korisnika psihijatrijske skrbi prethodno zatražilo pomoć od predstavnika religijske zajednice (12). Primjerice, literatura uglavnom iz Sjedinjenih Američkih Država (SAD) i Ujedinjenog Kraljevstva (UK) izvješćuje o redovitim konzultacijama svećenstva u vezi s različitim emocionalnim i psihološkim problemima. Teolozi u zajednici često ostvaruju kontakt s osobama koje imaju probleme sa mentalnim zdravljem, a mnogi od njih preferiraju pomoć teologa ispred stručnjaka za mentalno zdravlje (13). Wang i sur. (14) izvijestili su da je u nacionalnom istraživanju komorbiditeta u SAD-u četvrtina onih koji su ikad tražili tretman za mentalne poremećaje to učinila kod teologa, što je bilo značajno više od proporcionalnih konzultacija kod psihijatarata (16.7%) i obiteljskih liječnika (22.9%). U zemljama koje je Svjetska banka klasificirala kao one s visokim prihodima se također često spominje uloga teologa kao konzultanta, savjetnika i čuvara mentalnog zdravlja (15).

Ipak, dosadašnja istraživanja pokazuju minimalnu suradnju između teologa i formalnih stručnjaka za mentalno zdravlje (16). Primjerice, unatoč navodno redovitim konzultacijama teologa od strane ljudi koji prolaze kroz emocionalne i mentalne zdravstvene probleme te dugogodišnjem sudjelovanju teologa u povijesti liječenja i zdravstvene skrbi, zdravstveni stručnjaci rijetko vide teologe kao partnere u skrbi za mentalno zdravlje (17). Ovo neprepoznavanje doprinosa teologa u brizi za mentalno zdravlje povezano je s brojnim povijesnim čimbenicima, uključujući ideološki sukob, različite ciljeve i opće nepovjerenje koje je obilježavalo odnos između religije i mentalnog zdravlja. Dostupni dokazi istovremeno ukazuju na koristi takve suradnje, uključujući povećanje upućivanja stručnjacima mentalnog zdravlja, korištenje formalnih zdravstvenih usluga, pridržavanje tretmana te poboljšane ishode liječenja psihičkih smetnji kao i smanjenje stigme mentalnih bolesti (18). Nedavna istraživanja ipak ukazuju na povećano razumijevanje veze između religije, duhovnosti i mentalnog zdravlja, te na potrebu za međusobnom suradnjom između vjerskih lidera i stručnjaka za mentalno zdravlje (19). U hrvatskom kontekstu, Aračić i Džinić istraživali su percepciju katoličkih svećenika, časnih sestara i građana o potpori koju svećenici mogu pružiti ljudima u njihovim svakodnevnim problemima. Rezultati su pokazali kako svećenici smatraju kako mogu pružiti podršku u slučajevima vjerske krize (91.9%), bračnih problema (75.0%), teške bolesti (70.6%), odgoja djece (65.0%) te ovisnostima o alkoholu i drogi (58.8%) (20).

1.1. Dihotomija uma i tijela

Potruga za znanjem i razumijevanjem ljudskog uma potječe još iz antičkih vremena. U antici se um često povezivao s konceptom duše, koja se smatrala glavnim pokretačem ljudskog tijela i nositeljem mentalnih funkcija, ili barem inicijatorom tih funkcija. Premda pitanje odnosa uma i tijela nije bilo značajno prije Descartesovog dualizma, razmatranja antičkih filozofa su ključna za razumijevanje razlika između materijalističkog i dualističkog pristupa u filozofiji uma.

1.1.1. Dihotomija uma i tijela u antici

Pitagora je prvi sugerirao kako je mozak organ u kojem se odvijaju mentalni fenomeni te da bi matematičke koncepte ravnoteže i omjera trebalo koristiti za objašnjenje kako i zašto fizičke karakteristike tijela dovode do mentalnih poremećaja. On je predložio četverodijelnu strukturu čovjeka, po kojoj bi jedan dio bio tijelo, a tri preostala bi odgovarala umu, duši i duhu, koji bi bili besmrtni dio. Stvarna struktura odražava dvije bipolarnosti: smrtnost (tijelo) naspram besmrtnosti (duh) i razum (um) naspram strasti (duša). Pitagorejska metafizička i religiozna

uvjerenja također su uključivala besmrtnost i seljenje duša, a ta su uvjerenja utjecala na Pitagorin pristup, osobito u pogledu mentalnih fenomena i ljudskog ponašanja (21).

Grčki filozof Anaksagora smatrao je um (grč. *nous*) osnovnim principom svega postojećeg. Prema njegovom učenju, svaka stvar sadrži dijelove svih drugih stvari, dok je um jedini element koji je neograničen i nezavisan. um je opisan kao najčišći i najmoćniji entitet koji posjeduje znanje o svemu i upravlja bićima s dušom, čime ga postavlja kao uzrok pokreta. Anaksagora je tvrdio da je um dao početni impuls rotaciji svemira i njime upravlja (22).

Platon je, unutar svoje filozofske doktrine, podijelio svijet na fizički i metafizički prostor, postavljajući temelje za ono što će kasnije razviti kartezijanska fizika. U Platonovoj idealističkoj filozofiji, cijeli materijalni svijet, uključujući i čovjeka, smatra se promjenjivom i nesavršenom reprezentacijom ideja prisutnih u metafizičkom svijetu (23).

U svom djelu „Fedon”, Platon predstavlja Sokratov nauk o besmrtnosti duše te njenim kognitivnim i psihološkim aspektima. Sokrat u ovom dijalogu iznosi četiri argumenta koji podržavaju besmrtnost duše: ciklički argument, teoriju o prisjećanju, odnosni argument i argument iz forme života. Od tih argumenata, odnosni argument je najvažniji za raspravu o dualnosti duše i tijela, jer koristi Sokratovu distinkciju između vidljivih i nevidljivih bića da prikaže ovu dualnost i pripisivanje kognitivnih funkcija duši (24).

Sokrat u Fedonu pravi razliku između vidljivog, koje je podložno propadanju i promjenama, i nevidljivog, koje je nepromjenjivo i vječno. Tako se tijelo smatra vidljivom supstancom, dok duša, koja nastavlja postojati i nakon smrti tijela, ostaje nevidljiva. Platon ovom razlikom ističe da duša ima drugačiju ontološku prirodu od tijela. U Fedonu, Platon dodatno prikazuje dušu kao nematerijalnu i odvojenu od tijela, što sugerira da su mentalne i psihološke osobine dio duše, a ne materijalnog organa pa um shvaća kao nematerijalni dio duše (24).

U knjizi „Država”, Platon opisuje da se duša sastoji od tri dijela: razumnog, koji je odgovoran za mišljenje; nerazumnog, koji upravlja požudama poput gladi i žeđi; i srčanog, koji je povezan s emocionalnim reakcijama i hrabrošću. Platon povezuje razumnost s funkcijama upravljanja i vladanja, implicirajući da duša sama posjeduje razumnost (23).

Aristotel, Platonov učenik, u svom djelu „De Anima“ („O duši“) ne smatra dušu materijalnom supstancom; on vjeruje da duša nije isto što i tijelo, ali također ističe da mentalne funkcije zahtijevaju prisutnost tijela i njegovih organa. Iako duša ne posjeduje mentalne funkcije, ona ih pokreće. Aristotel smatra da se percepcija i druge mentalne funkcije mogu objasniti prirodnim

fenomenima, iako s Platonom dijeli uvjerenje da je duša nematerijalna. Razlikuje se od Platona u tome što ne vidi um kao odvojen od tijela, nego vjeruje da su um i duša ovisni o tijelu (25).

1.1.1. Kartezijanski dualizam

Osnovna ideja dihotomije uma i tijela dosegla je u 17. stoljeću nove dimenzije s Descartesovim (kartezijanskim) dualizmom koji je općenito obilježio zapadnu filozofsku misao (26). René Descartes, francuski filozof iz prve polovice 17. stoljeća, često se naziva ocem moderne filozofije zbog svoje revolucionarne reformulacije razumijevanja ontoloških i epistemoloških veza uma i tijela (26).

U svom djelu „Meditacije o prvoj filozofiji”, on, kroz metodološku sumnju, dolazi do zaključka da tijelo (*res extensa*) ne može samo od sebe osjećati, misliti ili se kretati, te ga smatra pasivnom supstancom. Nasuprot tomu, duša (*res cogitans*) ili um, predstavlja aktivnu misleću supstancu. Ovim razdvajanjem uma i tijela kao dva različita entiteta Descartes istražuje njihovu međusobnu interakciju. Kako bi objasnio ovu dinamiku, uvodi posredni organ – epifizu, koja omogućava tijelu da utječe na um (27). U drugom kontekstu, supstancija se može shvatiti kao sve što za svoje postojanje ovisi o božanskoj podršci, to jest kao temelj materijalnog svijeta. Supstancije koje su uzrokovane od strane Boga, imaju potpuno različitu prirodu i stoga se ne mogu svesti jedna na drugu (28). Descartes je pritom vjerovao da je jedina istinska supstancija Bog (29, 30). Premda je bio mišljenja da unutar tijela djeluju duhovi koji su različiti i koji se kreću među organima te izvršavaju različite funkcije, tvrdio je da cjelokupnost tijela i njegovih funkcija nema veze s ljudskim razumom i ljudskim duhom (31). Svojim uvjerenjima postavio je temelje ideje da je tijelo shvaćeno kao objekt, podređeno umu i pritom zanemario njegovu važnost u potpunoj percepciji čovjeka (32). Dualistička filozofija nastavila se razvijati u različite oblike od 17. stoljeća nadalje (32).

Rasprava o odnosu uma i tijela obuhvaća širok spektar njihovih uloga u ljudskom postojanju proučavajući njihov međusobni odnos iz različitih perspektiva. Primjerice, ontološki pristup uključuje razmatranje toga što pripada mentalnim, a što fizičkim stanjima, istražuje jesu li ta stanja potpuno različita i kakav im je hijerarhijski odnos, dok kauzalno gledište analizira utjecaj jednih stanja na druga (26).

Kada razmatramo dihotomiju uma i tijela, odnosno filozofiju dualizma, važno je istaknuti da pojam uma, kako smo već spomenuli, nije jednostavan. U tom kontekstu, dihotomija se odnosi na nematerijalne mentalne karakteristike, uključujući svijest, namjeru, perceptivna i emocionalna iskustva, uvjerenja, želje i druge aspekte povezane s ljudskim bićem (30). S druge

strane, tijelo predstavlja materijalni aspekt našeg postojanja, obuhvaćajući prostorno-vremenska ograničenja, prolaznost i promjenjivost fizičkog svijeta. To uključuje karakteristike poput veličine, boje, oblika i težine koje su osnovne komponente tjelesnog ili materijalnog aspekta (30, 33).

Za razliku od monizma, koji tvrdi da su um i tijelo ontološki slični fenomeni, dualizam pretpostavlja da izvorišta uma i materije nisu jednaka, što rezultira njihovim odvojenim postojanjem. Osim što su odvojeni, ovi fenomeni nisu međusobno povezani, te je komunikacija između tih aspekata ljudskog postojanja ili nepostojeća ili svedena na hijerarhijsku podjelu, gdje um ima dominantnu ulogu (32).

1.1.2. Istraživanja stavova o dualizmu i monizmu

Značajan utjecaj na koncept duševnih poremećaja ima vjerovanje kako je oblikovan naš um, odnosno naši ukupni mentalni, psihološki procesi (5). Monistički ili „znanstveni” filozofski pristup psihijatrijskoj znanosti promatra um kao tjelesni entitet koji je u potpunosti ovisan o radu mozga. Drugačiji filozofski pristup, dualizam, promatra um kao bestjelesni entitet koji je na neki način različit od mozga (34). Pritom je vjerovanje u dualizam povezano sa stavovima o ljudskoj prirodi, slobodnoj volji i pristupu liječenju što može utjecati na modele mentalnih poremećaja (6, 35).

Stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja preferiraju dualizam prilikom procjene bolesnika tijekom kliničkog protokola (36). Međutim, podržavanje dualizma u modernoj organizaciji zdravstvenog sustava otežava konceptualizaciju duševnih poremećaja što doprinosi stigmatizaciji (37) i pristranosti u prosudbi o njihovoj etiologiji (38). Demertzi je istraživala prisutnost dualističkih uvjerenja među studentima Sveučilišta u Edinburghu u Škotskoj te zdravstvenim radnicima i općoj populaciji sa Sveučilišta u Liègeu u Belgiji. Većina preddiplomskih studenata koji su sudjelovali u istraživanju slaže se s tvrdnjom da „um i mozak predstavljaju dva odvojena entiteta”, dok je manje od polovice sudionika ankete provedene u Liègeu izrazilo suglasnost s tom izjavom. Zanimljivo je napomenuti da je gotovo polovina zdravstvenih stručnjaka koji su sudjelovali u istraživanju također prihvatila dualističku poziciju (6).

Ovi rezultati ukazuju na postojanje dualističkih uvjerenja u društvu unatoč istraživanjima iz neuroznanosti, posebno onima koja koriste funkcionalnu magnetsku rezonancu i sugeriraju da je neuronska aktivnost odgovorna za psihološke fenomene te stoga mozak predstavlja izvor uma (39, 40). Vjerovanje u dualizam također ovisi o percipiranoj snazi dokaza koje pružaju

znanstvena istraživanja. Kada su ispitanici izloženi slabim neuroznanstvenim dokazima koji opisuju psihološke fenomene, povećava se njihova sklonost vjerovanju u postojanje duše; s druge strane, kada su neuroznanstveni dokazi snažni, ispitanici manje vjeruju u dušu (41). Unutar znanstvene zajednice se i dalje održava uvjerenje da „duša” preživljava nakon tjelesne smrti i uništenja. Dualizam čak ima utjecaj na „neuroznanstveno razmišljanje” u samoj psihologiji, implicirajući da materijalni mozak generira, ali ostaje potpuno odvojen od uma (6). Brojni istraživači su proučavali odnos uma i tijela (42–46). Dosadašnja istraživanja sugeriraju kako se manje pažnje posvećuje analizi vjerovanja o duši, unatoč činjenici da više od 90% odraslih diljem svijeta vjeruje da ljudi imaju dušu (47–49) i da duša razlikuje ljude od životinja (50). Neki vjeruju da i duša i tijelo nastavljaju postojati nakon smrti, dok drugi vjeruju da samo duša nastavlja dalje (51). Stoga, osim dualizma uma i tijela, čini se vjerojatnim da barem neki ljudi također vjeruju u dualizam duše i tijela, to jest da postoji uvjerenje o odvojenosti duše i tijela kao različitih entiteta (52). U istraživanju Forstmanna i sur. iz 2012. godine (44) um je poistovjećen s dušom i opisan kao jedan entitet: „um/duša”. Ipak, trenutno nedostaju empirijski dokazi koji potvrđuju vjerovanje ljudi da su um i duša jedno te isto, zbog čega ostaje nejasno da li ljudi smatraju da su duša i um međusobno zamjenjivi ili odvojeni.

Vjerovanja ljudi o sebi (eng. *self*), duši i umu često su intuitivna i nisu jasno definirana ili izražena (47, 48). Jedan način ispitivanja takvih intuitivnih vjerovanja jest mjerenje toga gdje ljudi smatraju da su *self*, duša i um smješteni u tijelu. Više istraživanja pokazuje da većina ljudi vjeruje da se *self* nalazi na određenom mjestu u tijelu (53–56), obično u gornjem dijelu lica ili gornjem dijelu torza (53). Također, kada su ih zamolili da pokažu točku na ljudskom liku kao mjesto gdje se *self* nalazi, sudionici su ili pokazivali prema mozgu ili srcu (55). Iako Starmans i Bloom (56) nude dokaze da ljudi intuitivno smještaju svoje *self* u glavu, druga istraživanja pokazuju da određeni pojedinci svoj identitet povezuju s srcem. Neki ljudi mogu pokazivati prema glavi jer identificiraju sebe s umom ili mozgom, dok drugi mogu pokazivati prema srcu ili prsima jer povezuju sebe s dušom (53, 55).

Istraživanje Stephanie M. Anglin (52) je pokazalo da kako studenti psihologije smatraju *self*, dušu i um smještenima na određenim mjestima u tijelu. Studija se razlikovala od prethodnih jer sudionike nije poticala da precizno odrede konkretno mjesto. Ta razlika ukazuje da neki pojedinci vjeruju da se *self* ne nalazi centralizirano na jednom mjestu u tijelu. Ljudi obično razlikuju um od duše, kako u definiranju svakog entiteta tako i u određivanju njihovog položaja u tijelu. Iako neki ljudi smještaju *self* na isto mjesto kao dušu, većina ga ljudi više povezuje s umom. Važno je napomenuti da se čini kako koncepti *selfa* i duše odražavaju temeljna uvjerenja

pojedinaca o ljudskom postojanju. Osobe koje smještaju *self* i dušu u prsa i definiraju dušu metafizički manje su sklone prihvatanju materijalističke perspektive u usporedbi s onima koji smještaju *self* i dušu u glavu i definiraju dušu metaforički (52).

1.2. Koncepti mentalnog zdravlja i mentalnog poremećaja

1.2.1. Mentalno zdravlje

Mentalno zdravlje čini bitan element općeg zdravlja, stoga bi trebalo prvo definirati pojam zdravlja. U literaturi se susrećemo s različitim definicijama:

1. Zdravlje ne znači samo nedostatak bolesti, slabosti, patnje ili oštećenja.
2. Zdravlje je stanje organizma koje omogućuje osobi izvršavanje svih aktivnosti prilagođenih njezinom uzrastu, spolu, socijalnom statusu, te ulogama i kulturnim normama.
3. Zdravlje je stanje ravnoteže, homeostaze ili ekvilibrija u samoj osobi i u interakciji s njezinim socijalnim i fizičkim okruženjem.
4. Zdravlje se opisuje kao stanje potpune dobrobiti koje obuhvaća tjelesni, mentalni, socijalni i duhovni aspekt (57).

Nedostatak zajedničkog stava o tome što zapravo znači mentalno zdravlje predmet je rasprava među znanstvenicima iz različitih disciplina. Ono je dugo vremena bilo opisivano putem prisutnosti ili odsutnosti psihijatrijskih simptoma, što je rezultiralo time da su knjige pod nazivom „mentalno zdravlje” uglavnom bile priručnici o psihopatologiji. Općenito je malo dogovora o definiciji mentalnog zdravlja, a često se izraz mentalno zdravlje koristi kao zamjena za mentalnu bolest kako bi se smanjila stigma psihijatrijskog bolesnika (58).

SZO definira mentalno zdravlje kao stanje psihološke dobrobiti koje ljudima omogućuje da se nose sa stresnim događajima u svakodnevnom životu, da ostvare svoj puni potencijal, rade, uče i doprinose zajednici u kojoj žive (59). Ono se također može opisati kao stanje bez prisutnosti mentalnih bolesti ili kao kompleksno stanje oblikovano biološkim, psihološkim te društvenim faktorima koji utječu na mentalno stanje pojedinca i njegovu sposobnost prilagođavanja okolini (60). Norman Sartorius opisuje tri stupnja mentalnog zdravlja, gdje prva razina označava mentalno zdravlje kao odsustvo bilo kakvog precizno definiranog mentalnog poremećaja. Na drugoj razini, pojedinac posjeduje određenu rezervnu snagu koja pomaže nadvladati iznenadni stres ili izuzetne zahtjeve i izazove. Treća razina opisuje mentalno zdravlje kao ravnotežu između pojedinca i okolnog svijeta, to jest sugerira harmoničan odnos između sebe i drugih, suživot između vlastite stvarnosti i stvarnosti drugih ljudi i okoline. Zdrava ravnoteža može

postojati čak i kada su prisutni faktori nesposobnosti ili bolesti. U takvim situacijama, bolest i zdravlje se percipiraju kao nezavisne dimenzije postojanja, a ne nužno kao stvarne suprotnosti (61). Mirjana Krizmanić u Psihologijskom rječniku definira mentalno zdravlje kao „stanje općenito dobre čuvstvene i socijalne prilagodbe različitim područjima života, a mentalno zdrava osoba je zadovoljna, rado živi i ima osjećaj da uspješno koristi svoje potencijale i ostvaruje svoje ciljeve” (62).

Drugi pristupi proširuju koncept mentalnog zdravlja obuhvaćajući razvoj intelekta, emocionalne sfere, duhovnosti, pozitivnu percepcije sebe, osjećaj vlastite važnosti, unutarnju ravnotežu i tjelesno zdravlje (63). Iz humanističko filozofske perspektive koju zagovaraju Erich Fromm, Herbert Marcuse i Abraham Maslow mentalno zdravlje je usko povezano s ostvarivanjem ljudskih potencijala, a ne sa zadovoljavanjem lažnih potreba nametnutih izvana (59). Sukladno pozitivnom psihološkom konceptu, koji ima svoje istaknute predstavnike u Martinu Seligmanu, Robertu Cloningeru i Martinu Keyesu, mentalno zdravlje je nerazdvojno povezano s pozitivnom psihologijom te obuhvaća aspekte poput vlastitog blagostanja, dobrobiti, sreće i zadovoljstva životom (64). Prema Jakovljevićevom transdisciplinarnom holističkom modelu poznavanje i razumijevanje ravnoteže između salutogenih i psihopatogenih procesa ključno je za održavanje mentalnog zdravlja (1). Karl Menninger opisuje mentalno zdravlje kao kontinuum, gdje se na jednom kraju nalazi stanje dobrog mentalnog zdravlja, a na drugom kraju stanje mentalnog poremećaja. Prema njegovim riječima, ključna odrednica mentalnog zdravlja je sposobnost uspješnog suočavanja sa svakodnevnim životnim izazovima. Kada su zahtjevi unutarnjeg i vanjskog okruženja veći od trenutačnih prilagodbenih kapaciteta pojedinca, dolazi do adaptacije na nižem, regresivnom nivou. Menninger takvu vrstu prilagodbe naziva patološkom, a ona može varirati od blagih mentalnih poteškoća do psihotičnih poremećaja (65).

Umjesto da mentalno zdravlje shvatimo samo kao odsustvo poremećaja, sada ga promatramo kao široki spektar koji obuhvaća sve od potpune odsutnosti do optimalnog mentalnog zdravlja (66).

1.2.2. Mentalni poremećaj i/ili bolest

Pojam poremećaja nije isto što i teorija poremećaja. Različite teorije pokušavaju objasniti uzroke i specificirati osnovne mehanizme mentalnog poremećaja, dok je pojam poremećaja kriterij koji se koristi za identifikaciju domene koju sve te teorije pokušavaju objasniti. Pojam je uglavnom zajednički stručnjacima i laičkoj javnosti (64, 67).

U psihologiji se mentalni poremećaj obično opisuje kao narušenje osjećaja vlastitosti, odnosno poremećaj u temeljnom doživljaju vlastitog postojanja kao ključnog središta subjektivnog života. Različite vrste mentalnih poremećaja impliciraju različite oblike promjena i transformacija ovog osnovnog osjećaja osobnog identiteta. Terapeutske strategije prilagođavaju se vrsti poremećaja, procijenjenom intenzitetu i ozbiljnosti (68). U svojoj definiciji mentalnog poremećaja, Wakefield integrira vrijednosne i znanstvene komponente. Zagovara koncept „štetne disfunkcije”, gdje „šteta” odražava društvenu normu, a „disfunkcija” neuspjeh mentalnog mehanizma u izvršavanju prirodne funkcije, za koju je evolucijski predodređen. Pritom analizira još šest različitih tumačenja poremećaja (69).

Vrijednosni pristup poremećaju tvrdi da je poremećaj uglavnom ili potpuno pitanje vrijednosti, što znači da su društvene prosudbe poremećaja zapravo prosudbe o tome koliko je nešto poželjno prema društvenim normama i idealima. Ovaj pristup prepoznaje važnu činjenicu da su poremećaji negativna stanja koja opravdavaju društvenu zabrinutost, a ta zabrinutost proizlazi iz društvenih vrijednosti. Međutim, čisti vrijednosni pogled ima svoje nedostatke jer čini poremećaj, bilo da je riječ o mentalnom ili fizičkom, isključivo vrijednosnim i kulturološki relativnim pojmom bez znanstvene osnove. To ga čini podložnim neograničenoj upotrebi u svrhu društvene kontrole. Iako se mnogi autori drže čistog vrijednosnog stava ili naglašavaju evaluativni element u svojim analizama, treba napomenuti da, prema nekima poput Ausubela, bolest može biti definirana kao ozbiljno odstupanje od normalno poželjnih standarda strukturalne ili funkcionalne cjelovitosti (70). Ovaj pristup stavlja naglasak na činjenicu da su svi poremećaji nepoželjni prema društvenim vrijednostima, ali istovremeno ukazuje na to da su vrijednosti samo jedan dio koncepta poremećaja, a poremećaj nije sveden isključivo na vrijednosnu dimenziju (69).

Pojedini predlažu praktičan pristup prema kojem je poremećaj svako stanje koje zahtjeva tretman zdravstvenih stručnjaka. Taylor (71) tvrdi da poremećaj uključuje „atribut terapijske zabrinutosti za osobu koju osjeća sama osoba i/ili njezino društveno okruženje”. Kendell (72) je primijetio da povezivanje bolesti s „terapeutskom zabrinutošću” znači da nitko ne može biti bolestan dok ga se ne prepozna kao takvog, te isto tako daje liječnicima i društvu slobodu da svako odstupanje označi kao bolesno. Ovaj pristup paradoksalno bi sugerirao da nedostatak društvene zabrinutosti može eliminirati poremećaj.

Statistički pristup poremećaju opisuje bolest kao „kvantitativno odstupanje od normalnog“. Povezanost sa statističkom normom, međutim, ne uzima u obzir da izvrsnost u određenim aspektima može biti statistički devijantna, ali nije nužno i poremećaj. Zahtjev da odstupanje

bude u negativnom smjeru pokušaj je preciznijeg definiranja, ali i dalje ostavlja otvoreno pitanje o tome što točno čini poremećaj. Raznolikost nepoželjnih ponašanja koja su statistički devijantna, ali nisu poremećaji, sugerira kompleksnost u postavljanju jasnih granica (69).

Poremećaj kao neočekivani distress ili onesposobljenost stavlja naglasak na pojedinca, ne uzimajući u obzir okolinske čimbenike. Poremećaj mora biti povezan s oštećenjem u jednom ili više ključnih područja funkcioniranja ili s izraženim rizikom od patnje, smrti, boli, invaliditeta ili gubitka slobode, uzrokovanim trenutnim distressom (69).

Kod antipsihijatrijskog pristupa poremećaju, izraz „mentalni poremećaj“ je samo ocjenjivačka oznaka koja opravdava korištenje medicinske moći kako bi se interveniralo u društveno neprihvatljivo ponašanje (69). U djelu „Mit o mentalnom poremećaju“, Szasz je krenuo od pretpostavke da se fizički poremećaj definira kao prepoznatljivo odstupanje u anatomskej strukturi obično povezano s fizičkom lezijom, a da se koncept mentalnog poremećaja može smatrati proširenjem ideje fizičkog poremećaja na područje uma. Mentalni poremećaji pritom postoje samo ako isti kriteriji poremećaja koji vrijede za fizičke uvjete također vrijede i za mentalne uvjete označene kao poremećaji, inače se nazivanje mentalnih stanja poremećajima svodi na analogiju ili metaforu. Tvrdio je da se pojam mentalnog poremećaja koristi za označavanje ponašanja koje odstupa od društvenih normi, pri čemu psihološko funkcioniranje označeno kao mentalni poremećaj obično nije popraćeno prepoznatljivom lezijom mozga ili bilo kojeg drugog dijela tijela. Szasz je implicitno pretpostavio da se u budućnosti neće pronaći lezije koje bi objasnile takva stanja. Dakle, prema njegovom argumentu, koncepcija lezije poremećaja koja se primjenjuje na fizičke uvjete nije primjenjiva na mentalne uvjete, što znači da mentalni poremećaji nisu doslovno poremećaji. Zaključio je da ne postoji nešto što bismo nazvali „mentalnom bolesti“ (73).

Poremećaj proizlazi iz biološke manjkavosti temelji se po Wakefieldu na evolucijskoj teoriji unutar koje identificira tri pristupa. Prvo gledište koristi opći kriterij niske stope preživljavanja ili smanjene reproduktivne sposobnosti kao isključivo znanstveno sredstvo za prepoznavanje poremećaja. Drugo gledište definira organizam kao poremećen kad određeni mentalni mehanizam ne obavlja specifičnu funkciju za koju je evolucijski oblikovan. Prema trećem gledištu osoba je poremećena samo kada neki mehanizam ne obavlja svoju specifičnu funkciju za koju je evolucijski oblikovan i taj neuspjeh mehanizma uzrokuje stvarnu štetu osobi (69).

Mentalni poremećaji uključuju psihološku, biološku i socijalnu disfunkciju pojedinca te obuhvaćaju raznolike simptome i smetnje. Dijagnosticiraju se na temelju prisutnosti određenih

skupova simptoma, pri čemu se postavljaju kriteriji za dijagnozu kada su ti simptomi relativno ozbiljni, dugotrajni i prate se smanjenjem funkcionalnih sposobnosti ili invaliditetom. Važno je napomenuti da simptomi mogu postojati čak i ako se ne ispunjavaju kriteriji za kliničke poremećaje, što se naziva subkliničkim stanjima (74).

1.2.3. Klasifikacije mentalnih poremećaja

Klasifikacije su ključne za oblikovanje i unapređenje koncepata u područjima rada kojima se bave stručnjaci i znanstvenici. One pomažu organizirati i strukturirati znanja stečena kroz praktičan i znanstveno-istraživački rad. U medicinskim disciplinama, prva faza razvoja obuhvaća simptomatske klasifikacije koje se temelje na opisu bolesti. Nakon identifikacije uzroka i mehanizma nastanka, slijedi razrada etioloških i patogenetskih klasifikacija (druga faza). Klasifikacije u psihijatriji ovise o napretku u klasifikacijama unutar drugih disciplina koje na različite načine tretiraju ljude i njihovo mentalno zdravlje (75).

Prvi pokušaji klasifikacije mentalnih poremećaja pripisuju se Emilu Kraepelinu koji je sistematizirao dotadašnja saznanja o mentalnim poremećajima u svom udžbeniku objavljenom 1896. godine, označavajući početak strukturiranog pristupa razumijevanju psihičkih stanja. Razlikovao je organske, vjerojatno organske i psihogene poremećaje. Funkcionalni poremećaji su se dalje dijelili na psihoze i neuroze. Kraepelinova podjela ostala je temeljem svih budućih psihijatrijskih klasifikacija (76).

Prva Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB) prihvaćena je na kongresu Međunarodnog statističkog instituta 1893. godine, pod nazivom „Bertillonova klasifikacija“ ili „Međunarodni popis uzroka smrti“, jer je razvijena na temelju popisa bolesti koji je napravio Jacques Bertillon. Narednih desetljeća unesene su manje promjene tijekom revizija na međunarodnim sastancima, a ostala je u upotrebi do 1948. godine kada je Odbor SZO preuzeo zadatak izrade MKB-6. Napravljena je značajna promjena u odnosu na prethodnu konceptualizaciju, posebno u pogledu Poglavlja pet, koje se bavilo mentalnim poremećajima. Od 1955. godine SZO je redovito izdavala verzije MKB-7, 8 i 9 svakih deset godina. Ove revizije su donijele nekoliko modifikacija u odnosu na MKB-6, uključujući uvođenje rječnika pojmova u poglavlju o mentalnim poremećajima. Rječnik je imao značajan utjecaj na razvoj zajedničkog jezika u psihijatriji. Bazirana na epidemiološkim saznanjima i širokoj međunarodnoj mreži kliničara i istraživača, MKB-10 je objavljen 1992. godine i predstavljao je značajno poboljšanje u konceptualizaciji klasifikacije mentalnih poremećaja u odnosu na prethodne revizije (77).

Nakon završetka Prvog svjetskog rata 1918. godine, Američko psihijatrijsko udruženje (eng. *American Psychiatric Association* (APA)) izdalo je „Statistički priručnik za upotrebu u ustanovama za lude” koji je obuhvaćao 22 osnovne kategorije, zadržavajući somatski pristup u opisu i liječenju mentalnih poremećaja. Ovaj pristup sugerirao je da su svi pacijenti s mentalnim poremećajima također fizički bolesni, što je imalo utjecaj na način kako su se tretirali u psihijatrijskim ustanovama (78).

Poslije Drugog svjetskog rata u SAD postojala su četiri službena stava u dijagnostičkoj klasifikaciji (79). Kako bi prevladala ovo kaotično stanje, APA je počela razvijati novi sistem klasifikacije. Ovaj proces podržan je vojnim priručnikom pod nazivom „U.S. Sanitetsko-tehnički glasnik vojske br. 203”, koji je objavljen 1945. godine. Psihoanalitičar William Menninger autor je ovog dokumenta, koji je postao temelj za razvoj Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (eng. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)) (79).

Godine 1957. objavljen je DSM-I, pri čemu ju u prvom izdanju opisano 60 mentalnih poremećaja s jasnim naglaskom na pokušaju integracije psihološkog i biološkog pristupa kako bi se kliničarima pružio jedinstveni psihobiološki ili biopsihološki pogled na mentalne bolesti. DSM-II uvodi nove kategorije zadržavajući upotrebu psihodinamskih pojmova. Oba priručnika naglašavaju važnost tumačenja simptoma od strane zdravstvenih radnika, što je izazvalo kritike da takva tumačenja mogu biti subjektivna i ovisiti o osobnosti kliničara. U DSM-II neki su termini promijenjeni, pa su tako „psihoneurotski poremećaji”, primjerice, postali „neuroze”, dok su „shizofrene reakcije” preimenovane u „shizofrenija” (80).

Prva formalna definicija mentalnog poremećaja predstavljena je u DSM-III koji je objavljen 1980. godine, kao rezultat temeljite konceptijske analize provedene od strane Povjerenstva APA-e za nomenklaturu, kojim je predsjedao Spitzer. Ova definicija je koncipirana kako bi zadovoljila različite potrebe psihijatrije tog vremena, posebno kao temelj za nepristranu i na dokazima utemeljenu klasifikaciju mentalnih poremećaja (81, 82). Fokus je stavljen na prisutnost distresa/oštećenja, što predstavlja ključnu karakteristiku osoba koje traže stručnu pomoć. Također je imala ulogu opravdanja uklanjanja homoseksualnosti iz klasifikacije i odgovaranja na argumente antipsihijatrije (78).

U DSM-III, svaki mentalni poremećaj opisan je kao „značajan skup ponašanja ili psihološki sindrom koji se javlja kod pojedinca, a obično je povezan s bolnim simptomom (distres) ili oštećenjem u jednom ili više ključnih područja funkcioniranja (onesposobljenost). Također se

implicira prisutnost poremećaja u ponašanju, psihološkog ili biološkog poremećaja (...)” S obzirom na deskriptivnu strukturu, DSM-III naglašava važnost kriterija štete (distresa i onesposobljenosti) u usporedbi s kriterijima psihijatrijskog/psihološkog poremećaja (uobičajeno povezanih s određenim teorijskim stajalištem) (82).

U DSM-IV, mentalni poremećaj definiran je kao psihološki sindrom ili klinički značajan obrazac ponašanja povezan s trenutnim neugodnostima, nesposobnošću, povećanim rizikom od smrti ili uzrokuje značajan gubitak autonomije. Normalni odgovori (npr. tuga) isključeni su, kao i „devijantno” ponašanje, iz političkih, vjerskih ili društvenih razloga, koje ne proizlazi iz disfunkcije unutar pojedinca. Koncept mentalnog poremećaja kao i mnogi drugi koncepti u medicini i znanosti nema dosljednu operativnu definiciju koja obuhvaća sve situacije (83).

U posljednjem izdanju DSM-V klasifikacije pristup je postao detaljniji, pa je mentalni poremećaj definiran kao skup simptoma koji značajno narušavaju kognitivne funkcije (spoznaju, mišljenje), emotivnu regulaciju ili ponašanje pojedinca. Ovaj poremećaj odražava disfunkciju u psihološkim, biološkim ili razvojnim procesima koji su temeljni za mentalne funkcije. Uobičajeno je da je povezan s trenutnim distresom (patnjom, boli) ili nesposobnošću obavljanja važnih socijalnih, radnih ili drugih aktivnosti. Također može predstavljati očekivani ili kulturno prihvaćeni odgovor na stresor ili gubitak, te uključivati socijalno devijantno ponašanje ili konflikte koji su primarno između pojedinca i društva (84).

Ni jedna klasifikacija nije sposobna u potpunosti zadovoljiti potrebe svakodnevne prakse, istraživanja i zdravstvene statistike, što je dovelo do razvoja specijaliziranih dijagnostičkih kriterija i instrumenata. Postoje različite inačice MKB-10 za psihijatre, liječnike opće prakse i istraživače. Kritičari klasifikacija vide opasnost u potencijalnoj reifikaciji hipotetskih pristupa, arbitrarnom kategoriziranju i zamaglivanju refleksije, što je stvorilo potrebu za redovitim revizijama koje trebaju biti potkrijepljene terenskim ispitivanjima. Klasifikacija psihičkih poremećaja izazovna je zbog specifičnosti duševnih poremećaja, nepostojanja objektivnih i pouzdanih kriterija za njihovo dijagnosticiranje, te nedostatka cjelovitog poznavanja uzroka i mehanizama njihova nastanka. Stoga u području psihijatrije ne postoji jedinstvena klasifikacija koja bi bila općenito prihvaćena (85).

1.2.4. Teorije mentalnih poremećaja

Suvremena literatura o mentalnim poremećajima obiluje istraživanjima vođenim različitim teorijskim okvirima. Prema APA (86), teorija se definira kao organizirani skup pojmova koji objašnjava fenomen ili skup fenomena. S druge strane, Im i Meleis (87) definirali su teoriju kao

organiziranu, koherentnu i sistemsku artikulaciju niza izjava vezanih uz značajna pitanja u disciplini, koje su povezane u smislenom cjelokupnom opisu ili objašnjenju fenomena ili skupa fenomena.

Teorije se mogu organizirati u okvir koji uključuje njihovu razinu apstraktnosti. Velike teorije najapstraktnije su i pokrivaju široko područje. Teorije srednjeg raspona manje su apstraktne (konkretnije) od velikih teorija. Treću kategoriju čine mikro-razinske teorije koje su najmanje apstraktne te nude više konkretnih i specifičnih objašnjenja (88). Sve dijele zajedničku crtu – proučavanje uma, tijela i/ili ponašanja, ali se teorijski opisi etiologije i pristupa liječenju unutar tih teorija razlikuju. Šest velikih teorija u mentalnom zdravlju i psihologiji, često korištenih u istraživanju uključuju: (a) psihodinamsku teoriju, (b) bihevioralnu teoriju, (c) kognitivnu teoriju, (d) socijalnu teoriju, (e) humanističku teoriju i (f) biološku teoriju (88).

Psihodinamske teorije usmjerene su na nesvjesno i tvrde da su temeljni nesvjesni ili potisnuti sukobi odgovorni za razvoj poremećaja i smetnje u ponašanju i osobnosti. Vjeruju da su djela motivirana emocijama i mislima. Stoga, kako bismo razumjeli i promijenili ponašanje, osoba treba razviti svijest i uvid u svoje misli i emocije (89).

Bihevioralna teorija smatra da su važni samo uočljivi, mjerljivi i objektivni kriteriji kako bi se razumjelo ljudsko ponašanje i utjecalo na promjenu ponašanja. Cilj joj je objasniti postupke pojedinca, odnosno kako osoba djeluje. Prema teoriji ponašanja, ponašanje osobe rezultat je učenja koje se dogodilo kao odgovor na podražaj. Ova teorija ne uključuje koncept nesvjesnog u objašnjavanju mentalnog zdravlja i bolesti (86).

Kognitivna teorija bavi se proučavanjem viših mentalnih procesa kao što su pažnja, upotreba jezika, pamćenje, percepcija, rješavanje problema i razmišljanje. Ove teorije usredotočuju se na to kako razmišljanje osobe o situaciji ili događaju utječe na podražaj i odgovor (86).

Teorija socijalne psihologije ispituje utjecaj socijalnih varijabli na individualno ponašanje, stavove, percepcije i motive. Također uključuje grupne i intergrupne fenomene (86), dok neuroznanost predstavlja sredstvo za razumijevanje veze između uma i tijela putem proučavanja društvenih utjecaja (razumijevanje utjecaja društva na mozak koji je sjedište emocija i ponašanja) (90). Teoretičari socijalnog mentalnog zdravlja i psihologije slažu se da je važno razumjeti društvene, kulturne i druge okolišne čimbenike kako bismo shvatili ljudsko ponašanje. Fokus je na tome kako ovi čimbenici utječu na pojedinačno ili grupno ponašanje i procese učenja i obrnuto. Teoretičari socijalne psihologije koriste teorije i tehnike iz više velikih

psiholoških teorija kako bi istraživali kako ljudi i grupe utječu jedni na druge, čime se poboljšava razumijevanje normalnog i abnormalnog ponašanja (89).

Humanistička teorija obuhvaća različite psihološke pristupe, uključujući Rogerianski, egzistencijalni, transpersonalni, fenomenološki, hermeneutički i feministički te druge psihologijske pristupe (86). Humanistički pristup mentalnom zdravlju razvio se u početku 1950-ih godina, promijenivši tradicionalne koncepte fokusirane na bolest, determinizam, nesvjesno i redukcionizam. Umjesto toga, naglasak je stavljen na zdravlje, što uključuje promišljanje o mentalnoj bolesti kao dijelu šireg kontinuuma zdravlja. Ključni elementi ove perspektive obuhvaćaju slobodnu volju, individualni izbor i odgovornost, subjektivno, interpersonalno i reciprocitetno iskustvo, značenje, svrhu i obrasce, ljudski potencijal, holističku skrb te iskustvo ljudske cjeline (*gestalt*) (89).

Biološka teorija, poznata i kao biopsihologija, istražuje ljudsku ili životinjsku psihologiju koristeći biološki pristup kako bi se shvatilo ponašanje. Ovaj pristup uključuje proučavanje fiziologije mozga, genetike i evolucije kao načina razumijevanja ponašanja. Iako su se razvile različite grane (neuropsihologija, psihoneuroendokrinologija, psihoneuroimunologija, psihosomatska medicina i druge), sve se bave istraživanjem utjecaja uma na biološke procese ili obrnuto, uključujući stanja bolesti i/ili ponašanja (91).

Moderna razmišljanja o psihičkim bolestima procvjetala su početkom prošlog stoljeća kada su psihijatri počeli detaljno opisivati simptome i razvrstavati ih u sindrome. Prema Dereku Boltonu (92), postojala su tri glavna smjera u pristupu psihičkim bolestima. Prvo, psihijatrijska paradigma preuzela je medicinski model, smatrajući da su psihičke bolesti rezultat bolesti i ozljeda s ozbiljnim posljedicama po ljudsko tijelo, usporedivim s fizičkim bolestima. Paralelno s tim, razvila se i psihološka paradigma koja je pretpostavila da mentalni procesi mogu imitirati efekte neuroloških ozljeda, uzrokujući smetnje u normalnom psihološkom funkcioniranju. Ovaj pristup tvrdi da su abnormalna ponašanja posljedica normalnih psiholoških procesa, sa distorzijama stvarnosti koje su prisutne i kod zdrave populacije. Treća paradigma, sociološka, proizašla je kao kritika psihijatrijske. Prema njoj, ono što se smatra mentalnim bolestima zapravo je društvena devijacija, odstupanje od normi dominantne skupine. Drugim riječima, mentalne bolesti nisu nužno rezultat medicinskih poremećaja, već su proizvod društva koje stigmatizira određene psihološke procese koji nisu u skladu s društvenim normama (92).

Biomedicinski model pretpostavlja da su mentalni poremećaji biološki uvjetovane bolesti mozga. Ključni principi ovog pristupa uključuju: (a) biološke nepravilnosti, uglavnom

smještene u mozgu, uzrokuju mentalne poremećaje; (b) ne postoji značajna razlika između mentalnih i somatskih bolesti; (c) fokus liječenja je na biološkom tretmanu. U biomedicinskoj paradigmi, osnovni cilj istraživanja prirode mentalnih poremećaja je otkrivanje njihovog biološkog uzroka. Također, istraživanje terapije teži razviti somatske pristupe koji ciljaju osnovne biološke disfunkcije (93). U svom radu iz 1977. godine, George Engel naglašava da se biomedicinski model često smatra dogmom u suvremenoj zapadnoj medicini. Unatoč tomu, ističe važnost ovog modela u znanstvenom razvoju medicine. Posebno ukazuje na povijesnu prisutnost u zapadnom društvu, gdje je zbog vjerskog nasljeđa postojala tendencija razdvajanja tjelesnog od duhovnog. Srednjovjekovna crkvena učenja su promatrala tijelo kao krhku ljušturu koja prenosi dušu u drugi svijet, stoga je mehaničko popravljavanje tijela smatrano ključnim kako bi se omogućio „prijelaz” duše do vječnog života (94). Engel je također predložio biopsihosocijalni model s ciljem integracije bioloških, socijalnih i psiholoških elemenata etiologije i liječenja mentalnih poremećaja, koristeći okvir sličan teoriji općih sustava (92). Prema Engelovim riječima: „Sva tri aspekta, biološki, psihički i socijalni, trebaju se uzeti u obzir u svakom zadatku zdravstvene skrbi” (94). Njegova ideja je da liječnici moraju istovremeno obraćati pažnju na biološke, psihičke i socijalne aspekte bolesti kako bi bolje razumjeli i odgovorili na patnju pacijenata (94).

Borrell-Carrió i suradnici (95) savršeno su opisali biopsihosocijalni model kao „filozofiju kliničke skrbi i praktični klinički vodič”. On na filozofskoj razini predstavlja način razumijevanja kako patnja, bolest i oboljenje utječu na različite razine organizacije, od društvene do molekularne, dok na praktičnoj razini pomaže u razumijevanju subjektivnog iskustva pacijenta kao ključnog čimbenika točne dijagnoze, zdravstvenih ishoda i humane skrbi (95). Brojni istraživači zagovaraju proširenje biopsihosocijalnog modela kako bi obuhvatio i duhovnu dimenziju. Jedan od takvih istraživača je Katerndahl (96) čije istraživanje ističe važnost duhovnih simptoma i njihovih međudjelovanja u razumijevanju zdravstvenih ishoda. Sulmasy (97) podržava proširenje modela na biopsihosocijalno-duhovni model, argumentirajući da istinska holistička zdravstvena skrb mora obuhvatiti sve aspekte pacijentove relacijske egzistencije. Prema njegovom mišljenju, to će doprinijeti razvoju sveobuhvatnijeg modela skrbi i istraživanja koji uzima u obzir pacijente u njihovoj punoj cjelovitosti. Može se raspravljati da transcendentna i sveta pitanja duhovne dimenzije ne mogu biti potpuno obuhvaćena samo na mentalnoj i socijalnoj osnovi, bez obzira na sučeljavanje između tih koncepata (98).

1.2.5. Istraživanja stavova o mentalnim poremećajima

Stavovi se formiraju i pod utjecajem su kako izravnog tako i neizravnog iskustva prema objektu stava odražavajući različite percepcije (99). Implicitni modeli mentalnih poremećaja odnose se na stavove koji posredno odražavaju različite predodžbe o mentalnim poremećajima u skladu sa širokim rasponom teorijskih koncepata, to jest modela (100). Samo nekoliko istraživanja usmjerilo se na opisivanje i proučavanje načina na koji zdravstveni stručnjaci konceptualiziraju mentalne poremećaje (101). Primjerice, istraživanja stavova o implicitnim modelima duševnih poremećaja pokazuju kako psihijatri imaju sklonost prema biomedicinskom modelu objašnjenja etiologije poremećaja, a klinički psiholozi su skloni odbacivanju medicinske paradigme (11). Prema Blaneyu (102), psihijatri su uglavnom orijentirani prema tzv. biologijsko-medicinskom objašnjenju uzroka mentalnih poremećaja. U istraživanju Morrisona i Hansona (103) između 37.5% i 68.7% kliničkih psihologa složilo se s različito formuliranim izjavama koje odražavaju Szaszovu tvrdnju da je mentalna bolest mit.

Stavovi stručnjaka za mentalno zdravlje o uzrocima i terapiji mentalnih poremećaja tradicionalno su proučavani iz jednodimenzionalne perspektive, prema kojoj postoji kontinuum od medicinske do psihosocijalne ideologije. Ova pretpostavka je ispitana u studiji Wyatta i Livsona (104) na temelju odgovora 82 psihologa i 69 psihijatara koristeći Upitnik o mentalnom zdravlju (eng. *Mental Health Questionnaire* (MHQ)). Psihijatri se značajno razlikuju od psihologa u prosječnim rezultatima na MHQ u 5 od 6 faktora, uvijek s naglaskom na više medicinskog ili manje psihosocijalnog pristupa. Iako i psihijatri i psiholozi podržavaju određene aspekte oba modela, jasna podjela javlja se samo u području medicinske ideologije. Psihijatri su pokazali manju homogenost u svojim stavovima kao skupina u usporedbi s psiholozima.

Ahn i suradnici (105) su pružili prvi detaljan empirijski uvid u ontološka uvjerenja kliničkih stručnjaka o mentalnim poremećajima. Stručnjaci za mentalno zdravlje (kliničari) prave razlike između bioloških i psiholoških fenomena, a mentalne poremećaje raspoređuju na kontinuumu koji se proteže od bioloških do psihosocijalnih uzroka.

U Velikoj Britaniji, istraživači poput Harlanda i suradnika (100) koristili su Maudsleyev upitnik o stavovima (eng. *Maudsley Attitude Questionnaire* (MAQ)) kako bi procijenili stavove 76 starijih stažista psihijatrije u vezi s osam modela mentalnih poremećaja primijenjenih na četiri psihijatrijska poremećaja (shizofrenija, teški depresivni poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj i antisocijalni poremećaj ličnosti). Iako nijedan pojedinačni model nije dobio

univerzalnu podršku od svih ispitanika, općenito je biologijski model bio najviše podržan, posebno u vezi sa shizofrenijom. Kada su Read i suradnici 2017. godine isto pitanje postavili stažistima kliničke psihologije, pronašli su nisku potporu biologijskom modelu, a stažisti su umjesto toga preferirali različite psihosocijalne modele za sva četiri poremećaja (10). Stavovi psihologa i psihijataru u vezi s implicitnim podržavanjem različitih modela mentalnih poremećaja ukazuju na to da se te razlike i dalje održavaju, što je u skladu s prethodnim istraživanjima.

Istovremeno postoji manjak informacija o tome kako teolozi tumače mentalne bolesti u različitim sociokulturnim grupama. Trenutačno znanje o ovoj temi uglavnom potječe iz nekoliko istraživanja provedenih u visoko razvijenim zemljama, prvenstveno među afroameričkim teolozima. Te studije obično sugeriraju da teolozi podržavaju suvremene biopsihosocijalne koncepte mentalnog zdravlja te povezuju mentalne bolesti s različitim biološkim, psihološkim, okolišnim, vjerskim i duhovnim čimbenicima (19). Payne (106) identificira varijacije u percepcijama teologa o etiologiji depresije koje su povezane s rasnim i denominacijskim razlikama. U svom istraživanju, autor je intervjuirao 204 protestantska pastora u Kaliforniji kako bi saznao njihove stavove o uzrocima depresije. Pastori bijelih Amerikanaca smatrali su depresiju biomedicinskim stanjem, dok su afroamerički pastori vidjeli depresiju kao trenutak slabosti suočavanja sa životnim problemima. Što se tiče vjerske pripadnosti, *mainstream* protestanti vjerovali su da su medicinski ili biološki faktori uzrok depresije, dok su pentekostalni pastori smatrali da su duhovni ili moralni problemi u osnovi depresije.

Istraživanja provedena među manjinskim skupinama u zemljama s visokim prihodima, poput analize kršćanskih teologa korejsko-američkog podrijetla (107) i vođa budističke zajednice među Vijetnamskim Amerikancima (108) sugeriraju da duhovni faktori dominiraju u usporedbi s drugim uzrocima mentalnih bolesti. U analizi kršćanskih teologa u Singapuru, Matthews (109) je izvijestio o podršci različitim modelima koji obuhvaćaju i duhovne i psihološke čimbenike. Religijski modeli bili su najrasprostranjeniji, dok su organski modeli bili manje spominjani, sugerirajući da teolozi više naginju modelima koji su usklađeni s njihovim teološkim uvjerenjem. Sullivan i suradnici (19) također su primijetili da teolozi koje isključivo vjeruju u duhovna objašnjenja nastanka mentalne bolesti, to jest promatraju mentalne bolesti kao isključivo manifestaciju zlih duhova, često doživljavaju biomedicinski tretman i nedostatak vjere kao prepreku duhovnom ozdravljenju, koje se stiče kroz vjeru i molitvu. Stoga pristaše

ove škole razmišljanja aktivno potiču članove zajednice s mentalnim zdravstvenim problemima da ne konzultiraju formalne zdravstvene usluge (19, 110).

Istraživanje Farrell i suradnika (111) fokusiralo se na teologe u crkvama na Havajima. Kao glavne uzroke mentalnih poremećaja, najčešće su isticali medicinske faktore, a potom i utjecaje okoline. Različiti odgovori pod „ostalo” otežavali su kategorizaciju, s primjerima poput „demonskog tlačenja ili posjedovanja”, „neriješenog bijesa... ili rezultata idolatrije u obitelji”, „uporabe lijekova prema preporuci liječnika”, „nedostatka intimnosti unutar obitelji” te „izostanka istinske zajednice i osjećaja pripadnosti i sigurnosti unutar nje”. Studija Leavey i sur. (112) pokazala je da teolozi uglavnom podržavaju socijalni model stresa kao uzrok bolesti, ali ne isključuju mogućnost drugih prirodnih i nadnaravnih objašnjenja. Anketa standardizirana za 115 kršćanskih teologa u Libanonu otkrila je da teolozi posjeduju informirano i znanstveno utemeljeno razumijevanje uzroka mentalnih poremećaja te prepoznaju važnost primjene lijekova u učinkovitom liječenju. Većina ispitanika snažno podržava ili se slaže s idejom da su psihički uzroci, osobito traumatična iskustva iz djetinjstva, odgovorni za mentalne bolesti. Više od polovice sudionika (64.4%) smatra da je ovisnost o drogama i alkoholu vrlo važan čimbenik. Nadalje, 70.1% snažno podržava ili se slaže s tvrdnjom da je kemijski disbalans u mozgu uzrok mentalnih bolesti, dok je 20.7% izjavilo da ne zna jesu li mentalni poremećaji povezani s nasljednim uzrocima. Iako većina jasno odbacuje ideju da su religijski faktori uzrok mentalnih bolesti, 20–30% snažno podržava ili se slaže s tvrdnjom da su duhovno siromaštvo i opsjednuće od strane demona uzroci mentalnih poremećaja (113). Rezultati istraživanja provedenog u Italiji od strane Magliane i suradnika ukazuju na to da postoje sličnosti i razlike u stavovima teologa prema shizofreniji i depresiji. Teolozi su u oba dijagnostička skupa uglavnom smatrali da su psihosocijalni uzroci glavni faktor poremećaja, dok su nadnaravnim uzrocima pridavali najmanji značaj (114).

2. CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

2.1. Ciljevi istraživanja

1. Ispitati postoji li razlika u vjerovanja o lokaciji uma, duše i *selfa* između psihijatara, psihologa i teologa.
2. Ispitati postoji li razlika u vjerovanju u dualizam uma i tijela (mozga) između psihijatara, psihologa i teologa.
3. Ispitati zastupljenost implicitnih modela (biologijski, bihevioralni, kognitivni, psihodinamski, društveni konstruktivizam, socijalni realizam, spiritualistički i nihilistički), to jest modela vjerovanja o etiologiji i liječenju kod četiri psihička poremećaja (shizofrenija, depresija, generalizirani anksiozni poremećaj i antisocijalni poremećaj ličnosti) između psihijatara, psihologa i teologa.
4. Ispitati povezanost vjerovanja o etiologiji i liječenju shizofrenije, depresije, generaliziranog anksioznog poremećaja i antisocijalnog poremećaja ličnosti s vjerovanjem u monizam odnosno dualizam.

2.2. Hipoteze

1. Psihijatri, psiholozi i teolozi neće se razlikovati u pozicioniranju uma to jest locirati će ga u području glave, dok će se pokazati razlike u pozicioniranju duše i *selfa* gdje se očekuje kako će psihijatri i psiholozi, za razliku od teologa, smještati dušu i *self* u područje glave.
2. Psiholozi će u većoj mjeri u odnosu na psihijatre, podržavati monizam, a teolozi dualizam.
3. Postoje razlike u stavovima o implicitnim modelima za sva četiri duševna poremećaja (shizofrenija, depresija, generalizirani anksiozni poremećaj i antisocijalni poremećaj ličnosti) na način da će:
 - a) psihijatri u većoj mjeri podržavati biologijski i psihodinamski model;
 - b) psiholozi će u odnosu na psihijatre u većoj mjeri podržavati kognitivni i bihevioralni model;
 - c) teolozi će u odnosu na psihijatre u većoj mjeri podržavati spiritualni model.
4. Implicitni modeli vjerovanja o etiologiji i liječenju različitih mentalnih poremećaja selektivno su povezani s vjerovanjem u dualizam uma i mozga gdje

očekujemo kako će monisti biti skloniji biologijskom modelu, a dualisti spiritualnom modelu.

3. ISPITANICI I POSTUPCI

3.1. Metodologije prvog istraživanja

3.1.1. Ispitanici

U preliminarnom, objavljenom istraživanju „Attitudes toward complementary and alternative medicine, beliefs in afterlife and religiosity among psychiatrists, psychologists and theologians“ korištenjem neovisnog uzorka psihijatara, psihologa i teologa Splitsko-dalmatinske županije provedenog tijekom studenog i prosinca 2017. godine, koji nije uključen u ovu analizu, validirani su svi upitnici (115). Nakon dobivanja etičkog odobrenja Kliničkog Bolničkog Centra Split, raspodijelili smo 160 upitnika psiholozima i psihijatrima na Klinici za psihijatriju, kao i teolozima. Prije ispunjavanja upitnika, ispitanici su morali pročitati upute o ispunjavanju koje su objašnjavali kako nisu obvezni ostavljati osobne podatke ukoliko to ne žele. Koristeći metodu snježne grude (eng. *snowball method*), ispitanici su zamoljeni da upitnik prosljede kolegama (suradnicima, članovima Hrvatskog psihijatrijskog društva ili Hrvatske psihološke komore).

3.1.2. Postupci

U spomenutom radu ispitana su vjerovanja o lokaciji uma, duše i *selfa*, stavovi prema komplementarnoj i alternativnoj medicini te vjerovanje u život nakon smrti. Odnos između uvjerenja o lokaciji uma, duše i *selfa*, vjerovanja u život nakon smrti, stavova o komplementarnoj i alternativnoj medicini i religioznosti može imati određene implikacije na koncept mentalnog zdravlja. Nisu prikazani rezultati istraživanja vezani uz stavove o etiologiji duševnih poremećaja i vjerovanju u dualizam te povezanosti implicitnih modela sa vjerovanjima u monističku ili dualističku koncepciju odnosa mentalnih procesa i tijela. Korišten je upitnik o komplementarnoj, alternativnoj i integrativnoj medicini (eng. *Complementary, Alternative and Integrative Medicine Attitudes Questionnaire (CAIMAQ)*) koji ima pet podljestvica, sastoji se od 30 tvrdnji pri čemu se svaka vrednuje na Likertovoj skali od jedan (potpuno se ne slažem) do sedam (potpuno se slažem). Upitnik mjeri stavove prema određenim modalitetima komplementarne i alternativne medicine (116).

Upitnik o vjerovanju u posmrtni život (eng. *After Death Beliefs Scale (ABDS)*) koristio se za mjerenje različitih vjerovanja o životu nakon smrti. Pet različitih vjerovanja o životu nakon smrti organizirano je prema sekularnom razmišljanju i tradiciji Istoka i Zapada, uključuje anihilaciju, bestjelesni duh, duhovno utjelovljenje, reinkarnaciju i tjelesno uskrsnuće, pa je stoga upitnik tako konstruiran od pet podljestvica, to jest dimenzija spomenutih pet vjerovanja,

uz šestu podljestvicu o učinkovitosti uvjerenja. Upitnik ADBS se sastoji od 24 tvrdnje koje se vrednuju na Likertovoj ljestvici, pri čemu se odabiru ocjene od jedan (potpuno se ne slažem) do sedam (potpuno se slažem) (117).

3.1.3. Statistička analiza

U analizi podataka koristili smo hi-kvadrat test i mozaik-grafikone (eng. *mosaic plot*) kako bi analizirali razlike između skupina u lociranju *selfa*, uma i duše. Za usporedbu rezultata na CAIMQ i ABDS upitnicima, proveli smo analizu varijance te potom primijenili Tukeyev *post-hoc* test kako bi otkrili značajne razlike između skupina. Pritom je p-vrijednost manja od 0.05 označavala statističku značajnost. Analizu smo proveli u R jeziku (R Core Team, Vienna, Austria) koristeći pakete „psych“, „car“ i „afex“ (za analizu varijance), te „yarr“ (za vizualizaciju).

3.2. Metodologija drugog istraživanja

3.2.1. Ispitanici

Za potrebe ove disertacije provedeno je presječno istraživanje u koje su bili uključeni psihijatri, psiholozi i teolozi na području Republike Hrvatske koji su članovi Hrvatskog psihijatrijskog društva, Hrvatske psihološke komore i Hrvatske biskupske konferencije. Ispitanici su se u istraživanje uključivali putem poveznice na online upitnik, koji se dijelio putem elektroničke pošte svih relevantnih udruženja. Upitnici korišteni u istraživanju napravljeni su pomoću besplatne aplikacije *Google Forms*.

Svi postupci tijekom provedbe istraživanja ove disertacije bili su u skladu s etičkim standardima Helsinške Deklaracije i prethodno su odobreni od strane Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Split (klasa: 500-03/17-01/82; ur. br: 2181-147-01/06/M.S.-16-2). Ispunjavanje ankete bilo je dobrovoljno, bez kompenzacije za sudionike. Sve relevantne informacije o dijelovima ankete navedene su na početku upitnika i u popratnoj poruci u kojoj je opisana svrha istraživanja općenito uz naznaku da je istraživanje anonimno i da je osigurana povjerljivost odgovora. Ispitanici su upućeni kako se ispunjavanje cijelih upitnika i potvrda odgovora smatra informiranim pristankom. Postavke aplikacije *Google Forms* bile su namještene na način da ne prikupljaju osobne podatke ispitanika, a upitnici nisu sadržavali pitanja koja bi mogla otkriti identitet ispitanika.

Temeljem prethodnog izračuna potrebne veličine uzorka, tablicom slučajnih brojeva izabrali smo 150 email adresa od svake skupine ispitanika koji su članovi Hrvatskog psihijatrijskog

društva, Hrvatske psihološke komore i Hrvatske biskupske konferencije. Svaki potencijalni sudionik dobio je tri email poruke u razmaku od približno dva mjeseca.

Istraživanje je provedeno u periodu od 15. siječnja 2018. godine do 15. lipnja 2018. godine.

Na ovaj način, podijeljeno je 450 upitnika od kojih je vraćeno 327 upitnika. Ukupna stopa odgovora bila je 73%; međutim, podaci dobiveni od 15 sudionika isključeni su iz daljnje analize zbog nepotpunih ili netočno popunjenih upitnika. Konačni broj sudionika u istraživanju bio je 312.

3.2.2. Postupci

Pregledom znanstvene literature odabrani su upitnici za potrebe prikupljanja podataka ovog istraživanja. Konstruiran je anketni upitnik koji se sastojao od tri dijela. Prvi dio uključivao je sedam stavki koje su prikupljale osnovne podatke o sudionicima istraživanja poput spola, dobi, zanimanja, radnog staža u struci, znanstvenog stupnja, vjerske pripadnosti i važnosti vjere u životu.

Drugi dio anketnog upitnika istraživao je stavove ispitanika o uvjerenjima o lokaciji duše, uma i *selfa* te stavove o dualizmu odnosno monizmu.

Konačno posljednji treći dio upitnika prikupljao je stavove o implicitnim modelima (biologijski, bihevioralni, kognitivni, psihodinamski, socijalni konstruktivizam, socijalni realizam, spiritualistički i nihilistički) kod četiri psihijatrijska poremećaja (shizofrenija, depresija, generalizirani anksiozni poremećaj, antisocijalni poremećaj ličnosti).

Za potrebe provedbe ovog istraživanja, a u svrhu postizanja navedenog cilja, koristila su se tri instrumenta: upitnici MAQ (100), dualizam skala (eng. *Dualism Scale (DS)*) (46) i crtež čovjeka (52). Zatražena je suglasnost autora za upitnik MAQ, dok su drugi upitnik i shema dostupni za korištenje. Upitnici su prevedeni na hrvatski jezik prema novim standardima prevođenja, pri čemu je jedna osoba prevela upitnik na hrvatski jezik, a druga osoba sa znanjem na razini izvornog govornika je hrvatsku verziju ponovno prevela na engleski jezik radi provjere točnosti (eng. *back translation*). Nitko nije prijavio bilo kakve poteškoće u odgovaranju na uključene stavke. Prosječno vrijeme za podnošenje odgovora na anketu trajalo je od 30 do 45 minuta.

Crtež čovjeka (figura ili shema ljudskog tijela) korišten je za određivanje lokacije duše, uma i *selfa* (52). Ispitanicima je predstavljena figura ljudskog tijela koja sadrži brojeve identificirajući osam različitih dijelova tijela. Sve su regije predstavljene u središtu tijela. Uz sliku su dvije dodatne opcije koje ispitanici mogu odabrati ukoliko na crtežu ne mogu pozicionirati tri navedena konstrukta, to jest ukoliko vjeruju da se *self*, duša ili um ne nalaze u niti jednoj

navedenoj točki na tijelu ili ne postoje. Ispitanici trebaju, u formatu prisilnog izbora, odabrati koja regija najbolje predstavlja položaj jastva, duše i uma u tijelu.

Upitnik, čiji je autor Stanovich (46), korišten je za mjerenje predisponiranog uvjerenja ispitanika u dualizam uma i tijela/mozga. Upitnik se sastoji od 27 tvrdnji kojim su ispitanici procjenjivali odgovore na Likertovoj ljestvici u rasponu od 1 („u potpunosti se ne slažem“), do 5 („u potpunosti se slažem“). Četnaest tvrdnji potvrđuje različite oblike dualističkih uvjerenja o odnosu između uma i mozga, a preostalih 13 zastupa različita materijalistička stajališta o problemu um/tijelo. Te se tvrdnje obrnuto boduju tako da neslaganje s monističkom teorijom uma daje viši rezultat na ljestvici dualizma, a slaganje s monističkim stajalištem daje niži rezultat. Tvrdnje su nasumično raspoređene. Zaključno, viši rezultat ukazuje na veći dualizam uma i tijela. Vrijednost Cronbach alfa iznosi 0.811, što ukazuje na primjerenu dosljednost među tvrdnjama te se upitnik može smatrati pouzdanim za korištenje.

MAQ upitnik koji su razvili Harland i sur. (100) korišten je za procjenu stavova o implicitnim modelima mentalnih poremećaja psihijataru, psihologu i teologu. Upitnik se sastoji od matrice od pet točaka Likertove ljestvice u rasponu od 1 (koji označava „u potpunosti se ne slažem“) do 5 (koji označava „u potpunosti se slažem“) s tvrdnjama koje su osmišljene kako bi dobili stavove prema četiri DSM-IV dijagnostičke kategorije: shizofreniji, velikom depresivnom poremećaju, generaliziranom anksioznom poremećaju i antisocijalnom poremećaju osobnosti. Tvrdnje odražavaju osam konceptualnih paradigmi (modela) i tiču se četiri dimenzije stava. Modeli su biologijski, bihevioralni, kognitivni, psihodinamski, socijalni konstruktivizam, socijalni realizam, spiritualni i nihilistički, dok su dimenzije stava etiologija, klasifikacija, istraživanje i liječenje. Za svaki model postoji tvrdnja o svakoj dimenziji stava pa se upitnik sastoji od 32 nasumično raspoređene tvrdnje (modeli ($n = 8$) \times dimenzija stava ($n = 4$)). Ispitanici trebaju naznačiti u kojoj mjeri se slažu/ne slažu sa svakom tvrdnjom u odnosu na svaku dijagnostičku kategoriju (izjava ($n = 32$) \times dijagnostička kategorija ($n = 4$)). U konačnici se upitnik sastoji od 128 tvrdnji.

Kao pokazatelj pouzdanosti, Guttman lambda predstavlja osnovu za analizu pouzdanosti, a ekvivalent je Cronbach alfi. Raspon lambda za shizofreniju je 0.9–0.97, što znači da je kroz osam modela objašnjeno 90–97% varijance, uz vjerojatnost pogreške 3–10%. Raspon lambda za depresiju je 0.95–0.99, što znači da je kroz osam modela objašnjeno 95–99 % varijance, uz vjerojatnost pogreške 1–5%. Raspon lambda za generalizirani anksiozni poremećaj je 0.94–0.99, što znači da je kroz osam modela objašnjeno 94–99% varijance, uz vjerojatnost pogreške 1–6%. Raspon Lambda za antisocijalni poremećaj ličnosti je 0.9–0.97, što znači da je kroz osam

modela objašnjeno 90–97% varijance gad, uz vjerojatnost pogreške 3–3%. MAQ upitnik ima statistički značajnu pouzdanost od 0.9 do 0.99, uz vjerojatnost pogreške $p < 0.05$.

3.2.3. Statistička analiza podataka

Analiza podataka provedena je korištenjem R jezika, inačica 4.2.1. (R Core Team, Beč, Austrija). Prije provođenja istraživanja procijenili smo veličinu uzorka koristeći „pwr“ i „pwrss“ pakete u R okruženju (118, 119).

Kako bismo odredili veličinu uzorka, koristili smo prosječne vrijednosti, standardne devijacije i veličine učinka iz prethodnih studija koje su uključivale psihijatre i psihologe koji su ispunjavali MAQ upitnik (10, 100). Postojeća istraživanja u području mentalnog zdravlja nisu uključila tri specifične skupine stručnjaka i suradnika. Kako bismo izračunali snagu testa i veličinu uzorka, procijenili smo vrijednosti za treću skupinu. Odredili smo veličinu uzorka koristeći snagu od 0.85 i alfa od 0.01, što se smatra prihvatljivim za istraživanja u bihevioralnim znanostima (120). Na temelju spomenutih ulaznih parametara, trebali smo uzorak od otprilike 100 ispitanika, što zahtijeva veličinu grupe veću od 33 ispitanika.

Prije uporabe postupaka inferencijalne statistike, Shapiro-Wilkov test korišten je za provjeru normalnosti distribucije. Nakon toga su rezultati na upitnicima prikazani opisnom statistikom, što uključuje prosječne vrijednosti (eng. *mean* (M) i standardnog odstupanja (eng. *standard deviation* (SD)) za kontinuirane varijable. Također, opisno su pomoću kontingencijskih frekvencijskih tablica prikazane razlike u učestalostima odgovora psihijataru, psihologu i teologu na pitanje pozicioniranja uma, duše i *selfa* na shemi čovjeka dok se statistička značajnost provjerila pomoću hi-kvadrat testa uz mogućnost korištenja korekcija.

Usporedili smo preferencije za dualizam odnosno monizam i implicitne modele MAQ upitnika između psihijataru, psihologu i teologu koristeći multinomijalnu regresijsku analizu. Multinomijalna logistička regresija je prikladna tehnika analize koja se ne oslanja na pretpostavku normalnosti distribucije. Koristili smo funkciju „multinom“ iz „nnet“ paketa, inačica 7.3.19. (121). Grafike su izrađene korištenjem funkcija dostupnih u „ggplot2“ paketu (122). Postavili smo razinu značajnosti na 95% za višestruke testove.

Modeliranje strukturalnim jednadžbama metodom parcijalnih najmanjih kvadrata (eng. *Partial least squares structural equation modeling* (PLS-SEM)) jedna je od metoda druge generacije multivarijatne analize orijentirana na predviđanje te je prikladna za korištenje kod eksploratornih i konfirmatornih istraživanja (123–125). Prethodno smo procijenili valjanost mjernog modela PLS-SEM (Chronbach alfa, kompozitna pouzdanost, vanjsko opterećenje,

diskriminantna valjanost) i ostale kriterije za primjenu modela PLS-SEM kao neparametrijskog postupka (veličina uzorka/Holterov *critical* N (≥ 200) bez pretpostavke normalne distribucije rezultata) (126). Postoje i druge prednosti PLS-SEM modela koje se odnose na statističku snagu pri zaključivanju temeljem dobivenih rezultata (123). „Seminar“ paket u R programskom okruženju je korišten za potrebe primjene spomenutog modela (127), s obzirom da R paketi omogućavaju vrlo kvalitetan tablični i slikovni prikaz nakon primjene PLS-SEM (125).

4. REZULTATI

4.1. Rezultati prvog istraživanja

4.1.1. Struktura osnovnih karakteristika ispitanika

U prvom, objavljenom pilot istraživanju (115) sudjelovali su psihijatri ($n = 51$), psiholozi ($n = 55$) i teolozi ($n = 25$) koji žive i rade u Splitsko-dalmatinskoj županiji. Većina sudionika bila je osoblje Klinike za psihijatriju KBC-a Split, dok su ostali radili u izvanbolničkim, javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama. Podaci su prikupljeni od studenog do prosinca 2017. godine. Od 56 psihijatara, 30 (59%) su bile žene, a 21 (41%) muškarci. Od 51 psihologa, 49 (89%) su bile žene, dok je 6 (11%) bilo muškaraca. Uzorak teologa činilo je 25 (100%) muškaraca, od kojih je 52% bilo u dobi između 56 i 65 godina, 7 (28%) u dobi od 36 do 45, 4 (16%) od 26 do 35 godina, te jedan (4%) između 46 i 55 godina. Većina psihijatara bila je u dobi između 36 i 45 godina (31%) te između 46 i 55 godina (35%). Više od jedne trećine psihologa (36%) bilo je u dobi od 26 do 35 godina, a njih 33% bilo je u dobi između 46 i 55 godina.

Pronađena je statistički značajna razlika ($\chi^2 = 8.63$, $p = 0.003$) u religijskim uvjerenjima između psihijatara i psihologa, jer je u skupini psihologa zabilježena veća stopa ateista (18%) i manji broj katolika (71%) u usporedbi s psihijatrima (0% ateista, 92% katolika). Također, sudionici su ocijenili važnost vjere u svakodnevnom životu na skali od 1 do 7, gdje su teolozi imali prosječnu ocjenu 7. Teolozi su imali statistički značajno višu prosječnu vrijednost ($F = 17.6$, $p < 0.001$) u usporedbi s psiholozima i psihijatrima. Psiholozi su imali prosječnu ocjenu 4.3, a psihijatri 4.9 u pogledu važnosti religije u svakodnevnom životu, ali razlika između njih nije bila statistički značajna ($p = 0.106$).

4.1.2. Lokacija uma, *selfa* i duše

U spomenutom istraživanju najčešći odgovor na pitanje o lokaciji duše bio je da se ne može smjestiti u nijednu specifičnu regiju tijela, što je mišljenje više od 30% psihologa i psihijatara te nešto više od 50% teologa. Drugi najčešći odgovor bio je prisište, što je odabralo 30% ispitanika. *Self* i um su najčešće povezivani s glavom; naime, više od 40% sudionika pozicioniralo je *self* u glavu, dok je um u glavi lociralo oko 70% ispitanika.

4.1.3. Rezultati za upitnik CAIMAQ

Analiza CAIMAQ upitnika pokazala je statističku značajnu razliku između skupina u dimenziji poželjnosti komplementarne, alternativne i integrativne terapije ($F = 3.4$, $p = 0.036$). Pritom su

psihijatri imali statistički značajno manje prosječne rezultate nego psiholozi ($p = 0.03$). Nije bilo statistički značajnih razlika na dimenziji vezanoj uz progresivne uloge pacijenata/liječnika u brizi o zdravlju ($F = 3.14$, $p = 0.05$). S druge strane, teolozi su imali statistički značajno više prosječne rezultate nego psiholozi ($p < 0.001$) i psihijatri ($p = 0.011$) na dimenziji povezanosti uma, tijela i duše. Nije bilo značajnih razlika na dimenziji principa aleostaze ($F = 1.1$, $p = 0.335$). U dimenziji holističkog shvaćanja bolesti, pronašli smo statistički značajno više prosječne rezultate u teologa nego psihologa ($p < 0.001$) i psihijatara ($p = 0.001$).

4.1.4. Rezultati za upitnik ABDS

Rezultati na ADBS upitniku pokazuju razlike između psihologa, psihijatara i teologa na šest podljestvica. Na dimenziji anihilacije, teolozi pokazuju značajno niže rezultate od psihologa i psihijatara ($p < 0.001$), koji se po prosječnim vrijednostima međusobno ne razlikuju ($p = 0.663$). No, suprotno je na dimenziji vjerovanja u tjelesno uskrsnuće, gdje teolozi pokazuju značajno više rezultate od psihologa i psihijatara ($p < 0.001$) koji se također međusobno ne razlikuju ($p = 0.904$). U vidu vjerovanja u bestjelesni duh, teolozi imaju značajno manje prosječne vrijednosti od psihologa i psihijatara ($p < 0.05$). Na dimenziji vjerovanja u reinkarnaciju, teolozi su također imali manje prosječne vrijednosti od psihijatara i psihologa ($p < 0.05$), koji se pak nisu međusobno razlikovali ($p = 0.986$). Konačno, u dimenziji duhovnog utjelovljenja, teolozi su imali značajno više prosječne rezultate od psihologa i psihijatara ($p < 0.01$), dok se potonje dvije skupine nisu razlikovale ($p = 0.517$). Na ljestvici učinkovitosti uvjerenja također postoji značajna razlika ($F = 28.1$, $p < 0.01$), pri čemu teolozi imaju statistički značajno višu prosječnu vrijednost u odnosu na psihijatre i psihologe ($p < 0.001$).

4.2. Rezultati drugog istraživanja

4.2.1. Struktura osnovnih karakteristika ispitanika

Ispitanike u drugom istraživanju činili su psihijatri, psiholozi i teolozi s područja Republike Hrvatske, to jest psihijatri koji su članovi Hrvatskog psihijatrijskog društva, psiholozi koji su članovi Hrvatske psihološke komore i teolozi pripadnici Hrvatske biskupske konferencije.

Prema dostupnim podacima, psihijatrijsko društvo imalo je 2017. godine 300 članova, što je odgovaralo (jednako) broju psihologa u Hrvatskoj psihološkoj komori sa statusom zdravstvenih djelatnika. Po dostupnim podacima Hrvatske biskupske konferencije iz 2017. godine, u Hrvatskoj djeluje 2402 svećenika. S obzirom na ove podatke, podijeljeno je 450 upitnika od kojih je vraćeno 327 upitnika. Ukupna stopa odgovora bila je 73% međutim, podaci dobiveni od 15 sudionika isključeni su iz daljnje analize zbog nepotpunih ili netočno popunjenih

upitnika. Konačni broj sudionika u istraživanju bio je 312 ispitanika, to jest 122 psihijatra, 116 psihologa i 74 teologa.

Tablica 1 prikazuje demografske i profesionalne karakteristike tri različite skupine ispitanika: psihijata, psihologa i teologa. Uključuje informacije o spolu, dobi, godinama radnog iskustva i važnosti vjere za te pojedince. Psihijatri (n = 78, 63.9%) i psiholozi (n = 106, 91.4%) su uglavnom žene, dok su svi teolozi (n = 74, 100%) muškarci. Postoji razlika u dobnom sastavu tri skupine. Najčešća dobna skupina psihijata je bila između 36–55 godina (63.94%), dok je većina psihologa (n = 83, 71.55%) i teologa (n = 40, 54.05%) bila u rasponu od 26–45 godina. Većina teologa (n = 23, 31.08%) pripadala je dobnoj skupini od 56–65 godina. Obzirom na raspodjelu u kategoriji godine rada u struci najveća razlika je kod psihologa, gdje njih 80 (69.0%) ima manje od 15 godina radnog iskustva, Psiholozi su mlađa i manje iskusna skupina u usporedbi s psihijatrima i teolozima, koji imaju starije i iskusnije članove. Psihijatri i psiholozi se po mjestu rada razlikuju od teologa. Psihijatari (91.8%) su uglavnom zaposleni u javnim zdravstvenim ustanovama kao i manje od polovice psihologa (45.2%), dok teolozi primarno djeluju u crkvi (n = 74, 100%). Svi ispitanici su visoko obrazovani, a za sve skupine je vidljivo stručno i znanstveno usavršavanje. Kod psihijata dominira usavršavanje u smislu doktorata (36.5%), dok stručni magisterij prevladava kod psihologa (65.7%) i teologa (38.8%). Postotak ateista i agnostika je najviši među psiholozima (n = 43, 37.1%). Svi teolozi su katolici, kao i većina psihijata (n = 99, 81.1%) dok je kod psihologa (n = 69, 59.5%) katolika, Vjera je najvažnija za teologe, a najmanju važnost vjeri pridaju psiholozi, dok psihijatri zauzimaju srednju poziciju po ovom pitanju.

Tablica 1. Razlike u sociodemografskim karakteristikama između psihijatara, psihologa i teologa

	Psihijatri (n = 122)	Psiholozi (n = 116)	Teolozi (n = 74)
Muško	44 (36.1)	10 (8.6)	74 (100)
Žensko	78 (63.9)	106 (91.4)	0 (0.00)
Dob			
<25	0 (0.00)	2 (1.72)	0 (0.00)
26–35	23 (18.9)	52 (44.8)	18 (24.3)
36–45	34 (27.9)	31 (26.7)	22 (29.7)
46–55	44 (36.1)	24 (20.7)	11 (14.9)
56–65	21 (17.2)	7 (6.0)	23 (31.1)
Godine rada			
≤5	26 (21.3)	42 (36.2)	19 (25.7)
6–10	20 (16.4)	19 (16.4)	8 (10.8)
11–15	18 (14.8)	19 (16.4)	16 (21.6)
16–20	22 (18.0)	15 (12.9)	3 (4.1)
21–25	11 (9.0)	13 (11.2)	4 (5.4)
≥26	25 (20.5)	8 (6.9)	24 (32.4)
Važnost vjere, medijan (interkvartilni raspon)	5.0 (3.0)	4.0 (3.0)	7.0 (0.0)
Važnost vjere, aritmetička sredina (standardna devijacija)	4.5 (1.8)	3.8 (2.1)	6.8 (0.9)
Razina visokog obrazovanja			
Specijalistički magisterij	18 (14.7)	65 (56.0)	19 (25.6)
Znanstveni magisterij ili doktorat	34 (27.9)	28 (24.1)	26 (35.1)
Student doktorskog studija	22 (18.0)	6 (0.05)	4 (5.4)
Diploma preddiplomskog, diplomskog ili integriranog studija	48 (39.3)	17 (14.6)	25 (33.7)
Mjesto rada*			
Javne zdravstvene ustanove	112 (91.8)	52 (45.2)	0 (0.0)
Privatne zdravstvene ustanove	9 (7.4)	23 (20.0)	0 (0.0)
Crkva	0 (0.0)	0 (0.0)	74 (100)
Ostalo	1 (0.8)	40 (34.8)	0 (0.0)
Vjera			
Ateist i agnostik	21 (17.2)	43 (37.1)	0 (0.0)
Katolik	99 (81.1)	69 (59.5)	74 (100)
Nešto drugo	2 (1.64)	4 (3.45)	0 (0.0)

*Jedan ispitanik nije ostavio podatak.

4.2.2. Deskriptivne karakteristike stavova o lokaciji duše, uma i selfa

Tablica 2 prikazuje rezultate drugog istraživanja o stavovima psihijatarâ, psihologa i teologa prema konceptima duše, *selfa* i uma. Rezultati su prikazani kroz frekvencije i postotke za svaku grupu, zajedno s p-vrijednostima koje označavaju statističku značajnost razlika među grupama.

Postoji statistički značajna razlika među grupama ($p < 0.001$) u pozicioniranju duše. Psihijatri kao najčešću lokaciju duše odabiru područje glave (41.8%), dok njih 29.5% odabire prsište. Nismo uočili statistički značajne razlike ($p = 0.198$) u lokaciji duše između psihijatarâ i psihologa, iako trend učestalosti odgovora ukazuje da psiholozi češće lociraju dušu u prsištu (37.1%). Teolozi kao lokaciju duše najčešće odabiru prsište (59.5%). Postoji statistički značajna razlika u odabiru lokacije duše kod teologa u odnosu na psihijatre ($p < 0.001$) i psihologe ($p = 0.007$).

Između grupa postoji statistički značajna razlika ($p = 0.005$) u lokaciji *selfa*. Kao lokaciju *selfa* psihijatri odabiru glavu u 68% slučajeva, psiholozi u 58.6%, a teolozi 43.2% slučajeva. U manjem postotku psihijatri (13.9%) odabiru prsište kao lokaciju *selfa*, slično kao i psiholozi (17.2%), ali različito od teologa (33.8%). Nema značajne razlike ($p = 0.222$) između psihologa i psihijatarâ. Statistički je značajna razlika ($p < 0.001$) među psihijatrima i teolozima koji *self* (Ja) smještaju u područje prsišta. Sukladno rezultatima koji su blizu značajnosti ($p = 0.058$), što sugerira tendenciju prema razlikama, teolozi ipak više smještaju *self* u područje prsišta u odnosu na psihologe.

Psihijatri um pozicioniraju u područje glave u 91.8%, a psiholozi i teolozi u 90.5% slučajeva. Nema značajnih razlika među grupama ($p = 0.842$) u vezi s konceptom um, što sugerira da sve tri skupine slično vrednuju ovaj pojam.

Tablica 2. Stavovi psihijatara, psihologa i teologa o lokacijama duše, *selfa* i uma, analiza crteža čovjeka, n (%)

	Psihijatri (n = 122)	Psiholozi (n = 116)	Teolozi (n = 74)	Ukupno	p*		
					Uspored ba psihijata ra i psihologa	Uspored ba psihijata ra i teologa	Uspored ba psihologa i teologa
Duša				<0.001	0.198	<0.001	0.007
1	51 (41.8)	33 (28.4)	14 (18.9)				
5	36 (29.5)	43 (37.1)	44 (59.5)				
9	25 (20.5)	29 (25.0)	15 (20.3)				
10	10 (8.2)	11 (9.5)	1 (1.4)				
Ja (self)				0.005	0.222	<0.001	0.058
1	83 (68)	68 (58.6)	32 (43.2)				
5	17 (13.9)	20 (17.2)	25 (33.8)				
9	15 (12.3)	24 (20.7)	15 (20.3)				
10	7 (5.7)	4 (3.4)	2 (2.7)				
Um				0.842	0.772	0.501	0.922
1	112 (91.8)	105 (90.5)	67 (90.5)				
9	6 (4.9)	8 (6.9)	6 (8.1)				
10	4 (3.3)	3 (2.6)	1 (1.4)				

*Fisherov egzaktini test.

4.2.3. Dualističke i monističke preferencije ispitanika

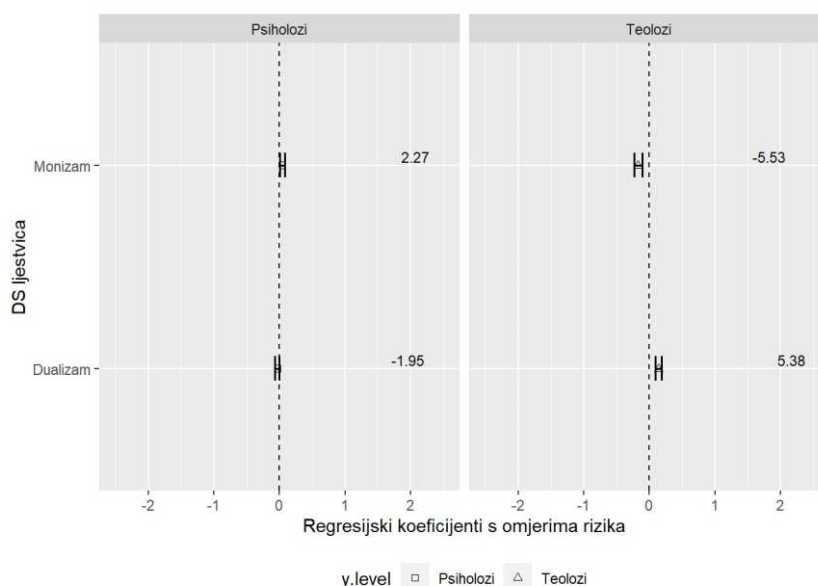
Pregledom **Tablice 3** uočava se da teolozi imaju više rezultate na ljestvici dualizma ($M = 45.36$, $SD = 7.82$) i niže na ljestvici monizma. Psihijatri ($M = 38.99$, $SD = 7.31$) i psiholozi ($M = 36.85$, $SD = 8.42$) imali su niži rezultat na ljestvici dualizma i viši na ljestvici monizma.

Iz **Tablice 3** i **Slike 1** vidljivo je, iako je 95% raspon pouzdanosti blizu referentne vrijednosti, kako je više od dva puta veća vjerojatnost (omjer izgleda (eng. *odds ratio* (OR)) = 2.27, standardizirani koeficijent (β) = 0.046, $p = 0.023$) podržavanja monizma kod psihologa nego psihijatara. S druge strane, gotovo dva puta je veća vjerojatnost (OR = -1.95, $\beta = -0.033$, $p = 0.051$) kako će psihijatri podržavati dualizam u odnosu na psihologe. Puno je veća izraženost razlika kod teologa, gdje teolozi pokazuju pet puta veću vjerojatnost (OR = 5.38, $\beta = 0.140$, $p < 0.001$) zagovaranja dualizma u odnosu na psihijatre. Kod pitanja monizma, rezultati su suprotni te je više od pet puta veća vjerojatnost kako će psihijatri (OR = -5.53, $\beta = -0.171$, $p < 0.001$) zagovarati monizam u odnosu na teologe.

Tablica 3. Rezultati aritmetičkih sredina za monizam i dualizam i multinomijalne logističke regresije između psihologa i teologa za dualizam i monizam sa psihijatrima kao referentnom skupinom

	Psihijatri (n = 122)	Psiholozi (n = 116)	Teolozi (n = 74)
Dualizam, M (SD)	38.99 (7.31)	36.85 (8.42)	45.36 (7.82)
Monizam, M (SD)	41.54 (6.15)	43.63 (6.72)	35.99 (7.33)
	β (95% CI)	SE	p
Psiholozi			
<i>Sjecište</i>	-0.740 (-2.888, 1.409)	1.096	0.500
<i>Dualizam</i>	-0.033 (-0.067, 0.000)	0.017	0.051
<i>Monizam</i>	0.046 (0.006, 0.086)	0.020	0.023
Teolozi			
<i>Sjecište</i>	0.203 (-2.249, 2.654)	1.251	0.871
<i>Dualizam</i>	0.140 (0.089, 0.191)	0.026	<0.001
<i>Monizam</i>	-0.171 (0.232, -0.111)	0.031	<0.001

CI – interval pouzdanosti (eng. *confidence interval*), M – aritmetička sredina (eng. *mean*), SD – standardno odstupanje (eng. *standard deviation*), SE – standardna pogriješka (eng. *standard error*), β – standardizirani koeficijent



Slika 1. Vizualni prikaz rezultata multinomijalne logističke regresije između psihologa i teologa sa psihijatrima kao referentnom skupinom za dualizam i monizam.

4.2.4. Preferencije ispitanika u izboru implicitnih modela mentalnih poremećaja

Opisna statistika za zbirne rezultate stavova, kategorizirana po modelu i poremećaju, prikazana je u **Tablici 4**. Shapiro-Wilkov test otkriva značajna odstupanja ($p < 0.01$) od normalne distribucije za navedene koncepte. Kada provedemo multinomijalnu regresijsku analizu, otkrivamo značajnije pokazatelje.

Tablica 4. Deskriptivna statistika za zbirne rezultate stavova po modelu i poremećaju (MAQ), prikazano kao M (SD)

Modeli po bolesti	Psihijatri (n = 122)	Psiholozi (n = 116)	Teolozi (n = 74)
Shizofrenija			
Biologijski	15.34 (2.25)	15.08 (2.64)	12.84 (2.39)
Kognitivni	9.73 (2.65)	9.87 (2.86)	11.14 (2.42)
Bihevioralni	11.23 (2.56)	10.60 (2.28)	12.32 (1.90)
Psihodinamski	11.20 (2.97)	9.79 (3.13)	12.76 (2.82)
Socijalni realizam	9.93 (2.74)	9.07 (2.77)	11.66 (2.46)
Socijalni konstruktivizam	7.72 (2.39)	7.84 (2.86)	9.26 (2.63)
Nihilistički	6.83 (1.89)	6.34 (2.22)	8.57 (2.28)
Spiritualni	7.11 (2.40)	6.33 (2.63)	11.61 (2.41)
Veliki depresivni poremećaj			
Biologijski	14.71 (2.27)	13.77 (2.69)	12.64 (2.21)
Kognitivni	11.15 (2.76)	13.09 (2.96)	11.88 (2.25)
Bihevioralni	12.10 (2.61)	12.77 (2.40)	12.58 (1.81)
Psihodinamski	12.20 (3.00)	11.05 (3.08)	13.18 (2.33)
Socijalni realizam	11.35 (2.90)	11.58 (2.70)	12.66 (2.35)
Socijalni konstruktivizam	8.07 (2.46)	8.34 (2.92)	9.61 (2.57)
Nihilistički	6.98 (2.01)	6.53 (2.24)	8.61 (2.35)
Spiritualni	7.80 (2.64)	7.08 (2.90)	12.46 (2.15)
Generalni anksiozni poremećaj			
Biologijski	13.99 (2.55)	12.73 (2.57)	12.65 (2.16)
Kognitivni	11.75 (2.71)	13.56 (2.85)	11.81 (2.15)
Bihevioralni	12.68 (2.63)	13.20 (2.40)	12.73 (1.75)
Psihodinamski	13.24 (2.74)	11.24 (3.15)	13.00 (2.50)
Socijalni realizam	11.93 (2.50)	11.95 (2.42)	12.96 (2.38)
Socijalni konstruktivizam	8.23 (2.46)	8.47 (2.92)	9.64 (2.52)
Nihilistički	7.19 (2.02)	6.68 (2.41)	8.73 (2.36)
Spiritualni	7.89 (2.60)	7.11 (3.04)	12.59 (2.20)
Antisocijalni poremećaj ličnosti			
Biologijski	12.67 (2.86)	12.95 (2.54)	12.39 (2.35)
Kognitivni	11.83 (2.62)	11.69 (2.73)	11.93 (2.08)
Bihevioralni	13.24 (2.57)	12.33 (2.45)	12.74 (1.81)
Psihodinamski	13.27 (2.66)	11.16 (3.11)	13.24 (2.24)
Socijalni realizam	12.02 (2.47)	10.86 (2.78)	13.15 (2.29)
Socijalni konstruktivizam	8.69 (2.47)	8.33 (2.84)	9.81 (2.52)
Nihilistički	7.57 (2.14)	6.72 (2.36)	8.65 (2.37)
Spiritualni	8.10 (2.61)	7.00 (2.79)	12.62 (2.21)

M – aritmetička sredina (eng. *mean*), SD – standardno odstupanje (eng. *standard deviation*)

4.2.4.1. Shizofrenija

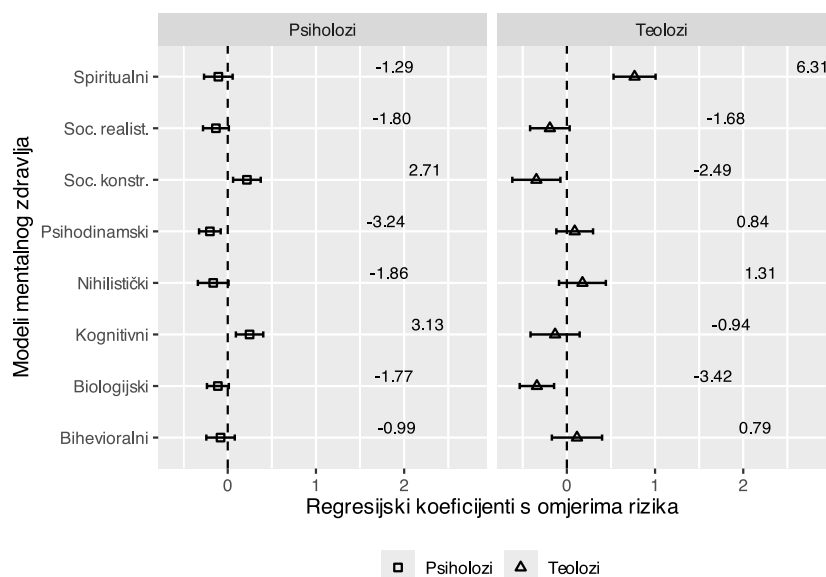
Psihijatri u određenju shizofrenije na MAQ upitniku najviše podržavaju biologijski model ($M = 15.34$, $SD = 2.25$), a najmanje nihilistički model ($M = 6.83$, $SD = 1.89$). Psiholozi u poimanju shizofrenije u najvećoj mjeri podržavaju biologijski model ($M = 15.08$, $SD = 2.64$), a u najmanjoj mjeri spiritualni ($M = 6.34$, $SD = 2.22$) i nihilistički model mentalnog poremećaja ($M = 6.33$, $SD = 2.63$). Teolozi u određenju shizofrenije najviše podržavaju biologijski model ($M = 12.84$, $SD = 2.39$), a najmanje nihilistički model ($M = 8.57$, $SD = 2.28$) (**Tablica 4**).

Slika 2 prikazuje rezultate multinomijalne regresijske analize implicitnih modela za shizofreniju. Postoje dva modela ili koncepta mentalnih poremećaja kada je riječ o shizofreniji, specifična za psihologe za razliku od psihijatara. Psiholozi imaju više od dvostruko veću vjerojatnost ($OR = 2.71$, $\beta = 0.217$, $p = 0.007$) odabira socijalno-konstruktivističkog modela u usporedbi s psihijatrima. Također, među psiholozima je vjerojatnost izbora kognitivnog modela za shizofreniju više od tri puta veća ($OR = 3.13$, $\beta = 0.247$, $p = 0.002$). S druge strane, psihijatri odabiru psihodinamski model za objašnjenje shizofrenije s vjerojatnošću većom od tri puta ($OR = 3.24$) u usporedbi s psiholozima. Odabir biologijskog ($OR = 1.77$), nihilističkog ($OR = 1.86$) i socijalno realističkog ($OR = 1.80$) modela shizofrenije vjerojatniji je kod psihijatara nego psihologa. Među teolozima, u usporedbi s psihijatrima, spiritualni model dominira, s više od šest puta većom vjerojatnošću ($OR = 6.313$, $\beta = 0.768$, $p < 0.001$) za spiritualno objašnjenje etiologije, klasifikacije, istraživanja i liječenja shizofrenije. Nasuprot tome, psihijatri u usporedbi s teolozima pokazuju više od tri puta veću vjerojatnost odabira biologijskog modela ($OR = -3.42$) i više od dvostruko veću vjerojatnost ($OR = -2.49$) odabira socijalno-konstruktivističkog modela.

Tablica 4. Rezultati multinomijalne logističke regresije sa psihijatrima kao referentnom skupinom – shizofrenija

Modeli po skupini	β (95% CI)	SE	p
Psiholozi			
Sjecište	3.652 (0.982, 6.323)	1.362	0.007
Biologijski	-0.112 (-0.236, 0.012)	0.063	0.077
Kognitivni	0.247 (0.092, 0.403)	0.079	0.002
Bihevioralni	-0.082 (-0.243, 0.079)	0.082	0.320
Socijalni konstruktivizam	0.217 (0.060, 0.374)	0.080	0.007
Socijalni realizam	-0.134 (-0.280, 0.012)	0.075	0.072
Psihodinamski	-0.203 (-0.325, -0.08)	0.062	0.001
Nihilistički	-0.165 (-0.339, 0.009)	0.089	0.063
Spiritualni	-0.107 (-0.269, 0.056)	0.083	0.198
Teolozi			
Sjecište	-0.373 (-4.278, 3.531)	1.992	0.851
Biologijski	-0.340 (-0.535, -0.145)	0.099	0.001
Kognitivni	-0.133 (-0.412, 0.145)	0.142	0.348
Bihevioralni	0.115 (-0.170, 0.400)	0.145	0.429
Socijalni konstruktivizam	-0.346 (-0.618, -0.073)	0.139	0.013
Socijalni realizam	-0.192 (-0.417, 0.032)	0.114	0.092
Psihodinamski	0.089 (-0.119, 0.297)	0.106	0.402
Nihilistički	0.177 (-0.089, 0.442)	0.135	0.192
Spiritualni	0.768 (0.529, 1.006)	0.122	<0.001

CI – interval pouzdanosti (eng. *confidence interval*), SE – standardna pogreška (eng. *standard error*), β – standardizirani koeficijent



Slika 2. Vizualni prikaz rezultata multinomijalne logističke regresije između psihologa i teologa sa psihijatrima kao referentnom skupinom u preferenciji modela mentalnog zdravlja za shizofreniju.

4.2.4.2. Veliki depresivni poremećaj

Psihijatri u određenju velikog depresivnog poremećaja najviše podržavaju biologijski model ($M = 14.71$, $SD = 2.27$), a najmanje nihilistički model ($M = 6.98$, $SD = 2.01$). Psiholozi za implicitne modele poimanja velikog depresivnog poremećaja u najvećoj mjeri podržavaju biologijski model ($M = 13.77$, $SD = 2.69$), a u najmanjoj mjeri spiritualni ($M = 7.08$, $SD = 2.90$) i nihilistički ($M = 6.53$, $SD = 2.24$). U određenju velikog depresivnog poremećaja teolozi najviše podržavaju psihodinamski model ($M = 13.18$, $SD = 2.33$), a najmanje nihilistički model ($M = 8.61$, $SD = 2.35$) (**Tablica 5**).

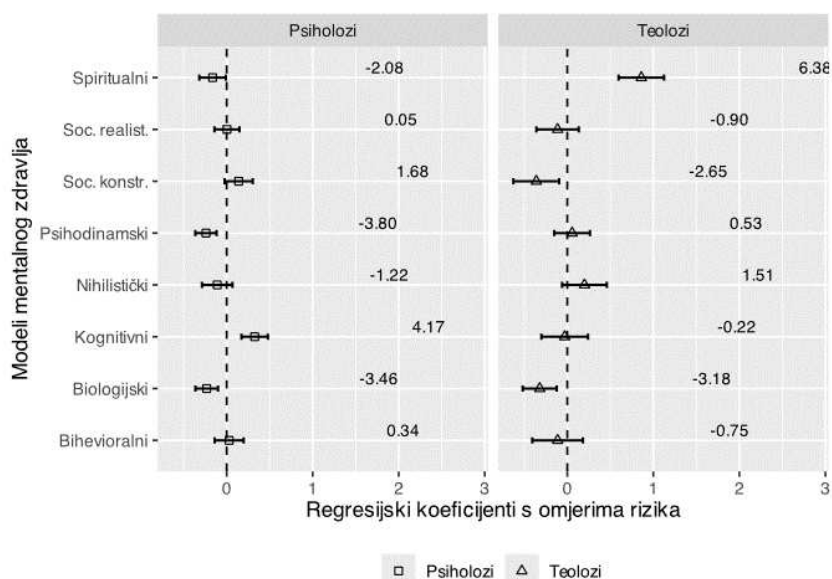
Slika 3 prikazuje vizualizaciju glavnih nalaza multinomijalne logističke regresije za depresiju. U usporedbi s psihijatrima kao referentnom grupom, kod velikog depresivnog poremećaja, psiholozi imaju tri puta manju vjerojatnost da će zastupati biologijski ($OR = -3.46$, $\beta = -0.232$, $p = 0.001$) i psihodinamski ($OR = -3.80$, $\beta = -0.240$, $p < 0.001$) model te dvostruko manju vjerojatnost da će zastupati spiritualni model ($OR = -2.06$, $\beta = -0.163$, $p = 0.038$). Vjerojatnost da će psiholozi podržati kognitivni model je više od četiri puta veća nego kod psihijatara ($OR = 4.17$, $\beta = 0.326$, $p < 0.001$).

Vjerojatnost da će teolozi podržati spiritualni model za veliki depresivni poremećaj je šest puta veća nego kod psihijatara ($OR = 6.3$, $\beta = 0.861$, $p < 0.001$). Teolozi su tri puta manje skloni odabiru biologijskog modela ($OR = -3.18$, $\beta = -0.320$, $p = 0.001$), dok je njihova podrška za socijalno-konstruktivistički model dvostruko vjerojatnija ($OR = -2.65$, $\beta = -0.360$, $p = 0.008$), u odnosu na psihijatre za veliki depresivni poremećaj.

Tablica 5. Rezultati multinomijalne logističke regresije sa psihijatrima kao referentnom skupinom – veliki depresivni poremećaj

Modeli po skupini	β (95% CI)	SE	p
Psiholozi			
Sjecište	2.584 (-0.097, 5.266)	1.368	0.059
Biologijski	-0.232 (-0.363, -0.100)	0.067	0.001
Kognitivni	0.326 (0.173, 0.479)	0.078	<0.001
Bihevioralni	0.029 (-0.139, 0.198)	0.086	0.732
Socijalni konstruktivizam	0.140 (-0.024, 0.303)	0.083	0.094
Socijalni realizam	0.004 (-0.142, 0.149)	0.074	0.962
Psihodinamski	-0.240 (-0.364, -0.116)	0.063	<0.001
Nihilistički	-0.110 (-0.287, 0.067)	0.090	0.224
Spiritualni	-0.163 (-0.318, -0.009)	0.079	0.038
Teolozi			
Sjecište	-1.048 (-5.117, 3.021)	2.076	0.614
Biologijski	-0.320 (-0.518, -0.123)	0.101	0.001
Kognitivni	-0.030 (-0.301, 0.241)	0.138	0.827
Bihevioralni	-0.112 (-0.407, 0.183)	0.150	0.455
Socijalni konstruktivizam	-0.360 (-0.626, -0.094)	0.136	0.008
Socijalni realizam	-0.113 (-0.359, 0.133)	0.126	0.369
Psihodinamski	0.056 (-0.151, 0.264)	0.106	0.595
Nihilistički	0.200 (-0.060, 0.459)	0.132	0.132
Spiritualni	0.861 (0.596, 1.125)	0.135	<0.001

CI – interval pouzdanosti (eng. *confidence interval*), SE – standardna pogreška (eng. *standard error*), β – standardizirani koeficijent



Slika 3. Vizualni prikaz rezultata multinomijalne logističke regresije između psihologa i teologa sa psihijatrima kao referentnom skupinom u preferenciji modela mentalnog zdravlja za veliki depresivni poremećaj.

4.2.4.3. Generalizirani anksiozni poremećaj

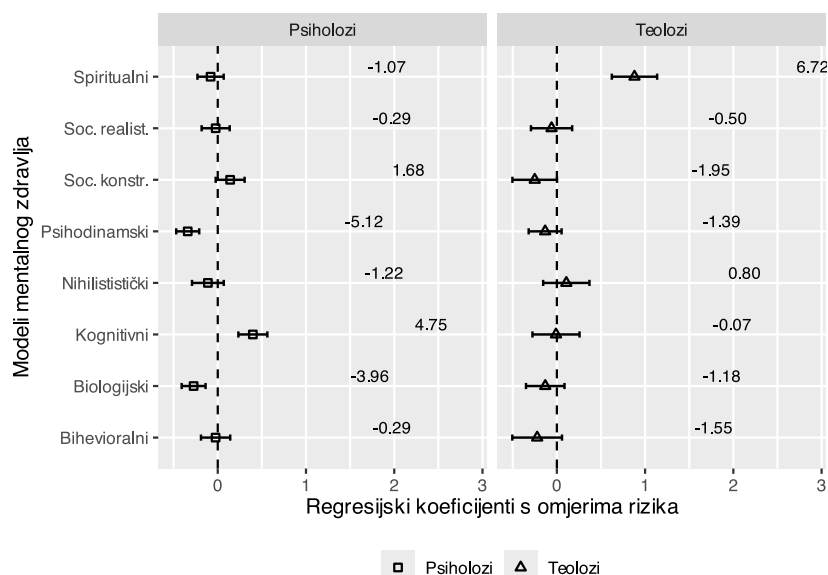
Prema deskriptivnim pokazateljima psihijatri u određenju generaliziranog anksioznog poremećaja najviše podržavaju biologijski model ($M = 13.99$, $SD = 2.55$), a najmanje nihilistički model ($M = 6.83$, $SD = 1.89$). Psiholozi za implicitne modele poimanja generaliziranog anksioznog poremećaja u najvećoj mjeri podržavaju kognitivni model ($M = 13.56$, $SD = 2.85$), a u najmanjoj mjeri nihilistički ($M = 6.68$, $SD = 2.4$). U određenju generaliziranog anksioznog poremećaja teolozi su najviše podržavali psihodinamski model ($M = 13.00$, $SD = 2.50$), a najmanje su podržavali nihilistički model ($M = 8.73$, $SD = 2.36$) (**Tablica 6**).

Slika 4 prikazuje rezultate multinomijalne regresijske analize implicitnih modela za generalizirani anksiozni poremećaj, koji pokazuju razlike između psihijatara kao referentne skupine u usporedbi s psiholozima i teolozima. Postoje tri koncepta vezana uz generalizirani anksiozni poremećaj oko kojih se psihijatri i psiholozi razlikuju. Psihijatri preferiraju psihodinamski i biologijski model, dok psiholozi favoriziraju kognitivni pristup. Psihijatri su gotovo četiri puta vjerojatnije odabrali biologijski ($OR = -3.96$, $\beta = -0.273$, $p < 0.001$) i pet puta vjerojatnije psihodinamski ($OR = -5.12$, $\beta = -0.340$, $p < 0.001$) model. Psiholozi su gotovo pet puta vjerojatnije od psihijatara podržali kognitivni koncept ($OR = 4.75$, $\beta = 0.398$, $p < 0.001$) generaliziranog anksioznog poremećaja. Teolozi značajno preferiraju spiritualni koncept generaliziranog anksioznog poremećaja i šest puta su vjerojatnije od psihijatara preferirali duhovni koncept ($OR = 6.72$, $\beta = 0.879$, $p < 0.001$). Nema značajne razlike u drugim konceptima (**Slika 4** i **Tablica 6**).

Tablica 6. Rezultati multinomijalne logističke regresije, sa psihijatrima kao referentnom skupinom – generalni anksiozni poremećaj

Modeli po skupinama	β (95% CI)	SE	p
Psiholozi			
Sjecište	3.635 (0.732, 6.538)	1.481	0.014
Biologijski	-0.273 (-0.409, -0.138)	0.069	<0.001
Kognitivni	0.398 (0.234, 0.562)	0.084	<0.001
Bihevioralni	-0.024 (-0.190, 0.141)	0.085	0.773
Socijalni konstruktivizam	0.141 (-0.023, 0.304)	0.084	0.093
Socijalni realizam	-0.024 (-0.183, 0.135)	0.081	0.771
Psihodinamski	-0.340 (-0.471, -0.210)	0.066	<0.001
Nihilistički	-0.112 (-0.292, 0.068)	0.092	0.224
Spiritualni	-0.081 (-0.230, 0.067)	0.076	0.283
Sjecište	-0.997 (-5.154, 3.160)	2.121	0.638
Teolozi			
Biologijski	-0.132 (-0.350, 0.087)	0.111	0.237
Kognitivni	-0.010 (-0.277, 0.257)	0.136	0.943
Bihevioralni	-0.223 (-0.505, 0.058)	0.144	0.120
Socijalni konstruktivizam	-0.251 (-0.503, 0.002)	0.129	0.052
Socijalni realizam	-0.060 (-0.294, 0.173)	0.119	0.614
Psihodinamski	-0.133 (-0.319, 0.054)	0.095	0.163
Nihilistički	0.107 (-0.155, 0.370)	0.134	0.423
Spiritualni	0.879 (0.623, 1.136)	0.131	<0.001

CI – interval pouzdanosti (eng. *confidence interval*), SE – standardna pogriješka (eng. *standard error*), β – standardizirani koeficijent



Slika 4. Vizualni prikaz rezultata multinomijalne logističke regresije između psihologa i teologa sa psihijatrima kao referentnom skupinom u preferenciji modela mentalnog zdravlja za generalni anksiozni poremećaj.

4.2.4.4. Antisocijalni poremećaj ličnosti

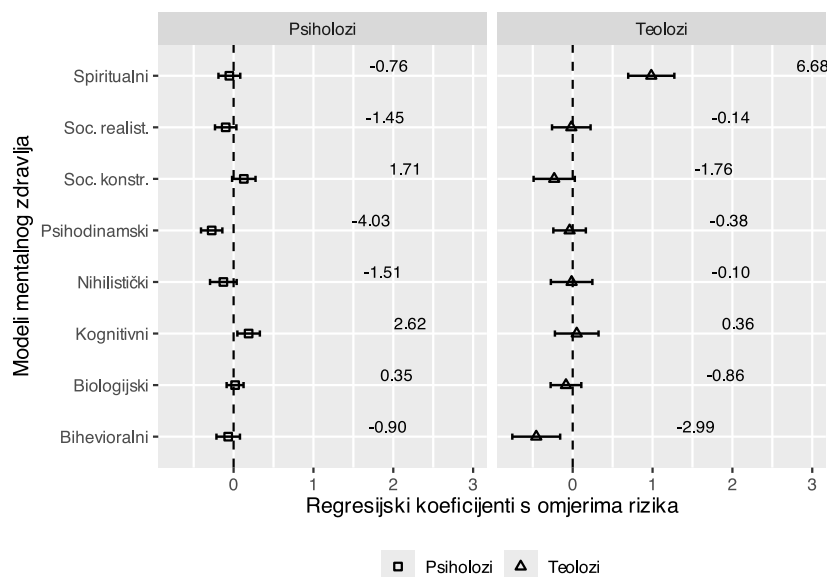
U određenju APO psihijatri najviše podržavaju psihodinamski model ($M = 13.27$, $SD = 2.66$), a najmanje nihilistički model ($M = 7.57$, $SD = 2.14$). Psiholozi za implicitne modele poimanja APO u najvećoj mjeri podržavaju biologijski model ($M = 12.95$, $SD = 2.54$), a u najmanjoj mjeri nihilistički ($M = 6.72$, $SD = 2.36$). Teolozi su u određenju APO najviše podržavali psihodinamski model ($M = 13.24$, $SD = 2.24$), a najmanje nihilistički model ($M = 8.65$, $SD = 2.37$) (**Tablica 7**).

Slika 5 prikazuje razlike u vjerojatnosti odabira implicitnih modela antisocijalnog poremećaja ličnosti. Psihijatri i psiholozi razlikuju se u preferencijama za koncept antisocijalnog poremećaja ličnosti. Psihijatri četiri puta vjerojatnije od psihologa podržavaju psihodinamski model ($OR = 4.03$, $\beta = -0.274$, $p < 0.001$). Psiholozi u usporedbi s psihijatrima više od dvostruko preferiraju kognitivni model ($OR = 2.62$, $\beta = 0.188$, $p = 0.009$). Teolozi, u usporedbi s psihijatrima, u većoj mjeri zagovaraju bihevioralni i spiritualni model. Teolozi su šest puta vjerojatnije odabrali spiritualni model. Vjerojatnost odabira bihevioralnog modela među teolozima je tri puta veća nego među psihijatrima ($OR = 2.99$, $\beta = 0.984$, $p < 0.001$) (**Slika 5** i **Tablica 7**).

Tablica 7. Rezultati multinomijalne logističke regresije, sa psihijatrima kao referentnom skupinom – antisocijalni poremećaj ličnosti

Modeli po skupinama	β (95% CI)	SE	P
Psiholozi			
Sjecište	3.102 (0.723, 5.481)	1.214	0.011
Biologijski	0.019 (-0.087, 0.125)	0.054	0.730
Kognitivni	0.188 (0.047, 0.329)	0.072	0.009
Bihevioralni	-0.068 (-0.215, 0.080)	0.075	0.368
Socijalni konstruktivizam	0.128 (-0.019, 0.275)	0.075	0.087
Socijalni realizam	-0.099 (-0.233, 0.035)	0.068	0.147
Psihodinamski	-0.274 (-0.408, -0.141)	0.068	<0.001
Nihilistički	-0.128 (-0.295, 0.038)	0.085	0.131
Spiritualni	-0.053 (-0.190, 0.083)	0.070	0.445
Teolozi			
Sjecište	-1.488 (-5.680, 2.704)	2.139	0.487
Biologijski	-0.084 (-0.277, 0.108)	0.098	0.389
Kognitivni	0.050 (-0.223, 0.323)	0.139	0.719
Bihevioralni	-0.457 (-0.756, -0.157)	0.153	0.003
Socijalni konstruktivizam	-0.232 (-0.490, 0.026)	0.132	0.078
Socijalni realizam	-0.018 (-0.259, 0.224)	0.123	0.887
Psihodinamski	-0.039 (-0.243, 0.164)	0.104	0.706
Nihilistički	-0.014 (-0.274, 0.246)	0.133	0.917
Spiritualni	0.984 (0.695, 1.273)	0.147	<0.001

CI – interval pouzdanosti (eng. *confidence interval*), SE – standardna pogriješka (eng. *standard error*), β – standardizirani koeficijent



Slika 5. Vizualni prikaz rezultata multinomijalne logističke regresije između psihologa i teologa sa psihijatrima kao referentnom skupinom u preferenciji modela mentalnog zdravlja za antisocijalni poremećaj ličnosti.

4.2.5. PLS-SEM

PLS-SEM modeliranjem kao egzogene latentne varijable u modelu promatrani su dualizam i monizam te njihov istovremeni utjecaj na biologijski i spiritualni model koji čine endogene latentne varijable modela. Svi indikatori modela su reflektivni.

Početni model je obuhvaćao sva anketna pitanja kao pokazatelje latentnih varijabli. Kako bi se došlo do zadovoljavajućeg mjernog modela, indikatori su postupno uklanjani iz modela prema vrijednostima njihovih vanjskih opterećenja. Ovaj pristup doveo je do konačnog PLS-SEM modela. Pokazatelji zadržani u konačnom modelu prikazani su u **Tablici 8**.

Tablica 8. Indikatori faktora za PLS-SEM model

Indikatori faktora – dualizam
DS1 – Um nije dio mozga, ali utječe na mozak
DS2 – Kad zamišljam događaje u mojim mislima, u stanju sam koja će zauvijek biti izvan objašnjenja znanosti
DS11 – Činjenica da mogu znati vlastite misli (koje mogu preispitivati) znači da moje misli nisu samo procesi u mozgu
DS14 – Razumijevanje uma zauvijek će biti izvan shvaćanja znanosti poput fizike, neuropsihologije i psihologije
DS16 – Um je nematerijalna supstanca koja uzajamno djeluje s mozgom u određivanju ponašanja
DS21 – Neki mentalni ili misaoni procesi nisu povezani s moždanim procesima
DS26 – Um i mozak dvije su zasebne stvari
Indikatori faktora – monizam
DS3 – Kad koristim riječ um, to je samo skraćeni izraz za složene procese koje radi moj mozak
DS10 – Kad ljudi govore o svojim umovima, oni govore o tome što misle da njihov mozak radi. Razgovor o „mentalnom” zapravo je samo skraćenica za moždane procese kojih nismo svjesni
DS25 – Mentalni ili misaoni procesi su rezultat aktivnosti živčanog sustava
Indikatori faktora – biologijski model (SCH, DEP, GAP, APO)
MAQ1 – Poremećaj je rezultat disfunkcije mozga (etiologija)
MAQ6 – Idealna klasifikacija poremećaja bila bi patofiziološkog tipa (klasifikacija)

MAQ9 – Ispravno proučavanje poremećaja uključuje otkrivanje bioloških obilježja posljedice bioloških intervencija (istraživanje)

MAQ17 – Liječenje poremećaja treba biti usmjereno na temeljne biološke abnormalnosti (liječenje)

Indikatori faktora – spiritualni model (SCH, DEP, GAP, APO)

MAQ8 – Zanemarivanje duhovnog i moralnog aspekta života dovodi do poremećaja (etiologija)

MAQ21 – Priklanjanje religioznim ili spiritualnim praksama najučinkovitiji je način liječenja poremećaja

MAQ25 – Konzultacija sa spiritualnom figurom može dati bolje razumijevanje poremećaja nego psihijatrija (istraživanje)

MAQ30 – Poremećaj se bolje razumije kroz religijske i duhovne uvide (klasifikacija)

APO – antisocijalni poremećaj ličnosti, DEP – veliki depresivni poremećaj, DS – dualizam skala, GAP – generalizirani anksiozni poremećaj, MAQ – Maudsleyev upitnik o stavovima (eng. *Maudsley Attitude Questionnaire*), SCH – shizofrenija

4.2.5.1. Procjena mjernog modela

Rezultati analize mjernog modela prikazani su u **Tablici 9**.

Vanjska opterećenja svih pokazatelja u mjernom modelu su statistički značajna i vrijednosti im se kreću od 0.6 do viših vrijednosti. Konvergentna validnost ispitana je putem prosječne izlučne varijance (eng. *average variance extracted (AVE)*), a njezine su vrijednosti obično bile u rasponu od 0.5 do viših vrijednosti. Iznimka se odnosi na indikatore biologijskog modela koji imaju malo manju vrijednost od 0.5. Vrijednosti Cronbach alfe kao mjere pouzdanosti konstrukta premašuju vrijednost od 0.60. Rezultati kompozitne pouzdanosti (Rho c) za sve promatrane latentne konstrukte iznad su praga od 0.7.

PLS-SEM analiza mjernog modela pokazuje da su odabrani pokazatelji koji su prikladni i koji vrlo dobro njihove odgovarajuće konstrukcije u modelu.

Tablica 9. Rezultati analize konvergentne validnosti i pouzdanosti mjernog modela

Varijabla	Indikatori faktora	Vanjsko opterećenje faktora	p	AVE	Cronbach alfa	Rho c
Dualizam				0.51	0.84	0.88
	DS1	0.722	***			
	DS2	0.741	***			
	DS11	0.787	***			
	DS14	0.72	***			
	DS16	0.671	***			
	DS21	0.685	***			
	DS26	0.647	***			
Monizam				0.61	0.69	0.82
	DS3	0.833	***			
	DS10	0.609	***			
	DS25	0.869	***			
Biologijski model	DEP	0.957	***	0.48	0.64	0.79
	SCH	0.912	***	0.49	0.66	0.79
	GAP	0.834	***	0.47	0.64	0.78
	APO	0.667	***	0.44	0.62	0.75
Spiritualni model	DEP	0.974	***	0.66	0.83	0.89
	SCH	0.951	***	0.69	0.85	0.90
	GAP	0.981	***	0.68	0.84	0.89
	APO	0.963	***	0.64	0.81	0.88

APO – antisocijalni poremećaj ličnosti, AVE – prosječna izlučna varijanca (eng. *average variance extracted*), DEP – veliki depresivni poremećaj, DS – dualizam skala, GAP – generalizirani anksiozni poremećaj, Rho c – kompozitna pouzdanost, SCH – shizofrenija

***Značajno na razini 0.001.

Diskriminantnu valjanost odredili smo putem omjera korelacija između indikatora koji mjere različite konstrukte i indikatora koji mjere isti konstrukt (eng. *heterotrait-monotrait ratio of correlations* (HTMT)). Vrijednosti ispod 0.90 sugeriraju na dostatnu diskriminantnu valjanost između dva konstrukta (126) (**Tablica 10**).

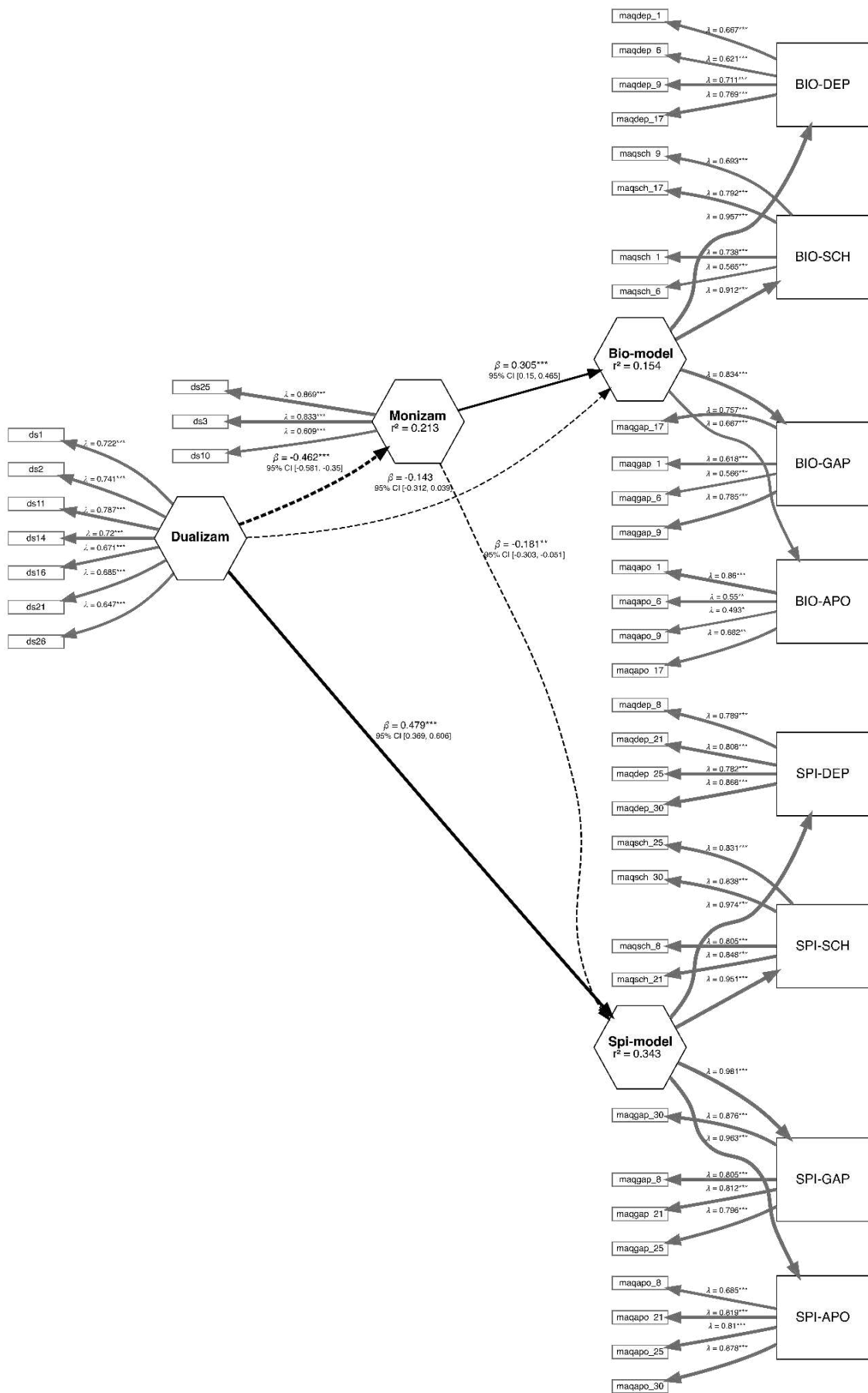
Tablica 10. Rezultat analize diskriminantne valjanosti PLS-SEM modela prema HTMT vrijednosti

	Dualizam	Monizam	Biologijski model	Spiritualni model
Dualizam		0.484	0.230	0.598
Monizam			0.245	0.210
Biologijski model				0.233
Spiritualni model				

4.2.5.2. Analiza strukturalnog modela

Strukturalni model pokazuje uzročno posljedične odnose između latentnih varijabli (čimbenika) u istraživačkom modelu: monizma, dualizma, spiritualnog i biologijskog modela za četiri poremećaja (shizofrenija, veliki depresivni poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, antisocijalni poremećaj ličnosti), odnosno procjenu prediktivnih mogućnosti modela i međusobni odnos varijabli. Njihovi pokazatelji sastoje se od anketnih pitanja, odnosno tvrdnji, čiji su odgovori na ljestvici od 1 do 5, odnosno od „Uopće se ne slažem“ do „U potpunosti se slažem“. Oni su ranije objašnjeni u **Tablici 8**. Model se sastoji od 4 konstrukta, od kojih su dva egzogena (monizam i dualizam) i dva endogena konstrukta (spiritualni i biologijski model).

Slika 6 prikazuje uzročne odnose procijenjenog PLS-SEM modela kroz dijagram puta. Šesterokuti (krugovi) predstavljaju latentne konstrukte, a pravokutnici predstavljaju indikatore. Vanjska opterećenja vidljiva su u strelicama koje se kreću od latentnih konstrukata prema indikatorima, koji su prikazani u **Tablici 11**. Strelice koje se kreću od jednog do drugog latentnog konstrukta označavaju strukturne koeficijente. Čimbenici monizma/dualizma predstavljaju egzogene konstrukte, a spiritualni i biologijski model endogene konstrukte. U unutarnjem dijagramu krugova koji predstavljaju dva spomenuta endogena konstrukta nalazi se vrijednost koeficijenta determinacije (R^2) kao jedne od mjera eksplanatorne moći modela.



Slika 6. Path dijagram sa strukturalnim koeficijentima PLS-SEM modela

PLS-SEM algoritam postigao je rješenje nakon tisuću iteracija i dobiveni su strukturni koeficijenti čija je statistička značajnost izračunata *bootstrapping* postupkom.

Svi pretpostavljeni odnosi su značajni na 95% intervalu pouzdanosti ($p < 0.001$) s *t*-vrijednošću u rasponu od 3.72 do 7.46, što ukazuje da su pretpostavljene hipoteze o odnosima između konstrukata podržane. Rezultati su prikazani u **Tablici 11**. PLS-SEM model pruža rješenje koje pokazuje pozitivan i statistički značajan utjecaj dualizma na spiritualni model odnosno monizma na biologijski model.

Tablica 11. Rezultati strukturalnog PLS-SEM modela

Hipoteza	Pretpostavljena veza	Standardna procjena	SD	<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI	Odluka
H1	Dualizam → spiritualni model	0.48	0.06	7.46	0.000	0.38, 0.59	Potvrđena značajna veza
H2	Monizam → biologijski model	0.31	0.08	3.72	0.000	0.18, 0.45	Potvrđena značajna veza

CI – interval pouzdanosti (eng. *confidence interval*), H1 – hipoteza 1, H2 – hipoteza 2, SD – standardno odstupanje (eng. *standard deviation*), β – standardizirani koeficijent,

Izračunom koeficijenta determinacije latentnih varijabli unutarnjeg modela utvrđuje se prediktivna snaga modela. Visok udio varijance u endogenom spiritualnom (34%) i biologijskom (16%) konstruktima objašnjen je kombinacijom utjecaja egzogenih na endogenu latentnu varijablu (**Tablica 12**). Uočili smo slične vrijednosti korigiranih koeficijenata determinacije (R^2_{adj}).

Tablica 12. Rezultati prediktivne snage PLS-SEM modela

Varijabla	R^2	R^2_{adj}
Biologijski model	0.15	0.15
Spiritualni model	0.34	0.34

R^2 – koeficijent determinacije, R^2_{adj} – prilagođeni koeficijent determinacije

5. RASPRAVA

U ovom istraživanju provedenom na nacionalnoj razini istraživani su stavovi stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja i teologije o lokaciji duše, *selfa* i uma, vjerovanja u dualizam odnosno monizam uma i tijela to jest mozga. Ispitali smo stavove o implicitnim modelima mentalnih poremećaja (biologijski, bihevioralni, kognitivni, psihodinamski, društveni konstruktivizam, socijalni realizam, spiritualni i nihilistički) to jest konceptualnim paradigama kod četiri psihička poremećaja (shizofrenija, depresija, generalizirani anksiozni poremećaj i antisocijalni poremećaj ličnosti), kao i utjecaj vjerovanja u monizam odnosno dualizam na podržavanje biologijskog i spiritualnog modela mentalnih poremećaja. Istraživanje provedeno na uzorku psihijatra, psihologa i teologa u Republici Hrvatskoj otkriva brojna nova saznanja. Rezultati pokazuju određene razlike između sudionika istraživanja u odnosu na stavove o lokaciji duše, *selfa* i uma, stavove o dualizmu, monizmu i implicitnim modelima mentalnih poremećaja.

Sudionicima je predstavljen lik čovjeka koji je sadržavao brojeve koji identificiraju osam različitih regija tijela. Od njih se tražilo da odaberu koja regija najbolje predstavlja lokaciju *selfa*, duše i uma. Ovo pitanje je važno jer ima određene implikacije za koncept mentalnog zdravlja. Usporedbama među skupinama, uočili smo značajne razlike kod psihijatarata i teologa za lokaciju duše. Psihijatri su najviše pozicionirali dušu u regiju glave, zatim prsišta. Teolozi su u manjem omjeru pozicionirali dušu u područje glave, a u većem omjeru u područje prsišta. Nismo uočili značajne razlike u lokaciji duše između psihijatarata i psihologa, iako je trend učestalosti odgovora ukazivao da psiholozi češće lociraju dušu u područje prsišta. Psihijatri i psiholozi su za razliku od teologa za lokaciju *selfa* češće odabrali regiju glave, a manje regiju prsišta. Za sve tri skupine sudionika, najviše odgovora na pitanje gdje je smješten um, bilo je područje glave.

Istraživanje je ukazalo na određene razlike među psihijatrima, psiholozima i teolozima u odnosu na pilot istraživanje gdje je najčešći odgovor na pitanje o mjestu duše bio da se ne može precizno odrediti unutar određenog dijela tijela (više od 30% psihologa i psihijatarata, nešto više od 50% teologa), dok je drugi najčešći odgovor za lokaciju duše bio prsište (30% ispitanika). Koncepti *selfa* i uma najčešće su se povezivali s glavom (više od 40% sudionika smješta *self* u glavu, dok oko 70% ispitanika locira um unutar glave) (115).

Rezultati našeg istraživanja prilično se razlikuju od studije Anglin (52) provedene na studentima psihologije iz SAD-a gdje je najčešći odgovor za poziciju duše i *selfa* prsište, dok se um također smješta u glavu. Limanowski i Hecht (55) ukazuju da se percepcija duše može

mijenjati na temelju konteksta i osobnog iskustva, što je vidljivo u razlikama između teologa i drugih grupa. Teolozi mogu više povezivati dušu s prsištem zbog simboličkih i duhovnih razloga, dok psihijatri i psiholozi mogu imati različite uvide o tome kako se duša ili duhovnost manifestira u fizičkom tijelu.

U povijesti zapadne teološke, filozofske i znanstvene/medicinske misli postoje dva dominantna i, u mnogim aspektima, nekompatibilna koncepta duše: jedan koji shvaća dušu kao duhovnu i besmrtnu, i drugi koji shvaća dušu kao materijalno i smrtno. U oba slučaja, duša je opisana kao smještena u određenom organu ili anatomskoj strukturi ili kao pan-tjelesna, koja prožima cijelo tijelo, a u nekim slučajevima, trans-ljudska, pa čak i pan-kozmoška (128).

Studija Alsmith i Longo (53) naglašava da percepcija *selfa* može biti distribuirana između glave i torza, što ukazuje na fleksibilnost u načinu na koji ljudi doživljavaju svoj identitet u odnosu na tijelo. Prema Anglin (52), poimanje *selfa* u velikoj mjeri odražava profesionalni i kulturni okvir unutar kojeg se koncepcija razvija. Psihijatri i psiholozi, koji se bave različitim aspektima ljudskog mentalnog funkcioniranja, skloniji su za lokaciju *selfa* odabrati glavu, koja se često percipira kao središte kognitivnih i mentalnih procesa. Teolozima pozicioniranje *selfa* u prsište može biti simbolički značajno, možda kao refleksija religijskih ili duhovnih uvjerenja o prirodi ljudskog postojanja. Anglin (52) sugerira da koncept uma, koji se često povezuje s razmišljanjem, svijesti i kognitivnim funkcijama, ima univerzalniju percepciju među različitim profesijama. Sličan stav dijele i Limanowski i Hecht (55), koji naglašavaju da je osjećaj uma vrlo stabilan i često se povezuje s glavom zbog uloge koju glava igra u mentalnim procesima, pa percepcija lokacije uma u glavi može ukazivati na zajedničke temelje u razumijevanju kognitivnih funkcija. Svi se ispitanici, bez obzira na profesionalni ili filozofski kontekst, slažu da um „sjedi” u glavi, što može ukazivati na opće prihvaćeni uvid u funkciju uma kao kognitivnog centra.

Rijetka su empirijska istraživanja o vjerovanju u dualizam odnosno monizam općenito. U disciplinama poput psihijatrije, psihofiziologije ili psihosomatike prevladava stav kako je problem uma i tijela nerješivo filozofsko pitanje bez praktičnih posljedica (129). Do sada nisu provedena nikakva nama poznata istraživanja o stvarnim preferencijama psihijataru, psihologa ili teologa o dihotomiji uma i tijela.

U našem istraživanju teolozi su imali znatno veći prosječni rezultat na skali dualizma u odnosu na psihijatre i psihologe, što sugerira da su teolozi skloniji vjerovanju u odvojenost uma i tijela. Psihijatri su pokazali nešto veću sklonost dualizmu u usporedbi s psiholozima. Psiholozi su

imali najviši prosječni rezultat na skali monizma, što ukazuje da su skloniji vjerovanju u jedinstvo duha i tijela u odnosu na psihijatre i teologe. Psihijatri su također preferirali monizam, ali u manjem omjeru od psihologa. Teolozi su u odnosu na psihijatre značajno više skloni dualizmu, i značajno manje skloni monizmu.

Dva odvojena ali povezana istraživanja o stavovima prema odnosu uma i mozga provedena su na sveučilištima u Škotskoj (studenti) i Belgiji (zdravstveni radnici, laici). Istraživanje iz Edinburga koje je provedeno među 250 studenata različitih akademskih disciplina (antropologija, astrofizika, građevina, informatika, teologija, medicina, strojarstvo i fizika) otkrilo je prevladavanje dualističkih stavova. Mlađi sudionici, žene i oni s vjerskim uvjerenjima među 1858 sudionika istraživanja u Liègeu, imalo je veću vjerojatnost slaganja s dualističkim uvjerenjem. Većina zdravstvenih radnika podržavala je monizam, iako je više od jedne trećine medicinskih i paramedicinskih stručnjaka podržavalo dualizam (6). Slično istraživanje provedeno na 136 stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja na Sveučilišta McGill pokazalo je kao podržavaju dualizam kad razmišljaju o kliničkim slučajevima (35).

Istraživanje Moreira-Almeide i Araujoa među više od šest stotina psihijatara pokazalo je kako je više od polovice sudionika u početku podržavalo monizam, ali je također otkrilo da je značajan broj promijenio svoja stajališta nakon postizanja veće konceptualne jasnoće kroz prisustvovanje u filozofskoj debati o problemu uma i tijela (5).

Anketa provedena kod 160 američkih studenata otkriva kako se 49% sudionika istraživanja složilo s dualističkim gledištem (46), dok istovremeno većina neuroznanstveno-orijentiranih istraživača podržava monizam (130).

Podržavanje dualizma nije ograničeno samo na zapadnu civilizaciju (131); studija provedena u SAD, Gani, Tajlandu, Kini i Vanuatu pokazala je kako dualizam u tim kulturama postoji od djetinjstva (132).

U filozofiji psihijatrije Rachel Cooper (133) brani dualizam tvrdeći da neuroznanstvena istraživanja koja podupiru biologijsku psihijatriju govore o korelacijama između mentalnih stanja i procesa u mozgu što je nedovoljno za odbacivanje dualizma jer se i dalje može smatrati da je mentalno odvojeno od tjelesnog dok se prihvaća da postoje pouzdane korelacije između to dvoje.

Dualizam koji podupiru mnogi ugledni filozofi kao respektabilni prikaz mentalnog (134, 135) je neteistički i kompatibilan s naturalističkim pogledom na svijet, pa se ne može tvrditi da se podržava samo iz „osobnih ili vjerskih” razloga (136).

Raznolikost profesionalnih skupina koje sudjeluju u pružanju usluga mentalnog zdravlja donosi i izazove i prilike za uspješnu suradnju. Zbog odvojene početne edukacije među izazovima su nedovoljno razumijevanje koncepata, vrijednosti i aktivnosti drugih disciplina (137).

Temeljem deskriptivnih vrijednosti analiziranih implicitnih modela mentalnih poremećaja uočava se za sva četiri ispitivana poremećaja kod psihijatara trend podržavanja biologijskog i psihodinamskog modela, dok su kod psihologa najviše bili podržani biologijski i kognitivno bihevioralni modeli. Svojim odgovorima teolozi pokazuju tendenciju podržavanja većine predloženih modela pri čemu najviše važnosti daju psihodinamskom i socijalno realističkom modelu za sve poremećaje, osim shizofrenije gdje najviše podržavaju biologijski model. Također temeljem prosječnih vrijednosti u odnosu na dvije ostale skupine najviše podržavaju spiritualni model u određenju sva četiri poremećaja.

Deskriptivna statistika stavova prema modelu i poremećaju pokazuje sličnosti i razlike u usporedbi s prethodnim istraživanjima. Istraživanje Harlanda i suradnika (100) u skladu je s nalazom da psihijatri pokazuju najviše prosječne vrijednosti za biologijski model kod shizofrenije i depresije. U njihovom istraživanju psihijatri su manje podržavali ideju biologijskog modela kod generaliziranog anksioznog poremećaja i antisocijalnog poremećaja osobnosti. Rezultati ukazuju na to da se psihodinamskim i bihevioralnim modelima pridaje veća važnost u vezi s generalizirani anksiozni poremećaj i antisocijalni poremećaj ličnosti.

Deskriptivni statistički rezultati psihologa suprotstavljaju se onima prijavljenim u istraživanju Read i suradnika (10) u Velikoj Britaniji. Psiholozi pokazuju najviše prosječne ocjene kod shizofrenije i depresije u biologijskim, kognitivnim i bihevioralnim modelima, dok istraživanje Read i suradnika (10) na britanskim psiholozima pripravnicima otkriva najviše prosječne ocjene u društvenim modelima socijalnom realizmu i socijalnom konstruktivizmu. Navedene usporedbe otkrivaju suprotstavljene koncepte u mentalnom zdravlju između Hrvatske i Velike Britanije. Obrazovanje bi uz kulturološke varijacije moglo biti čimbenik koji pridonosi razlici. U odnosu na Hrvatsku Velika Britanija prednjači kulturnom raznolikošću i društvenom stratifikacijom.

Zbog ograničenja u interpretaciji i usporedbi, kao i asimetrije distribucija, korištena je multinomijalna regresijska analiza kako bi se omogućile usporedbe profila modela mentalnih poremećaja. Ove statističke analize poboljšavaju interpretaciju naših rezultata. Psihijatri i psiholozi imaju različite preferencije kada su u pitanju njihova uvjerenja o mentalnim poremećajima. U razumijevanju shizofrenije, psihijatri će u odnosu na psihologe vjerojatnije

podržavati psihodinamski koncept, dok su psiholozi skloniji kognitivnom i socijalno-konstruktivističkom konceptu. U slučaju depresije, psihijatri će u odnosu na psihologe vjerojatnije podržavati biologijski, psihodinamski i spiritualni model, dok psiholozi teže kognitivnom modelu. Zanimljivo je da su psiholozi najmanje skloni spiritualnom modelu među psihijatrima i teozima, bez obzira na mentalni poremećaj. U odnosu na psihologe biologijski i psihodinamski model psihijatri preferiraju i za generalizirani anksiozni poremećaj, dok su psiholozi ponovo skloniji kognitivnom modelu. Kada je riječ o antisocijalnom poremećaju ličnosti, psihijatri se u odnosu na psihologe oslanjaju na psihodinamski model poremećaja, dok psiholozi favoriziraju kognitivni model.

Očekivalo se da će psihijatri, psiholozi i teolozi pokazati razlike u svojoj preferenciji za biologijski model. Psihijatri i psiholozi su nerazlučivi u biologijskom konceptu, primjerice kada se razmatra shizofrenija, a razlikuju se u preferenciji za psihodinamski model, pri čemu ga psihijatri dosljedno favoriziraju. Razlika postaje očita kada ih usporedimo s teozima. Kao što je već spomenuto, psiholozi također snažno podržavaju biologijski koncept s visokim rezultatima.

Bazične edukacije određuju vjerovanja o implicitnim modelima poremećaja iako to nije pravilo. Izgleda da i vrsta poremećaja određuje vjerovanja o modelima. Psihijatri kod sva četiri poremećaja više od ostale dvije skupine vjeruju u biologijski model, ali kod „težih” poremećaja (shizofrenija) i psiholozi i teolozi podjednako vjeruju u biologijski model. Najčešće razlike između psihijatara i psihologa su uočljive u određenju biologija-okolina kod depresije i generaliziranog anksioznog poremećaja, dok teolozi dosljedno svim poremećajima više pripisuju spiritualni model. Ovo istraživanje pokazuje da naši teolozi nisu limitirani samo na spiritualni model već shvaćaju duševne bolesti iz šire perspektive i prihvaćaju suvremeni biopsihosocijalni pristup. Mnoge uzročne atribucije koje podržavaju teolozi slične su objašnjenjima mentalnih bolesti koja daju laici (138–140). Psiholozi dosljedno kod svih poremećaja umanjuju značaj spiritualnih čimbenika.

PLS-SEM analiza mjernog modela pružila je informacije koliko dobro indikatori mjere latentne varijable. Interpretacija ovih rezultata uključuje nekoliko ključnih komponenti: vanjska opterećenja faktora, p-vrijednosti, AVE, Cronbach alfa, Rho c i HTMT.

Vanjska opterećenja za indikatore DS1, DS2, DS11, DS14, DS16, DS21, i DS26 bila su značajna ($p < 0.001$), s vrijednostima od 0.647 do 0.787 što sugerira da ovi indikatori relativno dobro mjere latentnu varijablu „dualizam“. Vanjska opterećenja za indikatore DS3, DS10, i

DS25 također su značajna ($p < 0.001$), s rasponom od 0.609 do 0.869. Indikatori DS3 i DS25 pokazuju posebno jaka opterećenja, što ukazuje na njihovu snažnu povezanost s latentnom varijablom monizma. Sve p-vrijednosti su ispod 0.001 (***), što znači da su vanjska opterećenja statistički značajna. Ovo implicira da su indikatori pouzdani mjerači svojih latentnih varijabli.

Nadalje, AVE za dualizam iznosi 0.51, što je blago iznad minimalnog praga od 0.50. To znači da je više od polovine varijance indikatora objašnjeno latentnom varijablom. AVE za monizam iznosi 0.61, što je iznad praga i ukazuje na bolju konvergentnu valjanost u odnosu na dualizam. Cronbach alfa za dualizam iznosi 0.84, što ukazuje na visoku internu konzistentnost, dok je vrijednost Cronbach alfa za monizam 0.69, što sugerira umjerenu internu konzistentnost. Ova vrijednost je blizu donje granice prihvatljivosti (0.70). Kompozitna pouzdanost (Rho c) za dualizam iznosi 0.88, što ukazuje na visoku pouzdanost latentne varijable, dok za monizam iznosi 0.82, što također sugerira dobru pouzdanost.

Indikatori varijabli biologijski i spiritualni model za veliki depresivni poremećaj, shizofreniju, generalizirani anksiozni poremećaj i antisocijalni poremećaj ličnosti imaju visoka opterećenja (0.667–0.981), što ukazuje na jaku povezanost s njihovim latentnim varijablama. AVE je za ove varijable kreće se od 0.44 do 0.69, što varira od ispod praga (0.50) do iznad njega, ukazujući na varirajuću konvergentnu valjanost. Cronbach alfa i Rho c su također u visokom rasponu (0.62–0.85 i 0.75–0.90), što ukazuje na dobru internu konzistentnost i pouzdanost. Ukoliko je AVE vrijednost manja, ali blizu 0.5, a kompozitna pouzdanost (CR ili Rho c) veća od prihvatljive razine od 0.6 konstrukt je prihvatljiv (124, 125). Također, diskriminantna valjanost HTMT bila je zadovoljavajuća (< 0.90).

PLS-SEM analiza mjernog modela pokazuje da su odabrani pokazatelji koji su prikladni i koji vrlo dobro objašnjavaju njihove odgovarajuće konstrukcije u modelu. Potom su procijenjeni rezultati strukturalnog modela što je uključivalo evaluaciju odnosa između varijabli modela i provjeru prediktivne sposobnosti. Rezultati *bootstrapping* analize pružaju uvjerljive dokaze za testirane modele pokazujući jasne i statistički značajne veze između latentnih varijabli.

Prva hipoteza u modelu odnosi se na utjecaj dualizma na podržavanje spiritualnog modela u odnosu na etiologiju, klasifikaciju, istraživanje i liječenje mentalnih poremećaja. Hipoteza je potvrđena, to jest pokazuje da postoji značajna pozitivna korelacija između dualizma i spiritualnog modela. Budući da se pokazatelji koji predstavljaju varijablu dualizma odnose na uvjerenja u odvojenost duha i tijela, ovaj rezultat ukazuje da osobe koje više vjeruju u

razdvojenost uma i mozga također više vjeruju u spiritualne modele ili teorije. Dualizam u psihijatriji potiče razdvajanje na skupine, od kojih se jedna usredotočuje na analizu dinamike psihe i drugu koja istražuje reduktivne organske korelate psihopatologije (141). Dualistički pogled može dovesti do vjerovanja da mentalne bolesti nisu samo rezultat bioloških ili psiholoških faktora već i duhovnih ili nematerijalnih faktora. To može uključivati uvjerenja da su mentalne bolesti posljedica duhovnih neravnoteža, utjecaja negativnih energija, posljedica duhovne krize, moralnog pada, zlih duhova ili drugih spiritualnih entiteta što može utjecati na pristup liječenju. Umjesto (ili uz) tradicionalne medicinske intervencije, osoba može tražiti pomoć kroz duhovne prakse, poput molitve, meditacije, duhovnog savjetovanja ili egzorcizma, ovisno o kulturi i uvjerenjima (142). Suočeni s bolesti, mnogi ljudi traže pomoć prije svega u vjeri, vjerskim običajima i kontaktu sa svećenicima. S jedne strane, ovo može pružiti dodatnu podršku i nadu onima koji se bore s mentalnim poremećajima, no s druge može odgoditi ili zamijeniti potrebnu medicinsku pomoć, što može imati ozbiljne posljedice. Istraživanja pokazuju da je uloga vjere i duhovnosti često minimalizirana ili čak patologizirana od strane stručnjaka (143).

Druga hipoteza u modelu odnosi se na utjecaj monizma na podržavanje biologijskog modela mentalnih poremećaja. Podržavanje monističkog gledišta statistički značajno povećava sklonost prema biologijskom modelu u odnosu na etiologiju, klasifikaciju, istraživanje i liječenje mentalnih poremećaja. Hipoteza je također potvrđena, što ukazuje na značajnu pozitivnu vezu između monizma i biologijskog pristupa. Drugim riječima, vjerovanje u jedinstvo uma i mozga pojačava uvjerenje da se mentalni poremećaji mogu objasniti disfunkcionalnim neuralnim sustavima na različitim razinama (144). Monisti su skloniji istraživanju bioloških uzroka psihičkih poremećaja, što dobiva sve veću podršku zahvaljujući inovacijama u funkcionalnom *neuroimagingu* te napretku u razumijevanju psihijatrijske genetike, neurofiziologije i kognitivne psihologije (145). Ovakav pristup vodi razvoju psihofarmakologije koji ciljaju specifične neurobiološke mehanizme. Tretiraju se simptomi, a ne uzroci problema, što može dovesti do nedovoljnog istraživanja i razvoja alternativnih terapija. Ako se uzroci traže isključivo u genetici ili neurobiologiji (146) može se zanemariti važnost društvenih i ekoloških intervencija koje mogu prevenirati razvoj mentalnih poremećaja (147).

Kritičari monizma u psihijatriji zagovaraju holistički pristup koji uzima u obzir kako biološke, tako i psihološke, socijalne, i kulturne faktore u dijagnostici i tretmanu mentalnih poremećaja (38).

U psihijatrijskoj literaturi često se tvrdi da neuroznanstvena istraživanja biološke osnove mentalnih poremećaja potkopavaju dualizam u filozofiji uma, koja predlaže da je mentalno ontološki različito od tjelesnog. U dijelovima literature o biologijskoj psihijatriji obično se tvrdi da se nema potrebe pozivati na nematerijalni um da bi se objasnili mentalni poremećaji, jer se oni mogu objasniti biološkim procesima u mozgu (148). Zauzimanje različitih stajališta prema odnosu uma i mozga ima implikacije na znanstvenu praksu i klinički rad (6).

Sveukupno, rezultati pokazuju da je dualizam značajno povezan sa spiritualnim modelom, dok monizam pokazuje značajnu pozitivnu vezu s biologijskim modelom. Sve analize ukazuju na pouzdane i statistički značajne rezultate, što potvrđuje snagu i važnost testiranih hipoteza.

Rezultati PLS-SEM analize koji prikazuju koeficijente determinacije (R^2 i R^2_{adj}) endogenih konstrukata (biologijski i spiritualni model) pružaju uvid u to koliko varijacije u ovim latentnim varijablama mogu objasniti njihovi prediktori dualizam i monizam.

Biologijski model objašnjava se s 15% varijance, što ukazuje na relativno slabu prediktivnu moć modela. Ovo sugerira da postoje značajni dodatni faktori koji utječu na biologijski model, a koji nisu uključeni u trenutni model.

Spiritualni model objašnjava se s 34% varijance, što je umjerena vrijednost i pokazuje da model ima bolju prediktivnu snagu za ovaj konstrukt u usporedbi s biologijskim modelom.

U literaturi, R^2 vrijednosti mogu varirati ovisno o području istraživanja. Stoga su za društvene i bihevioralne znanosti predložene su donje granične vrijednosti koeficijenta determinacije (0.02, 0.13, 0.26) kako bi se dokazalo da model ima visoku eksplanatornu moć (123, 149).

Glavno ograničenje ovog istraživanja leži u korištenju online ankete kao osnovnog metodološkog okvira. Ova metoda onemogućava kontrolu nad načinom na koji ispitanici ispunjavaju upitnik, jer sama forma ankete ne dopušta dulje trajanje zbog mogućeg gubitka interesa i motivacije ispitanika za odgovaranje na pitanja. Anketa također ne omogućava dubinsku analizu problematike niti prikupljanje dodatnih reakcija od sudionika. Predstavljeni rezultati prikazuju trenutno stanje među specifičnim profesionalnim grupama 312 sudionika (122 psihijatra, 116 psihologa i 74 teologa) koji su dobrovoljno sudjelovali u istraživanju, ali njihovi stavovi i uvjerenja ne mogu se generalizirati na opću populaciju u Hrvatskoj. Rezultati nekoliko kvantitativnih studija ukazali su da se katolički svećenici koriste internetom za komunikaciju putem e-maila (150). Razlog manjeg odaziva teologa moguće je to, što hrvatski svećenici nisu dobro upoznati s informacijskom i komunikacijskom tehnologijom iako većina ponekad koristi internet kako bi pronašla informacije za pastoralni rad (151), dok trećina

župnika u jednoj biskupiji nije uopće koristila internet u svom pastoralnom djelovanju (152). Nisu postavljena dobna ograničenja za sudionike, što je rezultiralo razlikama u dobi i radnom iskustvu između tri skupine. Većina psihijatara (63,94%) bila je u dobi između 36 i 55 godina, dok su psiholozi (71.55%) i teolozi (54.05%) većinom bili u mlađoj dobnoj skupini od 26 do 45 godina. Teolozi su u najvećem postotku (31.1%) pripadali najstarijoj dobnoj skupini od 56 do 65 godina. Psiholozi su uglavnom imali manje od 15 godina radnog iskustva (69.0%), što ih čini najmanje iskusnom skupinom u usporedbi s psihijatrima i teolozima. Da bi se postigla vjerodostojnija interpretacija i pouzdaniji rezultati istraživanja, potrebno je ujednačiti dobne skupine sudionika.

Od sudionika nije zatraženo da eksplicitno definiraju pojmove uma, *selfa* i duše. Iako bi takvo pitanje moglo donijeti korisne informacije, očekivalo se da bi sudionici mogli imati poteškoća u formuliranju definicija, a odgovore na takva otvorena pitanja bilo bi teško analizirati. Korišteni su upitnici MAQ i DS, koji predstavljaju samo jednu od mnogih mogućih metoda, pa ostaje neizvjesno kako bi rezultati izgledali uz upotrebu drugačijih alata i pristupa. Premda su rezultati PLS-SEM mjernog modela zadovoljavajući, postoje određena područja za poboljšanje, osobito u smislu konvergentne valjanosti nekih latentnih varijabli. Biologijski model ukazuje na potrebu za više istraživanje kako bi se identificirali drugi važni čimbenici koji, uz monizam, mogu bolje objasniti preferencije sudionika.

U budućnosti bi istraživanje trebalo obuhvatiti veći broj psihijatara, psihologa i teologa iz različitih zemalja i kultura. Potrebno je primijeniti potpuniju metodologiju istraživanja, uključujući kvalitativne metode kao što su dubinski intervjui ili rasprave u fokusnim skupinama. Uključivanje šire javnosti u ovo istraživanje bilo bi korisno zbog rastuće prevalencije mentalnih poremećaja kao javnozdravstvenog problema u 21. stoljeću. Nedostatak konsenzusa u vezi s definicijom, uzrocima, klasifikacijom i liječenjem mentalnih poremećaja naglašava potrebu za davanjem prioriteta teorijskom radu uz empirijska istraživanja.

6. ZAKLJUČAK

U sklopu ove disertacije provedeno je istraživanje s ciljem ispitivanja stavova stručnjaka za mentalno zdravlje i teologa o njihovim razmišljanjima o lokaciji duše, uma i *selfa*, kao i njihovim stavovima o implicitnim modelima mentalnih poremećaja, dihotomiji uma i tijela te njihovom međusobnom utjecaju. Na temelju prikupljenih podataka možemo zaključiti da su glavne hipoteze ovog istraživanja uvelike potvrđene.

Koncepti duše, *selfa* i uma značajno variraju među različitim profesionalnim skupinama, što odražava njihove specifične profesionalne i filozofske perspektive. Iako postoje značajne razlike u pozicioniranju duše i *selfa* među psihijatrima, psiholozima i teolozima, sve tri skupine se slažu u vezi s pozicioniranjem uma, što ukazuje na univerzalnije razumijevanje kognitivne funkcije uma. Psihijatri i psiholozi dušu više pozicioniraju u područje glave za razliku od teologa koji je pozicioniraju u prsište. Različite percepcije duše i *selfa* odražavaju različite pristupe i uvjerenja koji su specifični za svaku profesionalnu grupu što može imati implikacije za međusobnu suradnju i razumijevanje.

Stavovi psihijatara o *body-mind* dualizmu, koji se odnosi na ideju da su tijelo i um odvojeni entiteti, variraju, ali se generalno može reći da većina psihijatara preferira monistički pristup. Monizam u ovom kontekstu sugerira da su um i tijelo nerazdvojivo povezani, te da mentalni procesi imaju biološke osnove. Psiholozi su skloniji monizmu nego psihijatri, ali nema jasne razlike u sklonosti prema dualizmu između psihologa i psihijatara. Iako postoje različiti teoretski pristupi unutar psihologije, dualizam je u suvremenoj psihologiji rijetko primarni stav. Teolozi su značajno više skloni dualizmu, a značajno manje skloni monizmu u odnosu na psihijatre. Stavovi katoličkih svećenika o *body-mind* dualizmu duboko su ukorijenjeni u katoličkoj teologiji, koja kombinira elemente dualizma i holističkog pogleda na ljudsku prirodu. U katoličkom učenju, tijelo i duša se smatraju odvojenim, ali nerazdvojivo povezanim aspektima ljudske osobe. U mnogim religijskim tradicijama, dualizam je duboko ukorijenjen, posebno u pogledu na život poslije smrti i odnos između materijalnog i duhovnog svijeta.

Bazične edukacije određuju vjerovanja o implicitnim modelima poremećaja iako to nije pravilo. Izgleda da i vrsta poremećaja određuje vjerovanja o modelima. Psihijatri kod sva četiri poremećaja više od ostale dvije skupine vjeruju u biologijski i psihodinamski model, a psiholozi u kognitivni model. Kod „težih” poremećaja (shizofrenija, depresija i antisocijalni poremećaj ličnosti) i psiholozi podjednako vjeruju u biologijski model. Najčešće razlike između psihijatara i psihologa su uočljive u određenju biologija-okolina kod depresije i generaliziranog anksioznog poremećaja, dok teolozi dosljedno kod svih poremećaja preferiraju spiritualni model. Psiholozi kod svih poremećaja umanjuju značaj spiritualnih čimbenika.

Viši stupanj vjerovanja u dualizam značajno povećava sklonost ka spiritualnom modelu mentalnih poremećaja, dok viši stupanj monizma značajno povećava sklonost ka biologijskom modelu mentalnih poremećaja. Rezultati su pouzdani, s niskim standardnim devijacijama, visokim t-vrijednostima, i vrlo niskim p-vrijednostima, što sve zajedno upućuje na to da su veze između ovih varijabli čvrste i statistički značajne. Spiritualni model objašnjava se s 34%

varijance, što je umjerena vrijednost i pokazuje da model ima dobru prediktivnu snagu za ovaj konstrukt. Biologijski model objašnjava se s 15% varijance, što ukazuje na slabiju prediktivnu moć konstrukta u odnosu na spiritualni model stoga je potrebno daljnje istraživanje kako bi se identificirali drugi važni čimbenici koji bi mogli bolje objasniti njegovu varijancu.

Rezultati istraživanja o modelima mentalnih poremećaja, dualizmu, monizmu, te lokaciji duše, uma i mozga otvaraju značajna pitanja i pružaju uvid u različite perspektive koje oblikuju naše razumijevanje mentalnog zdravlja i svijesti. Ovi nalazi imaju važne implikacije za teorijska istraživanja, kliničke prakse i interdisciplinarni dijalog, te mogu voditi ka novim pristupima i metodama u proučavanju mentalnih fenomena, što bi moglo pridonijeti razvoju sveobuhvatnijeg pristupa i skrbi za osobe s psihičkim poteškoćama.

7. LITERATURA

1. Jakovljević M. Nema zdravlja bez duševnog zdravlja: što je to duševno zdravlje? Postoji li posve normalno ludilo, suluda normalnosti, posve normalna glupost i glupa normalnost? *Zdravstveni glasnik*. 2016;3:65–71.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. 2024 [citirano 9. rujna 2024. godine]. Dostupno: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>.
3. Stevanović R, Capak K, Benjak T. *Croatian Health Statistics Yearbook 2019*. Zagreb, Hrvatska: Croatian Institute of Public Health; 2020 [citirano 9. rujna 2024. godine]. Dostupno: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/02/Ljetopis_Yerabook_2019.pdf.
4. Fountoulakis KN. *Psychiatry: From Its Historical and Philosophical Roots to the Modern Face*. Cham, Švicarska: Springer International Publishing; 2022.
5. Moreira-Almeida A, Araujo SF, Cloninger CR. The presentation of the mind-brain problem in leading psychiatry journals. *Braz J Psychiatry*. 2018;40:335–42.
6. Demertzi A, Liew C, Ledoux D, i sur. Dualism persists in the science of mind. *Ann N Y Acad Sci*. 2009;1157:1–9.
7. Richter D, Dixon J. Models of mental health problems: a quasi-systematic review of theoretical approaches. *J Ment Health*. 2023;32:396–406.
8. Poczwardowski A, Sherman C, Ravizza K. Professional Philosophy in the Sport Psychology Service Delivery: Building on Theory and Practice. *Sport Psychologist*. 2004;18.
9. Wagenfeld-Heintz E. One Mind or Two? How Psychiatrists and Psychologists Reconcile Faith and Science. *Journal of Religion and Health*. 2008;47:338–53.
10. Read R, Moberly NJ, Salter D, Broome MR. Concepts of Mental Disorders in Trainee Clinical Psychologists. *Clin Psychol Psychother*. 2017;24:441–50.
11. Colombo A, Bendelow G, Fulford B, Williams S. Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on processes of shared decision making within community-based multi-disciplinary teams. *Soc Sci Med*. 2003;56:1557–70.
12. Kovess-Masfety V, Evans-Lacko S, Williams D, i sur. The role of religious advisors in mental health care in the World Mental Health surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52:353–67.
13. Hankerson SH, Weissman MM. Church-based health programs for mental disorders among African Americans: a review. *Psychiatr Serv*. 2012;63:243–9.
14. Wang PS, Berglund PA, Kessler RC. Patterns and correlates of contacting clergy for mental disorders in the United States. *Health Serv Res*. 2003;38:647–73.

15. Lukachko A, Myer I, Hankerson S. Religiosity and Mental Health Service Utilization Among African-Americans. *J Nerv Ment Dis.* 2015;203:578–82.
16. Oppenheimer J, Flannelly K, Weaver A. A Comparative Analysis of the Psychological Literature on Collaboration Between Clergy and Mental-Health Professionals—Perspectives from Secular and Religious Journals: 1970–1999. *Pastoral Psychology.* 2004;53:153–62.
17. Wood E, Watson R, Hayter M. To what extent are the Christian clergy acting as frontline mental health workers? A study from the North of England. *Mental Health Religion & Culture.* 2011;14:769–83.
18. Leavey G, Durà-Vilà G, King M. Finding common ground: the boundaries and interconnections between faith-based organisations and mental health services. *Mental Health, Religion & Culture.* 2011;15:1–14.
19. Sullivan S, Pyne JM, Cheney AM, Hunt J, Haynes TF, Sullivan G. The pew versus the couch: relationship between mental health and faith communities and lessons learned from a VA/clergy partnership project. *J Relig Health.* 2014;53:1267–82.
20. Aračić P, Džinić I. Poželjni sugovornici u životnim pitanjima i teškoćama. U: Čovo A, Mihalj D, urednici. *Muško i žensko – stvori ih Žene i muškarci u življenju i u službi Božjeg poslanja: zbornik radova.* Split, Hrvatska: Franjevački institut za kulturu mira; 2008. str. 217–41.
21. Rosch E. Principles of categorization. U: Rosch E, Lloyd BB, urednici. *Cognition and categorization.* Hillsdale, NJ, SAD: Lawrence Erlbaum; 1975. str. 27–48.
22. Diels H. *Predsokratovci, sv. 2: fragmenti.* Zagreb, Hrvatska: Naprijed; 1983.
23. Platon. *Država.* Zagreb, Hrvatska: Naklada Jurčić; 2004.
24. Platon. *Fedon.* Zagreb, Hrvatska: Naklada Jurčić; 1996.
25. Aristotel. *De Anima.* Zagreb, Hrvatska: Naprijed; 1987.
26. Russel B. *A history of western philosophy.* New York, NY, SAD: Simon and Schuster; 1972.
27. Lokhorst GJ, Kaitaro TT. The originality of Descartes' theory about the pineal gland. *J Hist Neurosci.* 2001;10:6–18.
28. Jurjako M, Malatesti L. *Filozofija uma: suvremene rasprave o odnosu uma i tijela.* Rijeka, Hrvatska: Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet; 2022. Dostupno: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:186:900920>.
29. Descartes R. *Načela filozofije.* Zagreb, Hrvatska: KruZak; 2014.
30. Špoljarić B. René Descartes: Načela filozofije. *Filozofska istraživanja.* 2016;36:824–7.

31. Descartes R. *Strasti duše*. Beograd, Srbija: Biblioteka Moderna; 1989.
32. Robinson H. The Revival of Substance Dualism. *Roczniki Filozoficzne*. 2021;69:33–43.
33. Robinson H. Dualism. U: Stich SP, Warfield TA, urednici. *The Blackwell Guide to Philosophy of Mind*. Hoboken, New Jersey, SAD: Blackwell Publishing Ltd; 2003. str. 85–101.
34. Chalmers DJ. *The Character of Consciousness*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2010.
35. Miresco MJ, Kirmayer LJ. The persistence of mind-brain dualism in psychiatric reasoning about clinical scenarios. *Am J Psychiatry*. 2006;163:913–8.
36. Benrimoh D, Pomerleau VJ, Demoustier A, i sur. Why We Still Use “Organic Causes”: Results From a Survey of Psychiatrists and Residents. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2019;31:57–64.
37. Lato J, Mistry M, Alabdulla M, i sur. Mental health stigma: the role of dualism, uncertainty, causation and treatability. *Gen Psychiatr*. 2021;34:e100498.
38. Mehta N. Mind-body Dualism: A critique from a Health Perspective. *Mens Sana Monogr*. 2011;9:202–9.
39. Greene JD, Sommerville RB, Nystrom LE, Darley JM, Cohen JD. An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment. *Science*. 2001;293:2105–8.
40. Farrer C, Frith CD. Experiencing oneself vs another person as being the cause of an action: the neural correlates of the experience of agency. *Neuroimage*. 2002;15:596–603.
41. Preston JL, Ritter RS, Hepler J. Neuroscience and the soul: competing explanations for the human experience. *Cognition*. 2013;127:31–7.
42. Bering JM, Bjorklund DF. The natural emergence of reasoning about the afterlife as a developmental regularity. *Dev Psychol*. 2004;40:217–33.
43. Bloom P. *Descartes’ baby: how the science of child development explains what makes us human*. New York, SAD: Basic Books; 2004.
44. Forstmann M, Burgmer P, Mussweiler T. "The mind is willing, but the flesh is weak": the effects of mind-body dualism on health behavior. *Psychol Sci*. 2012;23:1239–45.
45. Gray K, Knickman TA, Wegner DM. More dead than dead: perceptions of persons in the persistent vegetative state. *Cognition*. 2011;121:275–80.
46. Stanovich KE. Implicit Philosophies of Mind: The Dualism Scale and Its Relation to Religiosity and Belief in Extrasensory Perception. *The Journal of Psychology*. 1989;123:5–23.

47. Bloom P. Religion is natural. *Dev Sci.* 2007;10:147–51.
48. Uhlman EL, Poehlman TA, Bargh JA. Implicit Theism. U: Sorrentino RM, Yamaguchi S, urednici. *Handbook of Motivation and Cognition Across Cultures*. Amsterdam, Nizozemska: Elsevier; 2008.
49. Halman L, Ingelhart RL, Díez-Medrano J, Luijkx R, Moreno A, Basáñez M, urednici. *Changing values and beliefs in 85 countries: trends from the values surveys from 1981 to 2004*. Leiden, Nizozemska: Brill; 2008.
50. Templer D, Connelly H, Bassman L, Hart J. Construction and validity of an animal-human continuity scale. *Social Behavior and Personality: An International Journal*. 2006;34:769–76.
51. Burris C, Bailey K. What Lies Beyond: Theory and Measurement of Afterdeath Beliefs. *Int J Psychol Rel.* 2009;19:173–86.
52. Anglin SM. I think, therefore I am? Examining conceptions of the self, soul, and mind. *Conscious Cogn.* 2014;29:105–16.
53. Alsmith AJ, Longo MR. Where exactly am I? Self-location judgements distribute between head and torso. *Conscious Cogn.* 2014;24:70–4.
54. Bertossa F, Besa M, Ferrari R, Ferri F. Point zero: a phenomenological inquiry into the seat of consciousness. *Percept Mot Skills.* 2008;107:323–35.
55. Limanowski J, Hecht H. Where Do We Stand on Locating the Self? *Psychology*. 2011;2:312–7.
56. Starmans C, Bloom P. Windows to the soul: children and adults see the eyes as the location of the self. *Cognition*. 2012;123:313–8.
57. Klain E, Brumen-Budanko Z, Buzov I, Canki-Klain N. *Psihološka medicina*. Zagreb, Hrvatska: Golden Marketing; 1999.
58. Carter LF. Proceedings of the sixty-seventh annual business meeting of the American Psychological Association, Inc.: Report of the recording secretary. *Am Psychol*. 1959;14:741–63.
59. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*. 2015;14:231–3.
60. Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, i sur. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*. 2015;5:e007079.
61. Sartorius N. Mental health in the early 1980s: some perspectives. *Bull World Health Organ*. 1983;61:1–6.

62. Furlan I. Psihologijski rječnik. Zagreb, Hrvatska: Naklada Slap; 2005.
63. Bhugra D, Till A, Sartorius N. What is mental health? *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59:3–4.
64. Seligman ME. *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York, NY, SAD: Free Press; 2002.
65. Menninger K, Ellenberger H, Pruyser P, Mayman M. The unitary concept of mental illness. *Pastoral Psychology*. 1959;10:13–9.
66. Keyes CL. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav*. 2002;43:207–22.
67. Campbell EJ, Scadding JG, Roberts RS. The concept of disease. *Br Med J*. 1979;2:757–62.
68. Sass LA, Parnas J. *Explaining schizophrenia: The relevance of phenomenology*. U: Cheung MC, Fulford B, Graham G, urednici. Oxford, UK: Oxford University Press; 2007. str. 63–95.
69. Wakefield JC. The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *Am Psychol*. 1992;47:373–88.
70. Ausubel DP. Personality disorder is disease. *American Psychologist*. 1961;16:69–74.
71. Taylor FK. The medical model of the disease concept. *Br J Psychiatry*. 1976;128:588–94.
72. Kendell RE. The concept of disease and its implications for psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1975;127:305–15.
73. Szasz T. The myth of mental illness. *Am Psychol*. 1960;15:113–8.
74. Silobrčić Radić M, Vrbanec I. *Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2018. Dostupno: <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/03/Bilten-mentalne.pdf>.
75. Karlović D. *Psihijatrija*. Zagreb, Hrvatska: Naklada Slap; 2020.
76. Kraepelin E. *Psychiatry : a textbook for students and physicians*. New York, NY, SAD: Science History Publications U.S.A.; 1990.
77. Sartorius N. Classifications in the field of mental health. *World Health Stat Q*. 1990;43:269–72.
78. Cotten C, Ridings J. Getting Out/Getting In: The DSM, Political Activism, and the Social Construction of Mental Disorders. *Social Work in Mental Health*. 2011;9:181–205.

79. Kawa S, Giordano J. A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philos Ethics Humanit Med.* 2012;7:2.
80. Shorter E. The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015;17:59–67.
81. Telles Correia D. The concept of validity throughout the history of psychiatry. *J Eval Clin Pract.* 2017;23:994–8.
82. Telles-Correia D. Mental disorder: Are we moving away from distress and disability? *J Eval Clin Pract.* 2018;24:973–7.
83. Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, Fulford KW, Sadler JZ, Kendler KS. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychol Med.* 2010;40:1759–65.
84. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. Washington, D.C., SAD: American Psychiatric Association; 2013.
85. Lempérière T. [The importance of classifications in psychiatry]. *Encephale.* 1995;21 Spec No 5:3–7.
86. VandenBos GR, urednik. *APA dictionary of psychology (2nd ed.)*. Washington, D.C., SAD: American Psychological Association; 2015.
87. Im EO, Meleis AI. Situation-specific theories: philosophical roots, properties, and approach. *ANS Adv Nurs Sci.* 1999;22:11–24.
88. Smith MJ, Liehr PR, urednici. *Middle range theory for nursing (4th edition)*. New York, NY, SAD: Springer Publishing Company; 2018.
89. Jones JS, Beauvais AM, urednici. *Psychiatric mental health nursing: an interpersonal approach (3rd edition)*. Burlington, MA, SAD: Jones & Barlett Learning; 2023.
90. Cacioppo JT. Social neuroscience: understanding the pieces fosters understanding the whole and vice versa. *Am Psychol.* 2002;57:819–31.
91. Wickens AP. *Foundations of biopsychology (2nd edition)*. Harlow: Pearson, Prentice Hall; 2005.
92. Bolton D. *What is mental disorder? An essay in philosophy, science, and values*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2008.
93. Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clin Psychol Rev.* 2013;33:846–61.
94. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann N Y Acad Sci.* 1978;310:169–87.

95. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*. 2004;2:576–82.
96. Katerndahl DA. Impact of spiritual symptoms and their interactions on health services and life satisfaction. *Ann Fam Med*. 2008;6:412–20.
97. Sulmasy DP. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist*. 2002;42 Spec No 3:24–33.
98. Saad M, de Medeiros R, Mosini AC. Are We Ready for a True Biopsychosocial-Spiritual Model? The Many Meanings of "Spiritual". *Medicines (Basel)*. 2017;4:79.
99. Perloff RM. *The Dynamics of Persuasion: Communication and Attitudes in the 21st Century* (8th edition). London, UK: Routledge; 2016.
100. Harland R, Antonova E, Owen GS, i sur. A study of psychiatrists' concepts of mental illness. *Psychol Med*. 2009;39:967–76.
101. Aftab A, Joshi Y, Sewell D. Conceptualizations of Mental Disorder at a US Academic Medical Center. *J Nerv Ment Dis*. 2020;208:848–56.
102. Blaney PH. Implications of the medical model and its alternatives. *Am J Psychiatry*. 1975;132:911–4.
103. Morrison JK, Hanson GD. Clinical psychologist in the vanguard: Current attitudes toward mental illness. *Professional Psychology*. 1978;9:240–8.
104. Wyatt RC, Livson N. The not so great divide? Psychologists and psychiatrists take stands on the medical and psychosocial models of mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1994;25:120–31.
105. Ahn WK, Proctor CC, Flanagan EH. Mental Health Clinicians' Beliefs About the Biological, Psychological, and Environmental Bases of Mental Disorders. *Cogn Sci*. 2009;33:147–82.
106. Payne JS. Variations in pastors' perceptions of the etiology of depression by race and religious affiliation. *Community Ment Health J*. 2009;45:355–65.
107. Kim-Goh M. Conceptualization of mental illness among Korean-American clergymen and implications for mental health service delivery. *Community Ment Health. J* 1993;29:405–12.
108. Nguyen H, Yamada A-M, Dinh T. Religious leaders' assessment and attribution of the causes of mental illness: An in-depth exploration of Vietnamese American Buddhist leaders. *Mental Health, Religion & Culture*. 2011;15:1–17.

109. Mathews M. Explanatory models for mental illness endorsed by Christian clergymen: The development and use of an instrument in Singapore. *Mental Health, Religion & Culture*. 2008;11:287–300.
110. Mathews M. An Investigation of Singaporean Clergy Treatment Models for Mental Problems. *Journal of Religion and Health*. 2007;46:558–70.
111. Farrell JL, Goebert DA. Collaboration between psychiatrists and clergy in recognizing and treating serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2008;59:437–40.
112. Leavey G, Loewenthal K, King M. Locating the Social Origins of Mental Illness: The Explanatory Models of Mental Illness Among Clergy from Different Ethnic and Faith Backgrounds. *J Relig Health*. 2016;55:1607–22.
113. Aramouny C, Kerbage H, Richa N, Rouhana P, Richa S. Knowledge, Attitudes, and Beliefs of Catholic Clerics' Regarding Mental Health in Lebanon. *J Relig Health*. 2020;59:257–76.
114. Magliano L, Citarelli G, Affuso G. Views of Catholic Priests Regarding Causes, Treatments and Psychosocial Consequences of Schizophrenia and Depression: A Comparative Study in Italy. *J Relig Health*. 2021;60:1318–38.
115. Kralj Z, Kardum G. Attitudes toward complementary and alternative medicine, beliefs in afterlife and religiosity among psychiatrists, psychologists and theologians. *Psychiatria Danubina*. 2018;32:420–7.
116. Abbott RB, Hui KK, Hays RD, et al. Medical Student Attitudes toward Complementary, Alternative and Integrative Medicine. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011;2011:985243.
117. Burris CT, Bailey K. What lies beyond: Theory and measurement of afterdeath beliefs. *International Journal for the Psychology of Religion*. 2009;19:173–86.
118. Champely S. Package 'pwr': Basic Functions for Power Analysis. 2020 [citirano 9. rujna 2024 godine]. Dostupno: <https://cran.r-project.org/web/packages/pwr/pwr.pdf>.
119. Bulus M. Package 'pwrss': Statistical Power and Sample Size Calculation Tools. 2023 [citirano 9. rujna 2024 godine]. Dostupno: <https://cran.r-project.org/web/packages/pwrss/pwrss.pdf>.
120. Aberson CL. *Applied power analysis for the behavioural sciences* (2nd edition). London, UK: Routledge; 2019.
121. Venables WN, Ripley BD. *Modern Applied Statistics with S* (4th edition). New York: Springer; 2002.

122. Wickham H. *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. Cham, Švicarska: Springer; 2016.
123. Hair JF, Hult GTM, Ringle CM, Sarstedt M, Thiele KO. Mirror, mirror on the wall: a comparative evaluation of composite-based structural equation modeling methods. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 2017;45:616–32.
124. Hair JF, Risher JJ, Sarstedt M, Ringle CM. When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European Business Review*. 2019;31:2–24.
125. Hair Jr J, Hult GTM, Ringle CM, Sarstedt M, Danks NP, S R. *Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) Using R: A Workbook*. Cham, Švicarska: Springer Nature Publishing; 2021. Dostupno: <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/51463>.
126. Hair Jr J, Matthews L, Matthews R, Sarstedt M. PLS-SEM or CB-SEM: updated guidelines on which method to use. *International Journal of Multivariate Data Analysis*. 2017;1:107.
127. Ray S, Danks NP, Valde AC, i sur. *seminr: Building and Estimating Structural Equation Models*. 2024 [citirano 9. rujna 2024 godine]. Dostupno: <https://cran.r-project.org/web/packages/seminr/index.html>.
128. Santoro G, Wood MD, Merlo L, Anastasi GP, Tomasello F, Germanò A. The anatomic location of the soul from the heart, through the brain, to the whole body, and beyond: a journey through Western history, science, and philosophy. *Neurosurgery*. 2009;65:633–43; discussion 43.
129. Fahrenberg J, Cheetham M. The mind-body problem as seen by students of different disciplines. *Journal of Consciousness Studies*. 2000;7:47–59.
130. Watt DF, Pincus DI. *Neural Substrates of Consciousness: Implications for Clinical Psychiatry*. U: Panksepp J. *Textbook of Biological Psychiatry*. 2003. str. 75–110.
131. Bering JM. The folk psychology of souls. *Behav Brain Sci*. 2006;29:453–62; discussion 62–98.
132. Weisman K, Legare CH, Smith RE, i sur. Similarities and differences in concepts of mental life among adults and children in five cultures. *Nat Hum Behav*. 2021;5:1358–68.
133. Cooper R. *Psychiatry and Philosophy of Science*. London, UK: Routledge; 2007.
134. Chalmers DJ. *The conscious mind: in the search of fundamental theory*. Oxford: Oxford University Press; 1996.
135. Bonjour L. What is it like to be a human (instead of a bat)? *American Philosophical Quarterly*. 2013;50:373–85.

136. Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatry*. 2005;162:433–40.
137. Hannigan B. Joint working in community mental health: prospects and challenges. *Health Soc Care Community*. 1999;7:25–31.
138. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2000;177:396–401.
139. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997;32:143–8.
140. Butlin B, Laws K, Read R, Broome MD, Sharma S. Concepts of mental disorders in the United Kingdom: Similarities and differences between the lay public and psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry*. 2019;65:507–14.
141. López-Ibor JJ, López-Ibor MI. Paving the way for new research strategies in mental disorders. Second part: the light at the end of the tunnel. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013;41:67–75.
142. Marashian F, Esmaili E. Relationship Between Religious Beliefs of Students with Mental Health Disorders Among the Students of Islamic Azad University of Ahvaz. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2012;46:1831–3.
143. Szafranski T. Diaczego pytamy czy wiara chrzescijanska wywoluje schizofrenie. *Psychiatria*. 2015;8:9.
144. Walter H. The third wave of biological psychiatry. *Front Psychol*. 2013;4:582.
145. Kralj Ž, Dedić M, Kovačević A, i sur. Diagnostic Interview for Genetic Studies: validity and reliability of the Croatian version. *Psychiatr Genet*. 2017 Feb;27(1):17–22.
146. Bentall RP. *Doctoring the Mind: Why Psychiatric Treatments Fail*. London, UK: Penguin Publishing House; 2010.
147. Fuchs T. Are mental illnesses diseases of the brain?. U: Choundhury S, Slaby J, urednici. *Critical neuroscience: a handbook of the social and cultural contexts of neuroscience*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell; 2012. str. 331–44.
148. Maung HH. Dualism and its place in a philosophical structure for psychiatry. *Med Health Care Philos*. 2019;22:59–69.
149. Silva R, Bido, Ringle C, Silva D, Bido D. Structural equation modeling with the smartpls. *Revista Brasileira de Marketing*. 2014;13:56–73.
150. Cantoni L, Zyga S. The Use of Internet Communication by Catholic Congregations: A Quantitative Study. *Journal of Media and Religion*. 2007;6:291–309.

151. Lacović D, Badurina B, Džinić I. Information and Communication Technology in the Work of Catholic Priests. *Journal of Religious & Theological Information*. 2018;17:8–21.
152. Dugalić V, Džinić I. Medijski prostor u Đakovačko-osječkoj nadbiskupiji. Analiza stanja i moguće perspektive. *Diacovensia*. 2011;19:343–61.

8. SAŽETAK

Uvod: Raznolikost profesionalnih skupina koje sudjeluju u pružanju usluga mentalnog zdravlja donosi i izazove i prilike za uspješnu suradnju. Među izazovima su nedovoljno razumijevanje koncepata, vrijednosti i aktivnosti drugih disciplina, što otežava svakodnevni praktični rad. Cilj istraživanja bio je ispitati razlike među psihijatarima, psiholozima i teolozima u vjerovanju o lokaciji uma, duše i *selfa*, stavovima prema dualizmu, zastupljenosti implicitnih modela (biologijski, bihevioralni, kognitivni, psihodinamski, društveni konstruktivizam, socijalni realizam, spiritualistički i nihilistički) kod četiri psihička poremećaja (shizofrenija, depresija, generalizirani anksiozni poremećaj i antisocijalni poremećaj ličnosti). Također smo htjeli istražiti povezanost vjerovanja u biologijski spiritualni model spomenuta četiri poremećaja s njihovim vjerovanjem u monizam ili dualizam. Odnos između ovih konstrukata mogao bi imati utjecaj na razumijevanje koncepta mentalnog zdravlja.

Metode: Ispitivana populacija se sastojala od psihijatarata, psihologa i teologa na području Republike Hrvatske, uključivanih u studiju putem anonimnog online upitnika u periodu od 15. siječnja 2018. godine do 15. lipnja 2018. godine. Ukupno je uključeno 312 ispitanika, to jest 122 psihijatra, 116 psihologa i 74 teologa. Sudionicima je bio prikazan crtež ljudskog tijela s brojevima koji označavaju osam različitih regija tijela, na kojem su trebali odabrati koja regija najbolje predstavlja lokaciju *selfa*, duše i uma. Za mjerenje različitih vjerovanja o dualizmu/monizmu korištena je Dualizam skala koja ocjenjuje stupanj slaganja s vjerovanjem da su um i mozak odvojeni entiteti. Koristili smo Maudsleyev upitnik o stavovima (eng. *Maudsley Attitude Questionnaire* (MAQ)) kako bi ispitali preferencije ispitanika prema implicitnim modelima mentalnih poremećaja. Analize su pokazale da primijenjeni upitnici imaju odgovarajuću pouzdanost i očekivanu faktorsku strukturu.

Rezultati: Postoje značajne razlike ($p < 0.001$) u pozicioniranju duše i *selfa* među psihijatarima, psiholozima i teolozima, dok se sve tri skupine slažu u vezi s pozicioniranjem uma. U odnosu na psihijatre teolozi pokazuju pet puta veću vjerojatnost (omjer izgleda (eng. *odds ratio* (OR)) = 5.38, standardizirani koeficijent (β) = 0.140, $p < 0.001$) zagovaranja dualizma, dok psiholozi s dva puta većom vjerojatnosti (OR = 2.27, $\beta = 0.046$, $p = 0.023$) preferiraju monizam. Psihijatri kod sva četiri poremećaja više od ostale dvije skupine podržavaju biologijski i psihodinamski model, psiholozi kognitivni model dok teolozi dosljedno kod svih poremećaja preferiraju spiritualni model. Viši stupanj vjerovanja u dualizam značajno povećava sklonost ka spiritualnom modelu (koeficijent determinacije (R^2) = 0.34) mentalnih poremećaja, dok viši

stupanj vjerovanja u monizam značajno povećava sklonost ka biologijskom modelu mentalnih poremećaja ($R^2 = 0.15$).

Zaključak: Rezultati istraživanja o modelima mentalnih poremećaja, dualizmu, monizmu, te lokaciji duše, uma i *selfa* otvaraju značajna pitanja i pružaju uvid u različite perspektive koje oblikuju naše razumijevanje mentalnog zdravlja i svijesti. Ovi nalazi imaju važne implikacije za teorijska istraživanja, kliničke prakse i interdisciplinarni dijalog, te mogu voditi ka novim pristupima i metodama u proučavanju mentalnih fenomena, što bi moglo pridonijeti razvoju sveobuhvatnijeg pristupa u skrbi za osobe s psihičkim poteškoćama.

Ključne riječi: mentalni poremećaji; implicitni modeli; dualizam; lokacija duše, *selfa* i uma; psihijatri; psiholozi; teolozi

9. SUMMARY

Introduction: The provision of mental health care services requires the involvement of diverse groups of professionals. This presents both challenges and opportunities for their successful collaboration due to issues such as insufficient understanding of the concepts, values, and activities between professions or disciplines, thereby complicating everyday practical work. In this study, we aimed to examine differences in the beliefs of psychiatrists, psychologists, and theologians about the location of the mind, soul, and self; their attitudes towards dualism; the prevalence of implicit models (biological, behavioral, cognitive, psychodynamic, social constructivism, social realism, spiritualist, and nihilistic) for four mental disorders (schizophrenia, depression, generalized anxiety disorder, and antisocial personality disorder). We also sought to explore the relationship between their beliefs in the biological or spiritual model of the four disorders with their belief in monism or dualism. The relationship between these constructs could influence the understanding of the concept of mental health.

Methods: We applied an anonymized online questionnaire to a sample of psychiatrists, psychologists, and theologians in Croatia between January 15, 2018, and June 15, 2018. After excluding incomplete responses, the final sample consisted of 312 participants: 122 psychiatrists, 116 psychologists, and 74 theologians. The study questionnaire had three sections. In the first section, participants were shown a drawing of the human body with numbers indicating eight different regions and were then queried to show which one best represents the location of the self, soul, and mind. The second section contained the Dualism Scale, which measured different beliefs about dualism/monism and thus assessed the degree of agreement with the belief that the mind and brain are separate entities. The third part included the Maudsley Attitude Questionnaire (MAQ), which investigated participants' preferences for implicit models of mental disorders. Validation analyses have shown that all three questionnaires have sufficient reliability and factor structures.

Results: We saw significant differences ($p < 0.001$) in how the psychiatrists, psychologists, and theologians located the soul, while all three groups agreed on the location of the mind. Compared to psychiatrists, theologians were five times more likely (odds ratio (OR) = 5.38, correlation coefficient (β) = 0.140, $p < 0.001$) to prefer dualism, while psychologists were twice as likely (OR = 2.27, $\beta = 0.046$, $p = 0.023$) to prefer monism. Psychiatrists supported the biological and psychodynamic models more than the other two groups for all four disorders; psychologists preferred the cognitive model; while theologians consistently preferred the spiritual model for

all disorders. A higher degree of belief in dualism was related to a significantly increased tendency towards the spiritual model ($R^2 = 0.34$) of mental disorders, while a higher degree of belief in monism was related to a significantly increased tendency towards the biological model of mental disorders ($R^2 = 0.15$).

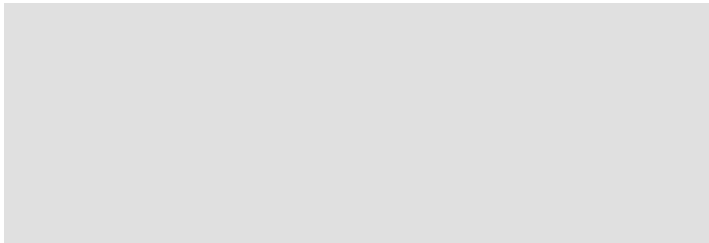
Conclusions: Our findings on the models of mental disorders, dualism, monism, and the location of the soul, mind, and self raise significant questions and provide insight into different perspectives that shape our understanding of mental health and consciousness. This has implications for theoretical research, clinical practice, and interdisciplinary dialogue and may lead to new approaches and methods in the study of mental phenomena, thereby contributing to the development of a more comprehensive approach to the care of individuals with mental health challenges.

Keywords: mental disorders; implicit models; location of soul, self and mind; psychiatrists; psychologists; theologians

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODATCI

Ime i prezime: Žana Kralj



Državljanstvo: Hrvatsko

Datum i mjesto rođenja: 26. rujan 1971.

IZOBRAZBA

- 2019. do 2021. Subspecijalizacija iz psihoterapije, Split i Zagreb, Hrvatska
- 2020. Subspecijalizacija iz biologijske psihijatrije, Split i Zagreb, Hrvatska
- 2019. EMDR, trening II stupanj, Beograd, Srbija
- 2018. EMDR, trening I stupanj, (EMDR Europe), Zagreb, Hrvatska
- 2016. do 2018. Subspecijalizacija iz forenzičke psihijatrije, Split i Zagreb, Hrvatska
- 2013. do danas. Polaznica poslijediplomskog doktorskog studija „Klinička medicina utemeljena na dokazima“, Medicinski fakultet u Splitu, Split, Hrvatska
- 2013. *Educational Symposium Psychiatry: Optimizing care for patients with Schizophrenia*, Zagreb, Hrvatska
- 2012. Poslijediplomski stručni studij „Klinička epidemiologija“, Medicinski fakultet u Splitu, Split, Hrvatska
- 2012. *Master Class on Clinical aspects of psychopharmacology in Depression*, Bologna, Italija
- 2011. Tečaj izobrazbe kandidata za stalne sudske vještake, Zagreb, Hrvatska
- 2009. Tečaj stručnog usavršavanja: Psihosocijalni tretman počinitelje nasilja u obitelji (Movisie-Netherlands centre for social development & DPP), Zagreb, Hrvatska
- 2009. Tečaj poslijediplomskog usavršavanja iz Forenzične psihijatrije, Zagreb, Hrvatska
- 2007. do 2008. Praktikum iz kognitivno bihevioralne terapije I i II, Split, Hrvatska

- 2001. *The Second European-American Intensive Course in Clinical and Forensic Genetics*, Dubrovnik, Hrvatska
- 1999. Doktor medicine, Sveučilište u Zagrebu i Medicinski fakultet u Splitu, Zagreb i Split, Hrvatska

RADNO ISKUSTVO

- 2021. do danas. Specijalist psihijatar, uži specijalist iz psihoterapije
- 2020. do danas. Specijalist psihijatar, uži specijalist iz biologijske psihijatrije
- 2018. do danas. Specijalist psihijatar, uži specijalist iz forenzičke psihijatrije
- 2007. Specijalist psihijatrije, Klinika za psihijatriju, KBC Split, Split, Hrvatska
- 2003. do 2007. Specijalizacija iz psihijatrije u KBC Split, KBC Zagreb, KBC Sestre milosrdnice, PB Vrapče, Zagreb, Hrvatska
- 2001. do 2003. Ustanova za hitnu medicinsku pomoć(UHMP) Splitsko dalmatinske županije, Ordinacije obiteljske medicine (zamjene), Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, Split, Hrvatska
- 1999. do 2000. Pripravnički staž za liječnike, KBC Split, Split, Hrvatska

NASTAVNA AKTIVNOST

- 2003. do danas. Asistent za predmet „Psihijatrija“, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu i Zdravstveni studiji Sveučilišta u Splitu

ČLANSTVA U ORGANIZACIJAMA I POVJERENSTVIMA

- 1999. do danas. Član Hrvatske liječničke komore (HLK)
- 2003. do danas. Član Hrvatskog psihijatrijskog društva (HPD)

MATERINSKI JEZIK

- Hrvatski jezik

OSTALI JEZICI

- Engleski jezik

PUBLIKACIJE

- Kralj Ž, Fiamengo J, Glavina G, Đolić K, Džamonja G. Marchiafava–Bignami disease: a rare but not forgotten complication . *Neurol Croat.* 2023;68(2):98–101.
- Kralj Z, Kardum G. Attitudes toward complementary and alternative medicine, beliefs in afterlife and religiosity among psychiatrists, psychologists and theologians. *Psychiatria Danubina* 2018;32:420–7.
- Kralj Ž, Dedić M, Kovačević A, Malički M, Dedić J, Pelivan M, Vuković D, Fisher C, Kember RL, Nurnberger J, Bućan M, Britvić D. Diagnostic Interview for Genetic Studies: validity and reliability of the Croatian version. *Psychiatr Genet.* 2017 Feb;27(1):17–22.
- Franić T, Kralj Z, Marčinko D, Knez R, Kardum G. Suicidal ideations and sleep-related problems in early adolescence. *Early Interv Psychiatry.* 2014 May;8(2):155–62.
- Glucina D, Britvić D, Lasić D, et al. The Croatian version of diagnostic interview for genetic studies. *Psychiatr Danub.* 2010 Jun;22(2):193–7.
- Dodig G, Kralj Ž, Franić T. Neki od elemenata suradljivosti psihotičnih bolesnika. *Psychiatria Danub.* 2003;15:Suppl 1.
- Dodig G, Franić T, Dedić M, Uglešić B, Kralj Ž, Glavina T. Usporedba dvogodišnjeg praćenja pacijenata s prvom psihotičnom epizodom liječenih tipičnim i atipičnim antipsihoticima. *Psychiatria Danub.* 2003;15:Suppl 1.