

Aida Lalić Mehmedbašić, Sabina Alispahić

ODNOS UMA I TIJELA KOD OBOLJELIH OD ULCEROZNOG KOLITISA: KVALITATIVNO ISTRAŽIVANJE¹

Ulcerozni kolitis (UK) jedan je od hroničnih upalnih poremećaja nepoznatog uzroka, koji zahvaća gastrointestinalni trakt. Što se tiče kliničke slike, karakteristične su epizode krvavo-služavih dijareja koje mogu trajati po nekoliko dana, sedmica ili mjeseci kada prestaju, da bi se opet pojavili nakon asimptomatskog perioda koji može trajati mjesecima ili godinama. Cilj ovog rada bio je provjeriti kako se oboljeli nose sa simptomima, kakav je kvalitet njihovog života i kako povezanost uma i tijela utječe na njihove simptome i pojavu bolesti. U istraživanju je učestvovalo šest osoba oboljelih od UK i s njima je obavljen intervju. Prema svjedočanstvima sudionika UK je značajno utjecao na smanjenje njihovog kvaliteta života, dok su socijalna podrška bližnjih i adekvatan stil suočavanja bili vrlo podržavajući za njihovo iscjeljenje. Pored toga, svi sudionici vjerovali su da je stres uzročnik njihovog stanja. Iako istraživanja (naprimjer: Flet, Baricza, Gupta, Hewitt i Endler, 2011) pokazuju da su neuroticizam, perfekcionizam i aleksitimija češće prisutni kod oboljelih od UK nego kod opće populacije, naši sudionici nisu smatrali da imaju izražene navedene osobine ličnosti. Prema dobivenim rezultatima našeg kvalitativnog istraživanja možemo zaključiti da UK na mnoge načine utječe na kvalitet života oboljelih te da je evidentna povezanost uma i tijela koja se često nalazi u osnovi oboljenja.

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

¹ Ovaj rad je sažeti prikaz rezultata originalnog istraživanja za diplomski rad koji je objavljen na: http://ff.unsa.ba/files/zavDipl/17_18/psi/Aida-Lalic.pdf

UVOD

Od samih začetaka filozofije i filozofske misli jedna od glavih tema bio je odnos uma i tijela. O relaciji um – tijelo govorili su mnogi filozofi, psiholozi, liječnici, književnici i umjetnici. U savremenoj filozofiji pojam “um” označava sveukupnost psihičkih, odnosno mentalnih, ljudskih sposobnosti i njihovo procesiranje: osjete, percepciju, emocije, vjerovanja, želje, razmišljanje, zaključivanje, pamćenje i spoznavanje (Pećnjak i Špiljak, 2014). Sa druge strane, tijelo je ono materijalno, opipljivo, građeno od ćelija koje povezujući se čine organe koji su također međusobno povezani čineći tako jedan savršen sistem – ljudsko tijelo. Ako je tijelo materijalno, a um nematerijalan, kako su onda oni povezani?

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

UK je jedan od hroničnih upalnih poremećaja, nepoznatog uzroka, koji zahvaća gastrointestinalni trakt. Što se tiče kliničke slike, za UK su karakteristične epizode krvavo-sluzavih proliva koji mogu trajati od nekoliko dana, sedmica ili mjeseci, kada prestaju, da bi se opet pojavili nakon asimptomatskog perioda (remisije) koji može trajati mjesecima ili godinama (Ivančević, Rumboldt, Belgovec i Silobrčić, 1997). Pored toga, bolest je praćena bolovima i grčevima u donjem dijelu abdomena, a kod nekih oboljelih javljaju se groznice, gubitak tjelesne mase i značajan gubitak krvi. Kod oko 10% oboljelih prvi napad bolesti ujedno je i posljednji (Kumar, Abbas, Fausto i Mitchell, 2000). Tačan uzrok nastanka UK je nepoznat, međutim sa sigurnošću se može reći da interakcija genetskih, infektivnih, imunoloških i psihičkih faktora igra značajnu ulogu. Što se tiče utjecaja

psihičkih faktora, UK se često iznenada aktivira nakon psihološkog stresa. S obzirom na to da UK pogađa uglavnom osobe u ranijoj životnoj dobi, praćen je srdžbom, strahom i različitim stupnjevima depresije.

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

U ovom radu pokušali smo odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Kakva je klinička slika UK kod sudionika i šta je prethodilo pojavi prvih simptoma oboljenja?
2. Kakav je kvalitet života kod oboljelih od UK?
3. Na koji način sudionici svoj um (osobine ličnosti, psihički poremećaj, stres i suočavanje) i tijelo (somske simptome) dovode u vezu sa trenutnom kliničkom slikom i tokom bolesti?

METODA

Sudionici

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

Instrumenti i procedura

Za potrebe istraživanja osmišljen je polustrukturirani intervju koji je sadržavao 15 pitanja. Sva postavljena pitanja formirana su nakon istraživanja

literature kako bi se provjerilo da li postoji razlika između teorije i iskustva sudionika s kojima smo obavili intervju. Ovim istraživanjem pokušalo se odgovoriti na tri pitanja, pa je intervju bio podijeljen na tri dijela. Svaki dio intervjua sadržavao je pet pitanja (naprimjer: “Možete li opisati simptome koje ste imali pri pojavi bolesti ili ih imate još?”; “Da li s partnerom razgovarate o svojim simptomima?” itd.). Pored ovih pitanja prikupljeni su i sociodemografski podaci o sudionicima. S obzirom na to da su sudionici bili iz različitih država intervju je proveden preko Skypea.

Zašto smo se odlučili za kvalitativnu metodologiju

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

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

REZULTATI

Klinička slika UK (iskustva sudionika)

Glavni i jedan od najčešće prijavljivanih simptoma od strane oboljelih je rektalno krvarenje. Simptomi obično odražavaju težinu bolesti, odnosno jačinu upale sluznice. U našem istraživanju jedna sudionica je navela da je njena dijagnoza ulcerozni proktitis. Na pitanje koji simptomi su kod nje

bili dominantni, odgovara da su to stalni prolivi (oko 20 dnevno), praćeni pojavom krvi i nagli gubitak težine. Druga sudionica ovako opisuje svoje simptome:

“Jaki bolovi, grčevi koje do sada nikad nisam imala... hladan znoj, povraćanje, jako puno krvi i sluzi (u stolici). Broj stolica ne znam, svakih par minuta.” (Sudionica, 55 godina)

U nekim slučajevima crijevni simptomi mogu biti maskirani visokom temperaturom, umorom, gubitkom kilograma ili nekim drugim izvancrijevnim manifestacijama. U vezi s maskiranjem simptoma jedan od naših sudionika kaže:

“Bavio sam se fudbalom. Prvi simptomi su bili bol u trbuhu sa lijeve strane, mislio sam da je zbog trčanja. Doktori su mi rekli da imam hemoroide, pogrešna terapija mjesec dana, poslije mjesec dana stalnih bolova i drugih simptoma gastroenterolog mi je ustanovio UK.” (Sudionik, 22 godine)

Najteži oblik UK je ulcerozni pankolitis. Sudionici sa dijagnozom pankolitisa su podijelili slijedeća iskustva:

“Mučnina, povraćanje, prolivi, više stolica na dan, pet do šest, u početku bez krvi, kasnije sa krvlju dok nije postala samo krv kako se meni činilo. U početku su doktori prepisali tablete protiv dijareje koje sam konzumirao naravno bez ikakvog dejstva na moje stanje. U početku bolesti sam za tri nedjelje izgubio skoro 30 kg.” (Sudionik, 40 godina)

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

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

“Dogodilo se u najgorem mogućem trenutku, na poslovnom putu izvan Hrvatske i to na odredištu do kojeg sam morala presjedati s aviona na avion. Prema tamo to nije bio problem, no kako mi se tamo bolest (za koju tad

nisam znala) aktivirala, put kući je bio izuzetno stresan. Period od devet mjeseci koji je prethodio dijagnozi mi je bio jako turbulentan. Na poslu se situacija jako zakuhala, rokovi su bili sve kraći, zadaci sve zahtjevniji i sve brojniji. Zaposlila sam se u startup-tvrtci, pa je to bila manje-više ludnica u kojoj je sve moralo biti riješeno ili odmah ili još jučer. Puno projekata se odvijalo istovremeno, radilo se i po 15, 16 sati dnevno, a nekih četiri mjeseca prije dijagnoze se takav rad proširio pa je znalo biti tako i subotom i nedjeljom, odnosno danima koji su mi inače neradni. Osim toga, taman nekih devet mjeseci prije dijagnoze sam izašla iz duge veze i taj prekid sam podnosila dosta loše, prilično me slomilo. Ukratko, bila sam emotivno izuzetno iscrpljena i pod velikim stresom, bez normalnog ritma, nisam normalno spavala, hranila sam se neuredno i po pitanju rasporeda i po pitanju sadržaja.” (Sudionica, 33 godine)

“Stres! Naime pomagali smo kumovima sa njihovim vinogradom, a on se nalazi na iznimno stjenovitom terenu (dobri stari krš) i bilo je izuzetno naporno (i stresno) postaviti betonske stupove na takav teren, a nakon toga smo morali u naš vinograd posaditi oko 150 sadnica koje je uništila bolest prethodne godine. Usput sam bio nezaposlen tako da je bilo stresa koliko želiš.” (Sudionik, 41 godina)

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

Što se tiče prvog istraživačkog pitanja, kliničke slike UK kod naših sudionika, pokazano je da ona u potpunosti odgovara onom što se može pronaći u literaturi. Glavni i jedan od najčešće prijavljivanih simptoma od strane oboljelih je rektalno krvarenje. Ovaj simptom prijavljuju preko 90% pacijenata (Dignass i sur., 2012). Simptomi obično odražavaju težinu bolesti, odnosno jačinu upale sluznice. Kod pacijenata s ulceroznim proktitisom, najblažim oblikom bolesti, javljaju se simptomi hetamohezije (pojava svježe krvi u stolici), osjećaj za hitnim pražnjenjem i često zatvor koji nastaje zbog usporenog prijenosa fekalnih materija kroz kolon (Danese i Fiocci, 2011).

Najteži oblik UK je ulcerozni pankolitis. Najčešći simptom kod ovakvog tipa bolesti je dijareja koja je rezultat smanjene apsorptivne sposobnosti debelog crijeva. Ostali simptomi uključuju krvarenje, osjećaj za hitno pražnjenje i osjećaj nepotpunog pražnjenja. Bolovi u trbuhu su česti, a za ovakav tip bolesti je i čest simptom gubitak tjelesne težine i anemija. U našem

istraživanju tri sudionika navode da imaju dijagnosticiran ovakav oblik UK. Kao što je i navedeno u literaturi i kod njih su najčešći simptomi bili česte stolice, krvarenje, kao i nagli gubitak tjelesne težine. Također navode osjećaj umora i malaksalosti koji su trajali dugo poslije smirivanja ostalih simptoma.

Kvalitet života kod oboljelih od UK

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

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

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

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

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

Iz navedenih odgovora vidimo da su iskustva sudionika različita. Oni koji su na bilo koji način imali podršku porodice izjavljuju da su se lakše nosili sa bolešću i da su se brže oporavljali.

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

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

“Moj suprug mi je silna podrška, doslovno prati sve u vezi s mojom bolešću, brine se o terapiji, nabavlja recepte i uputnice, prati me na pretrage i kontrolne preglede. Osim toga, pomaže u kućanskim poslovima puno više nego prije uvažavajući moje simptome umora i bolova. Svakodnevno me vozi na posao i dovozi s posla jer mi je to predstavljalo teškoću s obzirom na broj odlazaka na toalet. Ponekad mi se čini da moj muž ima više informacija o mojoj bolesti nego ja.” (Sudionica, 52 godine)

UK dovodi do promjena u svim aspektima života oboljelog. Javljaju se poteškoće na poslu, na fakultetu/u školi, ali i u odnosu sa prijateljima. Sudionik koji je dobio dijagnozu UK za vrijeme srednjoškolskog obrazovanja rekao je:

“Profesori su znali za moju dijagnozu i nekima sam jako zahvalan, bili su razumni i informisani o UK. Prijatelji su također znali, ali nisu bili informisani o tome šta konkretno to znači. Teško sam se snalazio, više sam bio kod kuće nego u školi. Ja nisam mogao ići u toalet u školi, jer nije bio adekvatan.” (Sudionik, 22 godine)

Isti sudionik o iskustvima na poslu s dijagnozom UK kaže:

“Ja sam se bavio profesionalno fudbalom i to – sa mojih petnaest godina – sam uspio da napredujem na višem nivou. Nisam mario za bolest u tim godinama, tokom ranog perioda bolesti. U 19. godini sam prestao zbog povrede, inače bi to bila moja profesija. Promijenilo se dosta toga i mogu reći da mi je bolest promijenila život i moje razmišljanje. Od svakog poslodavca sam krio da sam bolestan. Zato što u kakvoj državi živim, nije baš poželjno imati neku dijagnozu. Sad radim u jednoj firmi i dosta sam napredovao. Vođa smjene sam, ali nisam napomenuo moj zdravstveni problem. Radim u livnici i ne znam kako će to utjecati na moj život, puno

je prašine i stresa na poslu, deset mjeseci sam u toj firmi. Moram se konsultovati s doktorom u vezi s tim.” (Sudionik, 22 godine)

O tome kakvi su odnosi s prijateljima nakon postavljanja dijagnoze i kakve su promjene nastale u socijalnom životu zbog dijagnoze jedna sudionica kaže:

“Svi moji prijatelji znaju za moju bolest i pomažu u smislu da razumiju zašto se ja više ne mogu toliko družiti s njima kao prije. Ja sam prije bolesti bila vrlo aktivna u društvenom životu, a ova bolest me praktički vezala za kuću u smislu da osim odlaska na posao više nigdje ne idem. Veliki problem su mi i kulturna događanja tipa kazalište, kino, koncerti koje više uopće ne posjećujem.” (Sudionica, 52 godine)

Jedan od sudionika kaže:

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

Zbog česte smjene perioda relapsa i remisije, kao i zbog mogućih komplikacija, te financijskog i emocionalnog tereta, kvalitet života kod oboljelih od UK je značajno smanjen. Jedan od faktora koji utječe na kvalitet života je socijalna podrška. Pored emocionalne, porodica pruža i instrumentalnu podršku na način da prati člana porodice na liječničke preglede, napominje ga kada je potrebno da uzme lijekove, ali se i informiše o bolesti. Istraživanja pokazuju da postoji pozitivna povezanost između kvalitete života oboljelih od UK i socijalne podrške, posebno podrške porodice (Cobb, 1976; Langford i sur., 1997; Moradkhani i sur., 2012). Naši sudionici također navode da su im članovi porodice/životni partneri najveća podrška tokom perioda liječenja i oporavka, što i jeste u skladu sa onim što pokazuju druga istraživanja na ovu temu.

Pored socijalne podrške koja dolazi od strane porodice, za oboljele od UK, odnosno za njihov kvalitet života važna je i podrška životnog partnera. Većina naših sudionika navodi da su njihovi životni partneri bili uključeni u proces dijagnosticiranja, ali i liječenja. Naši rezultati su u skladu s rezultatima drugih istraživača. Naprimjer, u istraživanju koje su uradili Lahat,

Neuman, Eliakim i Ben-Horin (2014) pokazano je da 88% sudionika vjeruje da bi im partnerova veća uključenost u cijeli proces liječenja pomogla da se lakše nose sa bolešću, a 70% njih smatra da bi trebale postojati grupe podrške za partnere. U istraživanju Sainsbury i Heatley (2005) pokazano je da 94% sudionika izvještava o tome da dijele s partnerom svoje brige vezane za zdravstveno stanje, što ukazuje na to da većina oboljelih od UK ima potrebu da se psihički rastereti i da smatraju da su njihovi partneri stabilni izvori podrške. U istom istraživanju pokazano je da manja skupina sudionika, njih 17%, smatraju da uključenost partnera ne može značajno doprinijeti njihovom procesu liječenja. Međutim, zanimljivo je to da čak i u ovoj grupi sudionika, njih 58% izjavljuje da dijele s partnerom svoja razmišljanja i brige vezano za zdravstveno stanje. To ukazuje na njihovu potrebu za psihičkim rasterećenjem, čak i onda kad ne vjeruju da im to može značajno pomoći.

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

Povezanost uma i tijela kod oboljelih

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

“Moje karakterne osobine i stres dosta utječu na tok bolesti i mislim da jeste jedan od uzorka UK. Drugi mnogo bitan faktor jeste hrana.” (Sudionik, 55 godina)

“Vjerujem da je stres uzročnik, pošto se UK manifestirao u razdoblju kada sam bio pod izraženim stresom.” (Sudionik, 41 godina)

“Ne vjerujem da su moje osobine ličnosti uzročnik, ali stres možda djeluje na ovu bolest.” (Sudionik, 52 godine)

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

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

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

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

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

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

“Rješavam problem najčešće tako što mislim konkretno na taj problem i stalno razmišljam o njemu dok se ne odlučim šta je najbolje da učinim.” (Sudionik, 22 godine)

“E, to mi je Ahilova peta, uglavnom čekam da prođe samo od sebe.” (Sudionik, 41 godina)

“Rekla bih da to zavisi od toga o kojem problemu se radi. Volim red i kontrolu i nastojim probleme riješiti što prije. Mislim da mi je ta osobina najviše i utjecala na razvoj kolitisa. Prije dijagnoze sam probleme rješavala uglavnom sama, valjda je to osobina nas žena. Međutim kolitis me naučio da ponekad moram tražiti i pomoć od drugih. A i lakše je tako. U početku sam dosta čitala o ovoj bolesti i tražila druge koji su oboljeli. To mi je pomoglo, ali i otežalo. Čitajući sve to osjetila sam i strah. Sada znam dosta o ovoj bolesti, ali i poznajem sebe i svoje tijelo i nema više straha. Biće šta mora da bude, a ja sam ovdje, spremna.” (Sudionica, 33 godine)

Na pitanje kako bi opisali sebe, sudionici u ovom istraživanju su odgovorili:

“Većinom sam smiren. Smatram se vječnim djetetom, jer se tako i osjećam.” (Sudionica, 41 godina).

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

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

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

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

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

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

Što se tiče trećeg istraživačkog pitanja, povezanosti uma i tijela kod oboljelih, pokazano je da naši sudionici vjeruju da je stres jedan od najvažnijih

uzročnika njihove bolesti. Hauser (2012) je dobio slične rezultate. Suprotno mišljenju liječnika, više od polovine oboljelih smatra da su stres i njihove osobine ličnosti bitne u nastanku bolesti, a više od 90% ih smatra da to utječe na aktivnost njihove bolesti. Međutim, istraživanja pokazuju da stres može pogoršati kliničku sliku kod oboljelih ili da može dovesti do relapsa, ali da nije uzročnik UK (Cacioppo i sur., 1995; Shepanski Xanthopoulos, 2006).

Istraživanja su pokazala da su kod oboljelih od ulceroznog kolitisa česte dimenzije neuroticizam i perfekcionizam. Visoki rezultati na dimenziji neuroticizma povezani su sa smanjenom psihološkom dobrobiti, psihološkom prilagodbom i smanjenim kvalitetom života kod oboljelih od UK (Flet, Baricza, Gupta, Hewitt i Endler, 2011). Za perfekcionizam je također pokazano da se u odnosu na opću populaciju češće javlja kod oboljelih od UK. Njegov negativni utjecaj na ovu bolest se ogleda u povećanoj reaktivnosti na stres i pritisku da sve bude savršeno i pod kontrolom (Sajadinejad, Asgari, Molavi, Kalantari i Adibi, 2012). U našem istraživanju smo dobili drugačije rezultate. Sudionici su svoju ličnost uglavnom opisivali koristeći termine smiren/a, opušten/a, ambiciozan/na. Međutim, u našem istraživanju nisu korišteni mjerni instrumenti na osnovu kojih bi se došlo do uvida u osobine ličnosti sudionika, nego se radilo o samoopisivanju. Bilo bi korisno da se na većem, reprezentativnom uzorku oboljelih iz BiH, Hrvatske i Srbije provede kvantitativno istraživanje na temu osobina ličnosti i UK. Pored perfekcionizma i neuroticizma, osobina za koju se u istraživanjima pokazalo da se javlja često kod oboljelih od UK je aleksitimija. Aleksitimija se definiše kao poteškoća u prepoznavanju i verbaliziranju emocija, te poteškoća u regulaciji i iskazivanju emocija (Barbera i sur., 2017). U mnogim istraživanjima pokazano je da oboljeli od UK postižu više rezultate na mjerama aleksitimije u poređenju sa kontrolnom grupom. Naprimjer, u istraživanju Jones, Wessinger i Crowell (2006) pokazano je da su oboljeli od UK i oni sa sindromom iritabilnog crijeva imali više rezultate na mjerama aleksitimije nego kontrolna grupa. Isti rezultati su pokazani i onda kada su se kontrolisale varijable spola, obrazovanja, anksioznosti, depresije i simptoma bolesti.

DISKUSIJA I ZAKLJUČAK

U ovom istraživanju željeli smo ispitati na koji način sudionici sa UK svoj um (osobine ličnosti, psihički poremećaj, stres i suočavanje) i tijelo (somske simptome) dovode u vezu sa trenutnom kliničkom slikom i tokom bolesti.

Kada je u pitanju klinička slika UK kod naših sudionika, pokazano je da ona u potpunosti odgovara onome što se može pronaći u literaturi. Glavni i jedan od najčešće prijavljivanih simptoma od strane oboljelih je rektalno krvarenje (naprimjer, Dignass i sur., 2012). Iz navedenih odgovora naših sudionika vidimo da su njihova iskustva različita. Oni koji su na bilo koji način imali podršku porodice izjavljuju da su se lakše nosili sa bolešću i da su se brže oporavljali, što je također pokazano u drugim istraživanjima (naprimjer, Cobb, 1976; Langford i sur., 1997; Moradkhani i sur., 2012). Istraživanja o povezanosti uma i tijela kod oboljelih od UK bave se pitanjima povezanosti osobina ličnosti, psihičkih poremećaja, stresa, te stila suočavanja sa UK. Rezultati našeg istraživanja potvrđuju dosadašnje spoznaje o povezanosti stresa i određenih psiholoških poremećaja sa UK.

Prednost kvalitativnog pristupa istraživanju je ta što se nastoji doći do odgovora na pitanje zašto su neke varijable povezane i koji je mehanizam u osnovi te povezanosti, a kroz iskustva sudionika. Također jedna od prednosti našeg istraživanja je i ta što je i sam istraživač osoba sa dijagnozom UK. Upravo zbog toga, sudionici su bili spremniji da podijele svoja iskustva.

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

Prema dobivenim rezultatima našeg istraživanja možemo zaključiti da UK na mnoge načine utječe na kvalitet života oboljelih te da je evidentna povezanost uma i tijela koja se često nalazi u osnovi oboljenja. UK je hronična, teška i nepredvidiva bolest, ali ako čovjeka posmatramo kao cjelinu, ako ga na takav način liječimo i iscijeljujemo, ozdravljenje je jedini mogući ishod.

LITERATURA

1. Barbera, D., Bonanno, B., Rumeo, M., Alabastro, V., Frenda, M., Massihnia, V., Morgante, G., Sidali, A., Craxi, F., Cappello, M., Tumminello, A., Micciche, L. i Nastri, 2017. "Alexithymia and personality traits of patients with inflammatory bowel disease". *Scientific Reports*, 7, str. 1–14.
2. Cacioppo, J. T., Malarkey, W. B., Kiecolt-Glaser, J. K., Uchino, B. N., Sgotas-Emch, S. A., Sheridan, J. F. i sur., 1995. "Heterogeneity in neuroendocrine and immune responses to brief psychological stressors as a function of autonomic cardiac activation". *Psychosomatic Medicine*, 57, str. 154–164.
3. Cobb, S., 1976. "Social support as a moderator of life stress". *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), str. 300–314.
4. Danese, S. i Fiocchi, C., 2011. "Medical progres, Ulcerative Colitis". *The New England Journal of Medicine*, 365, str. 1713–1725.
5. Dignass, A., Eliakim, R., Magro, F., Masser, C., Chowers, Y., Geboes, K., Mantzaris, G., Travis, S., Lindsay, J. O. i Van Assche, G., 2012. "Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 1: Definitions and diagnosis". *Journal of Chron's and Colitis*, 6, str. 965–990.
6. Eaden J. A., Abrams, K., i Mayberry J. F., 1999. "The Crohn's and Colitis Knowledge Score: a test for measuring patient knowledge in inflammatory bowel disease". *American Journal of Gastroenterology*, 94, str. 3560–3566.
7. Flett, C., Baricza, A., Gupta, P. L., Hewitt, A. i Endler, S., 2011. "Perfectionism, psychosocial impact and coping with irritable bowel disease: a study of patients with Crohn's disease and ulcerative colitis". *Journal of Health Psychology*, 16, str. 561–571.
8. Hauser, G., 2012. "Differences in the health-related quality of life, affective status, and personality between irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease patients". *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 22, str. 862–867.
9. Ivančević, Ž., Rumboldt, Z., Bergovec, M., Silobrčić, V. i Bruketa, D., 1997. *Harrison principi interne medicine* (1. izd.). Zagreb: Placebo.
10. Jones, M., Wessinger, S. i Crowell, M. S., 2006. "Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease". *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 4, str. 474–481.
11. Kumar, V., Abbas, A. B., Fausto, N. i Mitchell, R. N., 2000. *Robinsove osnove patologije*. Zagreb: Data Status.
12. Lahat, A., Neuman, S., Eliakim, R. i Ben-Horim, S., 2014. "Partners of patients with inflammatory bowel disease: how important is their support?". *Clinical and Experimental Gastroenterology*, 47, str. 255–259.

13. Langford, C. P., Browsher, J., Maloney, J. P. i Lillis, P. P., 1997. "Social support: a conceptual analysis". *Journal of Advances Nursing*, 25, str. 95–100.
14. Moradkhani, A., Beckman, L.J. i Tabibian, J., 2012. "Health-related quality of life in inflammatory bowel disease: Psychosocial, clinical, socioeconomic, and demographic predictors". *Journal of Chron's and Colitis*, 7, str. 467–473.
15. Pećnjak, D. i Špiljak, I., 2014. "Argument iz znanja i modalni argument za dualizam u filozofiji uma". *Bogoslovna smotra*, 84 (1), str. 73–95.
16. Radojković, D., Hadži Pešić, M. i Panić, D., 2013. "Osobine ličnosti, strategije prevladavanja stresa i sklonost psihosomatici kod studenata". *Časopis za društvene nauke*, 2, str. 735–751.
17. Sainsbury A. i Heatley R. V., 2005. "Review article: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease". *Aliment Pharmacol Therapy*, 21, str. 499–508.
18. Sajadinejad, M., Asgari, K., Molavi, H., Kalantari, M. i Adibi, P., 2012. "Psychological Issues in Inflammatory Bowel Disease: An Overview". *Gastroenterology Research and Practice*, 18, str. 2–18.
19. Shepanski Xanthopoulos, M., 2006. *The relationships among psychological distress, stress, disease symptom activity, and coping in adolescent diagnosed with Chron's disease*. Philadelphia: Faculty of Drexel University.
20. Tomić, N., 2003. "Somatoformni i psihosomatski poremećaji: dijagnostička paralela". *Psihijatrija danas*, 35 (1), str. 91–96.

THE RELATIONSHIP OF MIND AND BODY IN PATIENTS WITH ULCEROSE COLITIS: QUALITATIVE RESEARCH

Summary

Ulcerative colitis (UK) is one of the chronic inflammatory disorders of unknown cause, affecting the gastrointestinal tract. With regard to the clinical picture, episodes of bloody-mucous diarrhea can be characterized, which may last from several days, weeks, or months, when they cease, to recur after an asymptomatic period, which may last for months or years. The aim of this study was to examine how patients cope with symptoms, what their quality of life is, and how the mind-body connection affects their symptoms and the onset of the disease. Six people were interviewed. According to the testimonies of the participants, the UK had a significant impact on reducing their quality of life, while social support from their loved ones and adequate coping style were very supportive for their healing. In addition, all participants believed that stress was the cause of their condition. Although research indicates that neuroticism, perfectionism, and alexithymia are more common in UK patients than in the general population, our participants did not consider them to have pronounced personality traits. According to the results of our research, we can conclude that the UK in many ways affects the quality of life of the sick and that the connection between mind and body, which is often at the heart of the disease, is evident.

Key words: *ulcerative colitis, mind-body connection, gut-brain connection, quality of life*