

Medicinski gaslighting u Hrvatskoj - uzroci i posljedice umanjivanja simptoma pacijenata od strane liječnika

Gotal, Lara

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:131:454798>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-11**



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
University of Zagreb
Faculty of Humanities
and Social Sciences

Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)



Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Odsjek za etnologiju i kulturnu antropologiju

Diplomski rad

**Medicinski *gaslighting* u Hrvatskoj – uzroci i posljedice umanjivanja
simptoma pacijenata od strane liječnika**

Studentica: Lara Gotal

Mentorica: dr. sc. Tanja Bukovčan

Zagreb, 2023.

Izjavljujem pod punom moralnom odgovornošću da sam diplomski rad *Medicinski gaslighting u Hrvatskoj – uzroci i posljedice umanjivanja simptoma pacijenata od strane liječnika* izradila potpuno samostalno uz stručno vodstvo mentorice Tanje Bukovčan. Svi podaci navedeni u radu su istiniti i prikupljeni u skladu s etičkim standardom struke. Rad je pisan u duhu dobre akademske prakse koja izričito podržava nepovredivost autorskog prava te ispravno citiranje i referenciranje radova drugih autora.

Vlastoručni potpis studenta



Lana Gotal

Sadržaj

| | |
|---|----|
| 1. Uvod | 1 |
| 2. <i>Gaslighting</i> | 3 |
| 2.1. Što je to <i>gaslighting</i> ? | 3 |
| 2.2. Medicinski <i>gaslighting</i> | 4 |
| 3. Nevidljive bolesti..... | 5 |
| 4. Analiza..... | 7 |
| 4.1. Pristup i stav kao moguća prevencija medicinskog <i>gaslightinga</i> | 7 |
| 4.2. Vjeruješ li mi na riječ? | 10 |
| 4.3. Bolesno tijelo zdravog izgleda..... | 12 |
| 4.4. Manifestacija medicinskog <i>gaslightinga</i> | 13 |
| 4.4.1. „Sve ti je u glavi“..... | 13 |
| 4.4.2. Preispitivanje zdravog razuma..... | 18 |
| 4.4.3. Zakidanje za pružanje medicinske usluge..... | 20 |
| 4.4.4. Zakidanje za terapiju – Studija slučaja..... | 25 |
| 4.4.5. Liječenje papira, a ne pacijenta..... | 27 |
| 4.4.6. Zakidanje za informacije..... | 36 |
| 4.5. Uzroci | 37 |
| 4.5.1. Neznanje..... | 37 |
| 4.5.2. Održavanje autoriteta i moći | 39 |
| 4.6. Posljedice | 46 |
| 4.6.1. Gubitak povjerenja u medicinu | 47 |
| 4.6.2. Gubitak podrške bliskih osoba | 52 |
| 5. Zaključak | 54 |
| 6. Bibliografija | 56 |

1. Uvod

Praksa umanjivanja ili negiranja simptoma pacijenata prisutna je u zdravstvenim institucijama, a njoj su izloženi pacijenti koji boluju od nevidljivih bolesti. (usp. Japp 2005, Ware 1992, Aronwitz 1998) Naime, kod takvih bolesti najčešće manjka ili je teško pronaći fiziološke dokaze o prisutnosti bolesti. Zbog etikete i dojma „nevidljivosti“ taj se skup bolesti običava zakinuti za legitimitet, a pacijente se tretira kao hipohondre i nepovjerljive izvore svjedočenja o patnji, kojima se bez dokaza ne vjeruje na riječ (*Id.*). Posljedično, ti bi pacijenti mogli biti marginalizirani i zanemareni od strane društva.

Svijest o tome da sve češće do mene dopiru negativna iskustva ljudi koji godinama ne mogu doći do odgovora, dijagnoze i pomoći te čije se slučajeve umanjuje, zanemaruje i odbacuje te osobna iskustva medicinskog *gaslightinga*, činili su polazište za pisanje ovoga diplomskog rada. Osobni dojam o tome da sve više ljudi obolijeva od „misterioznih“, „autoimunih“ i „nevidljivih“ bolesti, a da liječnici zbog, u tom trenutku, nepoznatih mi razloga te pacijente uzastopno „otpisuju“ ili ih usmjeruju psiholozima i psihijatrima i time taj skup kroničnih bolesnika ostavljaju razočaranima, usamljenima i zanemarenima, potaknuo me da istražim o čemu je tu riječ. Osim potrebe za boljim razumijevanjem medicinskog *gaslightinga* i nevidljivih bolesti, glavni cilj provedbe ovog istraživanja bio je dati glas pacijentima koje se tretira kao „druge“ i neutemeljeno proglašava „ludima“.

Dodatna motivacija bilo je otkriće da nitko u Hrvatskoj još nije pisao o medicinskom *gaslightingu* dok se u Zapadnom svijetu već godinama aktivno spominje i istražuje ta tema. O *gaslightingu* se mnogo pisalo iz sociološke perspektive, stoga su radovi poput *The sociology of gaslighting* (Sweet, 2019) ili *Towards a sociological understanding of medical gaslighting in western health care* (Sebring, 2021) bili od koristi za razumijevanje dublje i društvene pozadine *gaslightinga*. S obzirom na to da se sadržaj ovoga rada usredotočio na nevidljive bolesti, članci koji se bave tom temom bili su od pomoći u njihovom razumijevanju i razjasnili su uzroke njihove marginaliziranosti i izloženosti medicinskom *gaslightingu*. U tome bi se kontekstu mogli spomenuti radovi poput *Illnesses you have to fight to get: Facts as forces in uncertain, emergent illnesses* (Dumit, 2006) u kojem autor piše o problematici sindroma kroničnoga umora i sindroma višestruke kemijske preosjetljivosti; *Long Covid and medical gaslighting:*

Dismissal, delayed diagnosis and deferred treatment (Au et al, 2022) te *The etiquette of endometriosis: Stigmatisation, menstrual concealment and the diagnostic delay* (Seear, 2009). Unatoč početnom dojmu o manjku literature koja se bavi temom medicinskog *gaslightinga*, nakon dubljeg ulaska u temu i pronalaska novih ključnih riječi, pokazalo se kako literature potrebne za lakše razumijevanje teme ne manjka. Jedan od kasnije otkrivenih pristupa temi bilo je obrađivanje literature koja se bavi epistemičkom nepravdom i odnosima moći u odnosu liječnika i pacijenta. Znanstvenih radova pisanih iz etnološke i antropološke perspektive vrlo je malo, no valjalo bi istaknuti jednu autoetnografiju španjolske autorice Jenny Paole Becerre Castro: *An autoethnography on stigma and medical oppression in Chronic Fatigue Syndrome* (2023). Zanimljivo je napomenuti kako su gotovo svi radovi koji se bave problematikom *gaslightinga* ili medicinskog *gaslightinga* recentni, odnosno objavljeni unutar posljednjih nekoliko godina te da ih je mnogo izdano ove godine.

Osim analize literature i medijskih članaka, glavna metoda ovoga istraživanja bila je provedba sedam polustrukturiranih intervjua s kazivačima koji boluju od neke od nevidljivih bolesti. Pri odabiru kazivača nastojalo se da budu muškog i ženskog spola te da boluju od različitih nevidljivih bolesti kako bi se dobila šira slika. Troje su kazivača poznanici, a ostale su kazivačice pronađene zahvaljujući javnoj molbi za sudjelovanjem u istraživanju postavljene u Facebook grupi Žuto UŽE -udruženje žena endometrioza. Prve dvije kazivačice, Željka koja boluje od lajmske bolesti i Ljubica koja boluje od fibromijalgije, intervjuirane su provedbom dužeg polustrukturiranog intervjua u njihovim domovima. Sljedeći intervju proveden je videopozivom te se radilo o polustrukturiranom intervjuu Ide koja je svoje dijagnoze hashimota i potencijalne celijakije dovela pod kontrolu uz pomoć AIP (autoimunog) protokola o kojemu se kasnije stručno educirala i počela raditi kao AIP trener. Andrea, koja boluje od endometrioze, intervjuirana je u mojem domu nakon pregleda u Kliničkoj bolnici Sveti Duh. Posljednja su tri intervjua zbog fizičke udaljenosti provedena *online*, a radilo se o Karlu koji boluje od sindroma kroničnog umora kao postcovid stanja te o Sanji i Svjetlani koje boluju od endometrioze.

Rad je strukturiran tako da nakon pojašnjenja termina *gaslighting*, medicinski *gaslighting* i nevidljive bolesti, slijedi razrada u sklopu koje se izlažu iskustva i razmišljanja kazivača te se njihove priče stavljaju u kontekst i analiziraju. Razrada je podijeljena u poglavlja koja se bave mogućnošću prevencije medicinskog *gaslightinga*, njegovoj manifestaciji, uzrocima i posljedicama.

2. Gaslighting

2.1. Što je to gaslighting?

Izraz *gaslighting*^I prema rječniku Merriam-Webster mogao bi se definirati kao psihološka manipulacija koju napadač vrši nad žrtvom s ciljem da žrtva tog nasilja počne sumnjati u vlastito pamćenje, misli i percepciju stvarnosti, što dovodi do gubitka samopouzdanja i sigurnosti, sumnje u vlastitu emotivnu ili mentalnu stabilnost te ovisnosti žrtve o napadaču. Prema podacima spomenutog rječnika izraz *gaslighting* je u 2022. godini pratio porast od čak 1740 % i našao se na popisu riječi godine po broju pregleda^{II} što govori u prilog njegovoj aktualnosti i značajnosti. *Cambridge Dictionary*^{III} ističe kako *gaslighting* predstavlja radnju u kojoj se nekoga vara ili kontrolira tako što ih se uvjeri u postojanje stvari kojih nema, aludirajući na to da su žrtve potencijalno mentalno bolesne. Zanimljivo je istaknuti nedostatak tog termina u hrvatskim rječnicima te nepostojanje točnoga prijevoda. Jedini predloženi prijevod na hrvatski jest *izluđivanje*, termin koji dosta dobro opisuje akciju koja se vrši, no nedostaje joj komponenta korijena od kojeg potječe riječ *gaslighting*, stoga će se u radu koristiti engleskom inačicom.

Termin *gaslighting* zaživio je nakon poznatog filma *Gaslight* redatelja Georgea Cukora iz 1944. godine koji iznosi priču o supružnicima Pauli (Ingrid Bergman) i Gregoryju (Charles Boyer) u kojoj muž svjesno manipulirajući pokušava uvjeriti svoju suprugu da je izgubila zdrav razum kako bi ju zbog toga mogao hospitalizirati i time doći do njenog bogatstva. Njegova se strategija sastoji od mnogostrukih radnji kojima upravlja ne samo njenim umom već i okruženjem i prijateljima, izvrćući pritom njenu percepciju stvarnosti i svakodnevnice. Primjerice, u jednoj sceni podmeće svoj sat u supruginu torbicu i onda je javno pred prijateljima optužuje da mu ga je ukrala, u drugoj sceni skriva predmete po kući i optužuje ju da je zaboravna. Također ju

^I „psychological manipulation of a person usually over an extended period of time that causes the victim to question the validity of their own thoughts, perception of reality, or memories and typically leads to confusion, loss of confidence and self-esteem, uncertainty of one's emotional or mental stability, and a dependency on the perpetrator“

(<https://www.merriam>

[webster.com/dictionary/gaslighting#:~:text=%3A%20psychological%20manipulation%20of%20a%20person,or%20mental%20stability%2C%20and%20a](https://www.merriam-webster.com/dictionary/gaslighting#:~:text=%3A%20psychological%20manipulation%20of%20a%20person,or%20mental%20stability%2C%20and%20a))

^{II} (<https://www.merriam-webster.com/wordplay/word-of-the-year>)

^{III} „The action of tricking or controlling someone by making them believe things that are not true, especially by suggesting that they may be mentally ill“ (<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/gaslighting>)

odlučuje zakinuti za društvene kontakte kako bi imao što veću kontrolu nad njom i proglašava ju histeričnom i mentalno nestabilnom (usp. Abramson 2014:1; Sweet 2019:861-852).

Film predstavlja odličan portret psihološkog mučenja kakvo je i *gaslighting* te unatoč tome što je poprilično surov, predstavlja otvaranje osviještenosti i javnog dijaloga o tom psihološkom fenomenu. Vrhunac javnog narativa o *gaslightingu* bila je publikacija knjige *The gaslight effect* američkog psihologa Robina Sterna 2007. godine u kojoj se iznose iskustva inspirirana pričama Sternovih pacijenata. Knjiga je znatno popularizirala pojam *gaslighting* te doživjela drugo izdanje u 2018. godini (usp. Sweet 2019: 851). 2018. je godine također izdana još jedna knjiga iste tematike – *Gaslighting: Recognize Manipulative and Emotionally Abusive People* čija je autorica psihologinja specijalizirana u polju *gaslightinga*, nasilja u odnosima i narcisističkim zlostavljačima. U godinama koje su uslijedile prati se uzlazna putanja publikacija na temu *gaslightinga*, sukladno razvoju interesa za tu temu te se 2020. i 2021. godine izdaju mnogobrojni naslovi.

2.2 Medicinski *gaslighting*

U prethodnom se poglavlju pružio uvid u opću definiciju *gaslightinga* i u njegovu popularizaciju i sve aktivniju upotrebu u društvu, a u ovome će se poglavlju pojasniti pojam medicinskog *gaslightinga* koji je tema ovoga diplomskoga rada. Iako se, kao što je spomenuto u uvodu, o *gaslightingu* najčešće piše iz psihološke perspektive, za tumačenje medicinskog *gaslightinga* korisna je i sociološka perspektiva koja razotkriva njegovu društvenu pozadinu i potencijalne uzroke. Neki autori, poput J. C. H. Sebring, naglašavaju važnost ideološke podloge medicinskog *gaslightinga* u domeni zapadne medicine, tumačeći ga kroz feminističku i Foucaultovu (1998) analizu (usp. Sebring 2021). Spomenuta autorica tvrdi da postoji duga tradicija invalidacije lošeg zdravstvenog stanja pacijenata i uvjeravanja pacijenata u psihički uzrok bolesti te da taj fenomen možemo pratiti kao naslijeđe u 20. stoljeću popularne dijagnoze histerije, koja predstavlja psihijatrijsku dijagnozu koju karakterizira pretvorba emocionalne rastresenosti u fizičke simptome. Tom se dijagnozom ponajviše etiketiralo žene, crnce i siromašne, odnosno one koje su u tom vremenu smatrali „drugima“, devijantnima ili riskantnima. Medicinski je *gaslighting* prema tom tumačenju jedna komponenta primjene biomoći te obrazac primjene opravdane kontrole nad onima koji prema društvenom konstrukturu spadaju u „druge“ (usp. Sebring 2021: 1-5).

Mehanizam *gaslightinga* koji možemo pratiti u slučaju medicinskog *gaslightinga* susretanje je *gaslightera* s nečim što mu uzrokuje neugodnost ili što ne može prihvatiti, stoga odlučuje to nešto pripisati nekome drugome. Pri tome se u pozadini nalazi nemogućnost toleriranja mogućnosti izazova ili proturječja, odnosno traži se eliminacija svake mogućnosti neslaganja. *Gaslighter* u tom slučaju posjeduje svoje tumačenje svijeta ili neke tematike te od žrtve traži da ga ona vidi upravo takvim jer je to prema njemu jedino ispravno. Uz to čest je cilj *gaslightinga* u domeni medicine želja za održanjem moći i hijerarhije društvenih odnosa (usp. Abramson 2014: 5-9).

3. Nevidljive bolesti

Nevidljive bolesti predstavljaju skup bolesti od kojih boluju milijuni ljudi diljem svijeta, a koje karakterizira nespecifična simptomatologija te problematična i dugotrajna dijagnostika, zbog toga što se tradicionalnim pretragama obično ne pokazuje organski uzrok bolesti (usp. Pederson 2018:1). A unutar medicinskog svijeta ono što je „nevidljivo“ pojašnjava se kao psihološki uvjetovano i manje ozbiljno od onog fizički vidljivog (usp. Becerra Castro 2023).

Sam naziv te skupine bolesti razotkriva njihovo glavno obilježje – nevidljivost. Slikovito pojašnjenje nevidljivosti pružili su kazivači u svojoj naraciji:

„Bol kao bol, kao osjet, je nešto što je neprenosivo, to je nešto što ne možeš nikom...možeš ju verbalizirati, al čak ju ni riječima ne možeš dobro opisati niti itko tko ne osjeća bol može uopće shvatiti što je tuđa bol, to je pitanje empatije. A sad, zašto su nevidljive bolesti, zato što mi...kad strgaš ruku, ruka ti je u gipsu, pa uzmeš bolovanje. Ležiš doma i svi znaju da si bolestan, a ti s ovim bolestima ne možeš imat bolovanje neprestano, znači moraš raditi jer ti zapravo funkcioniraš. Nevidljiva je jer nema fizičke manifestacije i jer mi uz njih funkcioniramo i radimo jer moramo preživjeti, samo što se trošimo više nego što bi se trošili da nas ne boli. To su tiha stanja, ja radim. Ja radim u nastavi i jedan od simptoma je da kad te boli tražiš riječi, imaš takozvani fibrofog i ne možeš se sjetiti riječi. Ja radim uz sve te bolove i odradim, ali samo onda za vikend u komi i u slobodno vrijeme ne idem nigdje.“ (Ljubica)

Iako se u ovom citatu kazivačica referirala na gips kao doslovnu fizičku vanjsku manifestaciju bolesti koju bi svatko mogao zamijetiti i prihvatiti kao legitimnu bolest, kod nevidljivih je

bolesti situacija takva da ni liječnici ni njihov stručni *medical gaze*^{IV} dugo vremena ili nikad ne dopru do objektivne vizualizacije uzroka zdravstvenih tegoba. Masana je u svojem radu nevidljive bolesti sažeto definirala kao one koje „nisu primjetne, ali postoje“ (2011: 128).

Problem koji proizlazi iz tog manjka fizički vidljivih dokaza uzroka bolesti jest taj da im biomedicina zbog toga ne priznaje legitimitet. Odnosno, po općim načelima biomedicine „samo objektivno mjerljive bolesti su legitimne bolesti“ (Aronwitz 1998:12). A činjenica da se profil takvih bolesti ne uklapa u okvir biomedicine dovodi do toga da ih ona ili odbacuje, odnosno negira, ili da ih marginalizira. Upravo to „neuklapanje u kalup“ biomedicine te manjak inicijative i volje za time da se simptomi shvate i tretiraju ozbiljno unatoč manjku organskih dokaza, dovodi do toga da se kao polurješenje problema nameće eksplicitno ili implicitno prebaciti krivnju na pacijenta (usp. Japp 2005:108). U nedostatku kliničkih dokaza liječnici običavaju vjerovati da je uzrok simptoma u pacijentovom umu, što dovodi do prakse medicinskoga *gaslightinga* i do toga da pacijenti počinju sumnjati u vlastiti zdravi razum. Pacijenti najčešće shvaćaju da je medicinski i društveni svijet ustrojen tako da se ono nefizičko percipira kao nestvarno, odnosno kao nešto što je izmišljeno ili nametnuto umom, a ta „nesposobnost“ percepcije stvarnosti u njima budi osjećaj srama (*Ibid.* 112).

Iako ne postoji službeni popis bolesti koje bi spadale pod domenu nevidljivih, neki su primjeri: dijabetes, celijakija, hipertenzija i endometrioza kao primjeri čestih i u biomedicini dobro prihvaćenih, potom CFC (*Chronic Fatigue Syndrome*/sindrom kroničnog umora), FM (*Fibromyalgia*/fibromijalgija), MCS (*Multiple Chemical Sensitivity*/višestruka kemijska osjetljivost), lajmska bolest, lupus, POTS (*Postural orthostatic tachycardia syndrome*/sindrom postularne ortostatske tahikardije), IBS (*irritable bowel syndrome*/sindrom iritabilnog crijeva), Chronova bolest itd. (usp. Masana 2011; Japp 2005; Witvliet 2022). Lista se aktivno nadograđuje, a jedan od primjera novije pridružene nevidljive bolesti je i takozvani *post COVID* koji je unatoč početnom potenciranju medicinskog *gaslightinga*, prema nekim autorima poput Witvliet doveo je do pozitivne promjene time što je dao veću vidljivost ostalim nevidljivim bolestima (2022).

^{IV} Michael Foucault u djelu *Rađanje klinike* tumači koncept „medical gazea“ kao postupak u kojem liječnik odabire koji elementi bolesti su biomedicini relevantni, a pacijentovo kazivanje po potrebi modificira kako bi se uklopilo u biomedicinsku paradigmu.

4. Analiza

4.1. Pristup i stav kao moguća prevencija medicinskog *gaslighting*a

Ako krenemo od pretpostavke da većini ljudi liječnička pomoć zatreba tek povremeno, a kad ju potraže, ona im najčešće bude brzo i jednostavno pružena, vrlo je izgledno da će se u tim slučajevima raditi o biomedicini dobro poznatim dijagnozama. Tj. u pitanju će biti slučajevi u kojima je organski uzrok tegoba objektivno vidljiv i mjerljiv, stoga nema potrebe preispitivati istinitost pacijentova kazivanja, odnosno prakticirati medicinski *gaslighting*. Ukoliko neka od pretraga ukazuje na konkretan problem, liječnik će pripisati terapiju za koju postoje jasne upute i smjernice u medicinskim knjigama. Dakle, u takvim slučajevima proces traženja liječničke pomoći predstavlja čin koji u srži slijedi shemu trebam-tražim-dobijem pomoć. Dakako, valja napomenuti kako postoje i složeni slučajevi teških bolesti čije liječenje nije tako linearno, jednostavno i uspješno.

Međutim, postoji skupina pacijenata koji se bore s kroničnim i/ili nevidljivim bolestima kojima je put traženja pomoći i dolaska do dijagnoze mnogo kompleksniji te obuhvaća niz specifičnih mentalnih procesa i priprema. U toj skupini govorimo o osobama koje su imale mnogo iskustava s liječnicima i zdravstvenim sustavom, pri čemu su ona češće bila neugodna. Upravo zbog tih loših iskustava liječnicima više ne pristupaju neopterećeno, nego na liječničke konzultacije dolaze sa cijelim setom pretpostavki o tome kako bi konzultacije mogle proći te strahuju od ponovnog lošeg ishoda. Odlazak u bolnicu većini predstavlja stresan čin sam po sebi zbog pesimističnog okruženja u koje pacijenti moraju zakoračiti, zbog izlaganja tuđoj patnji, nervozi i brizi te zbog sinteze intenzivnih i uznemirujućih podražaja poput buke, mirisa i brze izmjene vizualnih prizora patnje. Svaki pacijent uz to u bolnicu unese i neki osobni nemir i strah od pregleda i potencijalne loše dijagnoze, no pacijenti koji boluju od kroničnih i/ili nevidljivih bolesti sa sobom nose još nekoliko posebnih briga, a to su: strah od ponovnog nedobivanja odgovora i dijagnoze te strah od odbacivanja.

U razgovoru sa svim kazivačima pokazalo se da unatoč tome što neki tvrde da su „otupili“ od odlazaka doktorima nakon toliko vremena i iskustava, u praksi se i dalje svi svjesno ili nesvjesno pripremaju za ulazak u ordinaciju i izlaganja simptomatologije. Zanimljivo je kako je svih sedam intervjuiranih osoba izjavilo da uvijek na pregled dolaze sa šalabahterom, odnosno setom natuknica ili pripremljenih pitanja koje žele proći sa svojim liječnikom i za koje znaju da će u protivnom zbog stresa zaboraviti:

„Ja uvijek moram imati šalić jer se zbunim. Ja kad vidim doktora i one ljude u čekaoni s kojima bacim neku spiku, zaboravim. Pa si uvijek dođem sa šalićem. Pitanje prvo, drugo, treće i ne dam se smesti jer bez toga nisam ništa obavila.“ (Željka)

Uz šalabahter kao fizički oblik pomoći koja mu pruža određenu sigurnost i osjećaj pripremljenosti, jedan pacijent s nevidljivom bolesti odrađuje i psihičku pripremu. Naviknuti na loš tretman i *gaslighting* ti pacijenti raznim tehnikama opuštanja, osnaživanja i priprema na moguće ishode pokušavaju pridobiti osjećaj sigurnosti, hrabrosti za suočavanje i staloznost.

„Psihički se pripremam i uvijek dođem sa setom pripremljenih pitanja zato što ja s njima moram voditi diskusiju, moram se psihički pripremiti radi neugodnih iskustava koje sam imala i svaki...jednostavno mi je već dosta biti na iglama svaki put kad idem na pregled jer znam da to tako ne bi trebalo biti. Ne bi trebalo biti da pacijent bude u strahu od razgovora sa svojim doktorom koji tu tehnički treba biti da tebi želi dobro“. (Andrea)

Zanimljiv je trenutak činjenica da kazivači razgovor na konzultacijama s liječnikom definiraju kao diskusiju ili ga opisuju kao neku vrstu borbe u kojoj se oni moraju ponašati kao ravnopravni suparnici ako žele da ih se shvati ozbiljno: „treba imati dobre argumente i to je borba“ (Karlo). Uz to većina kazivača navodi da često pristup liječniku, iliti nastup, utječe na rezultate i produktivnost liječničkih konzultacija u smislu da kvalitetno i samouvjereno izlaganje simptomatologije umanjuje šansu da će biti žrtva *gaslightinga*. No, valja uzeti u obzir činjenicu da pacijenti na liječničke konzultacije dolaze kad im je loše i time su *a priori* ranjiviji i slabiji „rivali“. Također, činjenica je da ih se ne može gledati kao ravnopravne sudionike dijaloga jer se i dalje podrazumijeva da su liječnici nositelji autoriteta te su time nadređeni, o čemu će biti više riječi u poglavlju o konceptu liječničke moći.

„Bitno je biti koncizan i kritičan u razgovoru s doktorom što naravno nije lako nikom, a pogotovo ljudima koji se suočavaju s kroničnim bolestima. To dodatno opterećuje pacijenta koji je sam po sebi pogubljen u tom problemu, a odlazi doktoru samo po savjet i razjašnjenje.“ (Karlo)

Jedna kazivačica, koja radi kao certificirani AIP trener, pojasnila je kako sa svojim klijentima na konzultacijama razvija strategiju pristupa doktorima jer je svjesna koliko se ponekad teško izboriti za riječ, validaciju i odgovore. Međutim, unatoč pripremi često se dogodi da pacijenti sve to zaborave jednom kad se nađu pred autoritetom doktora:

„Prolazim tu priču sa klijentima, definitivno razvijamo strategiju kako pristupiti liječnicima što je zapravo tako žalosno da uopće moramo. Ono na što stavljam naglasak je priča i nastup i pripremljena pitanja i to da dođeš sa tim stavom da ćeš ostati ovdje dok ne dobiješ odgovore. Definitivno kužim da je to neki jako bitan moment i definitivno na tome radimo. Iz nekog vlastitog iskustva i iskustva klijenata, nekad upali, nekad ne jer se ljudi nekad ne snađu i jednostavno im se, što oni kažu, „odsjeku im se noge“, zamrzneš se i bez obzira na svu tu pripremu, oni kad se nađu tamo u tom uredu, pred tim autoritetom... Dođu sa tom idejom da će oni sad kao nešto i to se rasplinu u sekundi jer ti je dovoljno da liječnik bude loše volje ili da ti baci nakakav zločesti komentar i da se ti... Generalno ljudi se potpuno scimaju kad ih tak liječnik... totalno se zbrejkaju, zaborave sve što su htjeli pitati, sve zaborave...“ (Ida)

Većina je kazivača također zaključila da su liječnici skloni loše reagirati kad im pacijent kaže da je sam istraživao i potencijalno si pronašao dijagnozu pa kao obrambeni mehanizam empatično kažu da razumiju da ne vole metode samodijagnoze, a potom im se ispričaju na tome i daju im do znanja da ne žele da djeluje kao da su došli pametovati, a nemaju diplomu iz medicine:

„Jedino uvijek pazim, mislim ja njima kažem 'znate guglala sam' i 'znam da to ne volite, ali ja sam morala'. Uvijek pazim da imam tu neku ravnotežu da ne ispadne da sam došla reći dijagnozu, pogotovo svojoj doktorici opće prakse jer ona ne voli da joj dođeš s dijagnozom.“ (Ljubica)

U prilog nužne promišljenosti u ponašanju na liječničkim konzultacijama govori i činjenica da takvi pacijenti, da bi bili ozbiljno shvaćeni, moraju pronaći točan omjer u izlaganju ozbiljnosti i intenziteta njihove simptomatologije jer, ukoliko se previše žale, djelovat će kao da izmišljaju i pretjeruju, a ako to učine suzdržano, vrlo je izgledno da neće potaknuti interes i inicijativu liječnika (usp. Japp 2005:110). Na liječničkim konzultacijama stoga poduzimaju određene korake čiji je cilj prevencija poticanja lošeg raspoloženja i gubitka strpljenja liječnika, odnosno mogućnosti otpisivanja njihova slučajeva i ostajanja bez odgovora.

Iz izloženog može se zaključiti kako je ta vrsta pacijenta nakon dugogodišnjeg iskustva borbe i zalaganja za svoja prava ustanovila kodeks ponašanja u svrhu prevencije medicinskog *gaslightinga*. Slično tumačenje daje i istraživanje Au et al. (2022) u kojem pojašnjavaju kako, da bi dobio primjerenu skrb, pacijent treba posjedovati prikladan zdravstveni kapital te znati prevesti simptome u znakove, a njihov će nedostatak rezultirati dugim odisejama do dijagnoze

ili rješenja. A dodatna je komplikacija činjenica da što dulje traje put do dijagnoze nevidljive bolesti, manja je šansa da će neki liječnik povjerovati u postojanje bolesti (usp. Au et al. 2022: 3).

4.2. Vjeruješ li mi na riječ?

Za neke nevidljive bolesti poput endometrioze postoji mogućnost dokazivanja bolesti tradicionalnim zapadnomedicinskim metodama provedbe testova. Konkretno, kombinacije ultrazvučne te MR ili CT snimke koja pokazuje endometrijske priraslice koje objašnjavaju intenzivne bolove. Međutim, te su priraslice ponekad vidljive tek pri operativnom zahvatu do kojeg će doći samo ako postoji povjerenje liječnika u mogućnost takve dijagnoze, a najčešće je potrebno promijeniti mnogo liječnika i potratiti nekoliko godina da bi se došlo do dovoljno stručne osobe koja je specijalizirana i motivirana za njihov pronalazak. Ali, barem postoji mogućnost dolaska do fizičkih dokaza koji će vjerojatno pacijenticu poštedjeti daljnjeg *gaslightinga* i omogućiti joj dolazak do pomoći. No, postoje nevidljive bolesti za koje ne postoje pretrage koje bi pokazale organski i fizički dokaz bolesti koji bi predstavljali izvor povjerenja doktora prema pacijentu. Krvna je slika kod takvih pacijenata najčešće više ili manje uredna, a ostale pretrage također nemaju dovoljnu osjetljivost da bi mogle pokazati točan problem. Unatoč velikom napretku medicine bol ili umor se i dalje ne mogu testirati, nego počivaju na povjerenju: „Jako je teško jer ti simptomi su aj mi vjeruj da me boli, nama su laboratorijski nalazi ok, znaš.“ (Ljubica)

A biomedicina u velikoj većini slučajeva iziskuje postojanje vidljivog uzroka bolesti te se kazivanja pacijenata ne mogu držati kao objektivni dokazi (usp. Japp 2005:111). To pak vodi do paradoksa da „Osoba mora posjedovati laboratorijski dokaz da mu se prizna patnja, odnosno mora patiti unutar konkretnog koda da bi to bilo stvarno, a ukoliko to nije tako, onda uopće ne pati”^v (Dumit 2006:580).

Ukoliko se osvrnemo na bol kao na jedan od glavnih simptoma kod nevidljivih bolesti poput fibromialgije i endometrioze, zapadna će mu medicina pristupiti tako da pozornost usmjeri na potragu za tjelesnim uzrokom bola, a ukoliko se on ne pronađe i zbog toga se ne može ublažiti ili eliminirati nekom od medicinskih intervencija, pokazat će se neadekvatnim i

^v „One must have laboratory signs in order to be suffering; one must suffer in code in order to be suffering in fact, or one does not suffer at all” (Dumit 2006:580)

nekompetentnim u rješavanju tegoba (usp. Turk & Gatchel 2018). Pri tome će mnogi bolesnici koji pate od dugotrajnih kroničnih bolova čiji tjelesni uzrok nije potpuno jasan, ostati bez odgovarajuće terapije i pomoći (usp. Havelka 1998:240). Stoga se kao prikladniji model za tretiranje i razumijevanje kroničnih i nevidljivih bolesti koje u svojoj etiologiji nemaju samo jedan jasan biološki uzročnik (npr. bakteriju ili virus), već su uvjetovane složenim interakcijama brojnih rizičnih čimbenika, nametnuo se biopsihosocijalni model. Razvoj tog modela plod je istraživanja složenih odnosa psihe i tijela i međusobnog utjecaja brojnih bioloških, psiholoških, socijalnih, kulturoloških, ekoloških i drugih čimbenika na zdravlje i bolest, čime se postupno proširivalo tradicionalno, biološko poimanje bolesti kao pojave uvjetovane gotovo isključivo patogenim biološkim procesima ili ozljedama, a teorijski okvir tog modela postavio je Engel (Engel: 1977) još 1977.godine. Havelka tumači kako je biopsihosocijalni model „značajan za bolje razumijevanje, uspješniju prevenciju i uspješniju terapiju svih, a posebice masovnih kroničnih nezaraznih bolesti, kao i onih složenih stanja zdravlja i bolesti i brojnih simptoma koji su pod jakim utjecajem psihosocijalnih čimbenika.“ (Havelka 1998:239)

No, realnost je takva da liječnicima zapadne medicine apstraktni i nedokučivi slučajevi, poput primjerice, dijagnoze kroničnog umora i fibromialgije, koji uzrokuju širok spektar neobičnih simptoma koji zahvaćaju cijelo tijelo, ostaju neshvatljivi. Kazivači su pojasnili kako im je jasno da je drugim ljudima, pa tako i liječnicima, teško ili nemoguće poistovjećivanje s kompleksnom simptomatologijom i razumijevanje o čemu se tu radi:

„(..)apsolutno se ljudi ne mogu poistovjetiti, ne mogu shvatiti ništa što je van onih nekakvih okvira koje su oni iskusili. Glavobolja ok, bol u ruci ok, ali ako kažem da me boli cijeli mišičnokoštani sustav s impulsima koji mi se malo slijevaju tu malo tam, oni će me blijedo gledati“ (Ljubica)

No, unatoč tome, doktori bi ipak trebali biti senzibilizirani i ako već ne mogu empatično iskustveno razumjeti simptome na koje se njihovi pacijenti žale, onda bi barem trebali saslušati s povjerenjem i uvažiti ih bez propitkivanja njihovog postojanja i intenziteta. Zanimljivo je napomenuti kako su migrenske ili tenzijske glavobolje jednako nedokazive kao, primjerice, fibromialgija, a liječnici ih, posebice neurolozi, ipak većinom priznaju kao legitimne i stvarne (usp. Lipton et al 2004:1930). Možda je uzrok tome činjenica da od glavobolja fiziološki nepoznatog uzroka već dugi niz godina pati veliki broj ljudi diljem svijeta i da im je stoga ta kvantiteta svjedočanstava o bolu osigurala priznanje od strane liječničke struke. Ako je to

posrijedi, možda će se u budućnosti legitimizirati i ostale vrste bola, poput onoga kod osoba koje pate od fibromialgije te ostalih neobičnih i neshvatljivih simptoma poput kroničnog umora.

4.3. Bolesno tijelo zdravog izgleda

Imajući u vidu pretpostavku da ljudi običavaju donositi zaključke o nečijem fizičkom ili psihičkom zdravlju na temelju njihova izgleda, norveške znanstvenice Anne Warner i Kristi Malterud u svojem istraživanju naslovljenom *It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors* bavile su se upravo temom važnosti općeg dojma i fizičkog izgleda kronično bolesnih pacijentica. Rezultati tog istraživanja pokazali su da, ukoliko se želi prevenirati medicinski *gaslighting*, nije preporučljivo izgledati „predobro i prezdravo“. Konkretno, neke su od kazivačica u sklopu toga istraživanja od liječnika dobile komentare poput: „ne izgledaš bolesno“, „izgledaš tako zdravo“ ili „tako si mlada“, što bi u nekom drugom kontekstu bili poželjni komentari i komplimenti, no u slučaju pacijenata koji se bore za validaciju stvarnosti njihove nevidljive bolesti takvi komentari imaju kontraefekt. Činjenica da su neke od kazivačica na liječničke konzultacije došle našminkane, preplanulog tena, naspavane ili lijepo obučene dovela je do toga da se liječnicima činilo da izgledaju „prezdravo“ da bi bile bolesne (usp. Werner i Malterud 2003: 1409–1419).

Tijekom razgovora o iskustvima na liječničkim konzultacijama s jednom kazivačicom, spontano je došlo slično razmišljanje:

„Jako često oni misle da ak dobro izgledaš da se i dobro osjećaš. Znači najbolje doći kak se probudiš i da se uopće ne počešljaš ni namažeš i onda te valjda shvate ozbiljno...(…) „kak imaš podočnjake“, pa imam podočnjake uvijek ljudi, al se namažem jer sam nekad dobre volje.“ (Željka)

A situacija je takva da, kao što sama etimologija aludira na „nevidljivost“ bolesti, pacijenti često neće imati nekakav fizički, jasno vidljiv znak koji ukazuje na to koliko su zaista loše. Stoga, neki pacijenti koji boluju od nevidljivih bolesti svjesno ili nesvjesno pokušavaju pronaći ravnotežu između toga da ne izgledaju previše jako ili previše slabo, previše zdravo ili previše bolesno, previše pametno ili sređeno, odnosno trude se pred medicinskim autoritetom izgledati baš kako oni smatraju da treba. Time se na listu opterećenja jednog pacijenta koji boluje od nevidljive bolesti u borbi za validacijom stvarnosti i ozbiljnosti njegova zdravstvena stanja

dodaje još jedna stavka. Ukoliko pacijenti djeluju previše zdravo i jako, dovode se u rizik da liječnik stekne dojam da dobro funkcioniraju i ne trebaju njihovu pomoć te ih posljedično zakine za ozbiljniji pristup i posvećeni tretman. Stoga, možemo zaključiti kako se ti pacijenti s jedne strane bore da ih se doživi kao somatski bolesne, a s druge strane se trude ne odati dojam mentalno neuravnoteženih i „zapuštenih“ (usp. Werner, Malterud 2003: 1409–1419).

4.4. Manifestacija medicinskog *gaslightinga*

4.4.1. „Sve ti je u glavi“

Jedan od najčešćih mehanizama koji se primjenjuje u slučaju medicinskog *gaslightinga* je pripisivanje simptoma na koje se pacijent žali njegovom mentalnom stanju. Tj. uvjerenje u to da ne postoji organska bolest te da su simptomi posljedica psihičke uznemirenosti, stresa, hiperemotivnosti, depresivnosti i slično. Usmjeravanje psihologu tako postaje prva linija obrane u trenu kad se liječnici susretnu s nekim kompliciranijim i nejasnim slučajem, a do te pojave ponajviše dolazi od strane liječnika obiteljske medicine.

Unatoč i dalje prisutnoj tabuiziranosti teme mentalnog zdravlja u Hrvatskoj, svi intervjuirani kazivači su u potpunosti bili otvoreni za opciju odlazaka psihologu ili psihijatru da provjere postoji li psihosomatska pozadina njihove bolesti iako su bili uvjereni da to nije posrijedi. No, jednako tako nisu htjeli dopustiti da ih se pritom zakine za istragu fizičke manifestacije bolesti i da na taj način izgube dragocjeno vrijeme:

„Ja sam toliko realna da ja to nisam odbila, ja sam prihvaćala pomoć. Jer ja nisam onaj tip nije meni ništa psihički sigurno, ne ljudi, možda mi je, ali ja neću tu stat. Ja vidim da nešto je i hoću istraživat ovo, ovo, ovo i ovo. Jer ja imam život samo jedan, ja nemam 10 godina da bi se liječila kod psihologa i psihijatra, a da je meni nešto fizički, pa nisam pijana niti maloumna...“ (Željka)

Neki su čak u fazi dok još nisu imali dijagnozu samoinicijativno tražili da ih se usmjeri psihijatrima očajno tražeći pomoć i olakšanje:

„Ponašaju se kao da ja izmišljam, ja sam u jednom trenu rekla doktorici: „dobro, okej, tvrdite da mi nije ništa, tvrdite da umišljam, pa daj me onda pošaljite psihijatru. Ak sam luda nek mi daju tablete, samo da me ne boli. Ne zanima me do čega je“ (Sanja)

Dodatni je problem koji se kroz intervjuiranje razotkrio da niti jednom od kazivača psihološka pomoć nije ponuđena s idejom olakšavanja nošenja s niskom kvalitetom života zbog suživota s bolesti, nego isključivo s ciljem dokazivanja psihosomatike. A ta činjenica na prvu može odati dojam o pridavanju veće važnosti dokazivanju da je liječnikovo mišljenje ispravno, nego brizi za dobrobit pacijenta. Ponekad se usmjeravanje psiholozima s idejom dokazivanja pacijentu da umišlja simptome nastavlja i u trenu kada postoje fizički dokazi koji ukazuju na postojanje određene dijagnoze, bilo da se radi o pretragama krvi, biopsijama ili MR/CT snimkama. U tom slučaju možemo govoriti o upotrebi *gaslightinga* kojim se pacijent neutemeljeno proglašava psihički, a ne fizički bolesnim.

O smislenosti i nužnosti usmjeravanja pacijenata koji boluju od nevidljivih i kroničnih stanja psiholozima ili psihoterapeutima, s ciljem podrške i pomoći govore i istraživanja, na koja se referira Havelka (1998), prema kojima se pokazalo da kod kroničnih bolesti čak ni najjači lijekovi u potpunosti ne otklanjaju bol s kojim se nose, a primjena se psiholoških postupaka pokazala kao funkcionalna nadopuna farmakološkim terapijama. Psihološki postupci, poput bihevioralne terapije, kognitivno-bihevioralne terapije, placebo-učinka, relaksacije, *biofeedbacka* ili hipnoze, pritom nisu zamišljeni kao zamjena za medicinske postupke i farmakološke lijekove, nego kao cjeloviti dio terapije za bol, a njihov je cilj „pomaganje kroničnom bolesniku da živi kvalitetnije i zadovoljnije, bez obzira na postojeće zdravstvene poteškoće, da bude manje ovisan o zdravstvenoj službi, o pomoći obitelji i društva, da smanji ovisnost o lijekovima, poveća svoje funkcionalne sposobnosti u što većoj mjeri obnovi svoje svakodnevne profesionalne, obiteljske i ostale aktivnosti“ (Havelka 1998: 298). Kao što je komentirala jedna od kazivačica: „Jako je teško sam se snalazit u tom svijetu bolesti i ostat mentalno zdrav.“ (Andrea) Stoga je psihološka podrška vrlo važna.

Valja naglasiti kako je praksa usmjeravanja kroničnih pacijenata psiholozima nužna i hvalevrijedna jer se na taj način može otkriti i tretirati potencijalnu depresiju, rizik na suicidalnost i slične ozbiljne dijagnoze. Prema nekim istraživanjima skoro polovica ljudi koji boluju od neke od kroničnih i/ili nevidljivih bolesti posljedično boluje i od depresije, a suicid je najčešći uzrok smrti među kroničnim bolesnicima (usp. Pederson 2018: 1–5). Međutim, razlika je u motivaciji liječnika za tu radnju usmjerenja psihologu. Pitanje je šalje li liječnik pacijenta psihologu kako bi mu dokazao da mu biomedicinski „nije ništa“, tj. kako je njegovo mentalno stanje uzrok njegovih simptoma i tako ga „otpisao“ ili vjeruje u postojanje bolesti fizičke prirode, a psihologu ga usmjerava sa sviješću o tome kako se dugogodišnji život s fizičkim ograničenjima i neugodnim simptomima odražava i na psihološko stanje.

Podatak da niti jednom od sedam kazivača koji godinama boluju od nevidljive bolesti nije ponuđena psihološka pomoć s ciljem olakšavanja nošenja s posljedicama dijagnoze može nam ukazati i na mogućnost da su nevidljive bolesti u Hrvatskoj, u nekim slučajevima, stigmatizirane, negativno stereotipizirane i neprihvaćene kao „prava“ bolest. Jedno britansko istraživanje iz 2016. godine kojim se ispitalo epistemičku nepravdu s kojom se susreću oboljeli od CFC/ME, odnosno kroničnog umora, došlo je do podataka da čak pola od ispitanih liječnika opće prakse tu dijagnozu nije smatralo pravom bolesti (usp. Blease et al. 2016: 5). A, ukoliko liječnik opće prakse ne legitimizira nevidljivu bolest kao stvarnu, automatski pacijenta zakida za neke privilegije koje ostali bolesnici imaju, poput prava na bolovanje, psihološku pomoć itd. No, s obzirom na to da ovo istraživanje nije kvantitativno niti pruža uvid u liječničku perspektivu nevidljivih bolesti, nemoguće je iznositi podatak o percepciji i legitimizaciji nevidljivih bolesti na području Hrvatske.

Osim usmjeravanja psiholozima ili psihijatrima kako bi se dokazao psihološki uzrok bolesti, još jedna praksa koja potencijalno ukazuje na percepciju dijagnoze nevidljive bolesti kao nestvarne i psihosomatske jest pripisivanje antidepresiva kao terapije. Prema spomenutom britanskom istraživanju u čak 84 % slučajeva liječnici su opće prakse pacijentima koji boluju od kroničnog umora pripisali antidepresiv kao terapiju (usp. Blease et al. 2016: 6). Jedini kazivač koji boluje od te konkretne dijagnoze na području Hrvatske susreo se s jednakom praksom i pojasnio kako liječnicima nije strano pripisati antidepresiv kao eksperimentalni pokušaj: „Nije im strano napisati recept za antidepresiv ili anksiolitik, da se proba“ (Karlo). Jednako iskustvo imala je i kazivačica koja boluje od fibromialgije te je pojasnila kako smatra da se uzrok tome nalazi u neupućenosti liječnika o drugim metodama liječenja:

„Nitko se tu ne bavi fibromialgijom i nitko to dublje ne proučava. Mislim da nema baš doktora koji nema razumijevanja o tome što se tu događa. U Zagrebu dobiješ otvorena vrata, ali sve se završi na ponudi antidepresiva.“ (Ljubica)

Dodatan je problem kod te prakse činjenica da u spomenutima slučajevima kazivača liječnik koji je pripisao takvu terapiju nije bio psihijatar. A ako terapija nekim konkretnim antidepresivom nije naznačena u smjernicama tretiranja određene nevidljive bolesti te odobrena od psihijatra za kojega se pretpostavlja da posjeduje najveće znanje o indikacijama pojedinog antidepresiva, liječnik opće prakse ili specijalist ju ne bi trebao olako pripisati. Iako svaki liječnik u Hrvatskoj u pravilu smije pripisati gotovo sve antidepresive, psihijatri se s razlogom protive toj praksi. Usklađivanje postojanja ogromnog broja vrsta antidepresiva s različitim

djelovanjem i nuspojavama s pojedinim slučajem predstavlja izazov i psihijatru te je iz prve i njemu kao stručnjaku teško pogoditi pravu terapiju za svaku osobu, a kamoli jednom liječniku opće medicine ili specijalistu koji najčešće nema vremena usavršavati svoje obrazovanje o njihovu učinku. R. Mojtabai i M. Olfson, psihijatri po struci, u svojem istraživanju i radu (2011) pišu o problematici porasta pripisivanja antidepresiva od strane liječnika koji nisu specijalizirali psihijatriju. U tom radu iznose podatke da u SAD-u oko 4 od 5 pripisanih antidepresiva bude izdano od liječnika koji nije psihijatar te izražavaju svoju brigu oko te prakse osvrćući se na rezultat jednog istraživanja prema kojem su u oko 60 % slučajeva antidepresivi pripisani kao terapija za stanja koja nisu psihijatrijske dijagnoze. Osim što ta praksa pretjerane i neutemeljene medikalizacije dovodi do stvaranja velikih i često nepotrebnih troškova zdravstva, prema mišljenju autora dakako najproblematičniji je element nepotrebno izlaganje tijela pacijenata u čijem slučaju ne postoji indikacija za terapiju antidepresivima opasnosti i rizicima koji oni nose (usp. Mojtabai i Olfson 2011:14234–1442). Zanimljivo je napomenuti kako znanstvena istraživanja na tu temu na području Hrvatske nisu pronađena, no postojanje medijskog diskursa i iskustva kazivača govore nam o prisutnosti prakse i na teritoriju Hrvatske. Primjerice, prošle je godine u *Podravskom listu* objavljen članak^{VI} naslovljen: *Danas dvije trećine antidepresivnih lijekova propisuju liječnici koji nisu psihijatri* u kojemu autor koji je po struci liječnik izražava zabrinutost oko činjenice da su se antidepresivi počeli pripisivati čak i za poticanje produktivnosti na poslu. Stoga je zabrinjavajuća činjenica što ih liječnici tako olako pripisuju i to u slučajevima kada ne postoji psihološka osnova koja bi uvjetovala njihovu nužnost. Na primjeru kazivanja može se uočiti da terapija antidepresivima najčešće služi kao pokusna terapija zbog toga što liječnici s jedne strane svoje pacijente uvjeravaju da im je „sve u glavi“, a s druge strane ne znaju koja bi bila prikladnija terapija za spomenute nevidljive bolesti.

Terapija antidepresivima prema nekim istraživanjima doista može pomoći nekim osobama i liječenju nekih nevidljivih bolesti, no ne postoje podaci o dugoročnu učinku takve terapije na tijelo i um. Ukoliko se odabere kao metoda liječenja to bi trebalo biti utemeljeno na dokazima o učinkovitosti konkretnog antidepresiva na konkretno stanje pacijenta te pripisana uz odobrenje psihijatra i samog pacijenta i ne bi trebala biti pripisana zbog pozadinskog uvjerenja liječnika u psihološku bolest pacijenta. Antidepresivi su se prema narativima pokazali kao dosta ozloglašena farmakologija, stoga su joj kazivači pristupili oprezno ili je odbili. Međutim, ako

^{VI} <https://podravski.hr/danas-dvije-trecine-antidepresivnih-lijekova-propisuju-lijecnici-koji-nisu-psihijatri/#:~:text=Osim%20toga%2C%20stru%C4%8Dnjaci%20upozoravaju%20da%20novi%20antidepresivi%20nisu,u%20seksualnom%20%C5%BEivotu%20%28poreme%C4%87aj%20erekcije%2C%20smanjeni%20libido%20td.%29>

liječnik posjeduje odnos povjerenja s pacijentom i obrazloži mu razloge zašto smatra da bi mu ta opcija mogla pomoći, moguće ih je uključiti kao opciju. Dakako, kod nekih nevidljivih bolesti, poput razvijene endometrioze, prva smisljena intervencija je operativno uklanjanje priraslica te u tom slučaju eksperimentalno pripisivanje antidepresiva zasigurno ne bi bilo od pomoći.

U svezi s temom uvjerenja liječnika u psihološku pozadinu nevidljivih bolesti, treba napomenuti kako doista problemi s mentalnim zdravljem mogu negativno utjecati na fizičko zdravlje i potencirati određene simptome, no u svim slučajevima ispitanih osoba ti eventualni problemi psihičke prirode došli su kao posljedica loše kvalitete života zbog tereta nošenja s kroničnim bolovima i raznim teškim simptomima te prema psihijatarskoj procjeni nisu bili uzročnici bolesti:

„Ginekologica mi je rekla „pa možda ti je to sve u glavi“, a ja sam rekla pa ja imam puno pametnijih stvari da radim, nego da sad vas idem zajebavat... Ok mentalno stanje može reflektirati fizičko, ali svakodnevnu bol čovjek ne može izmisliti. Moja anksioznost ili bilo što što možemo imati definitivno utječe na negativan način na kvalitetu života, no to nije uzrok fizičke boli. Ja mislim da ne postoji osoba na planeti kojoj je toliko dosadno i koja želi biti bolesna.“ (Andrea)

Uz to, u biomedicini se ponekad indirektno aludira na to da je psihološki uzrok bolesti manje ozbiljan ili u potpunosti odvojen od fizičkog:

„Potrebno je naglasiti da su emocije i osjećaji podjednako stvarni i značajni kao i klice, a nerijetko i najvažniji. Bolovi i patnja zbog bolesti prouzročene emocijama nisu ništa manje stvarni od onih koje su prouzročile bakterije. Nije stoga pitanje je li neko oboljenje tjelesno ili emocionalno, već u kojoj je mjeri jedno, a u kojoj mjeri drugo.“ (Donev 2013: 297)

Također, osim toga što su opterećeni teretom simptoma zbog kojih nisu u mogućnosti normalno funkcionirati, ta skupina pacijenata, ne dobivši informacije od liječnika, svakodnevno istražuje o svojoj dijagnozi i nikada se ne može odmaknuti od tog svijeta bolesti što je dakako okolnost koja ih dodatno psihički opterećuje.

„Nakon toliko istraživanja koja moraš raditi da dođeš doktoru s nečim, postaneš previše svjestan sebe što je u jednu ruku dobro, al u psihološkom smislu jako loše. Mi nismo

dobro opremljeni za hendlanje tih informacija, mi puno upijamo te informacije, al je problem kako ih mi procesuiramo. Pitaj boga.“(Andrea)

„Pacijent je prisiljen biti sam svoj doktor. A s druge strane se na to gleda kao na nešto što doktori ne podnose, „doktor Google mi je rekao“. To je paradoksalno.“ (Karlo)

Kao što nam tumače ti citati, svi kazivači su, vidjevši da od doktora ne dobivaju odgovore i objašnjenje za svoje zdravstveno stanje, osjećali potrebu preuzeti stvar u svoje ruke i počeli su iščitavati medicinske znanstvene radove, portale, forume i sve moguće dostupne izvore. Pri tome bilo im je jasno da ih to dodatno psihički opterećuje, no smatrali su da nemaju drugog izbora.

4.4.2. Preispitivanje zdravog razuma

Kao što je spomenuto na samom početku rada, jedna je od glavnih manifestacija *gaslightinga* uvjeravanje „žrtve“ da gubi zdrav razum. U praksi medicinskog *gaslightinga* prethodno spomenuto uvjeravanje pacijenta da mu fizički „nije ništa“, da njegov bol nije stvaran, već plod njegovog uma, dovodi do rađanja sumnje u sebe i svoju svijest. Svi kazivači koji su intervjuirani na početku priče o potrazi liječničke pomoći bili su uvjereni da je njihovo mentalno zdravlje dobro, da ih razum služi, da su svjesni sebe i svog tijela te da je uzrok njihovih simptoma organske prirode. No, nakon uzastopnih iskustva *gaslightinga* u kojima bi im liječnici tvrdili da ih ne može tako boljeti, da im „nije ništa“ ili da im je problem „u glavi“, postepeno je dolazilo do izvrtanja stvarnosti i svatko je od njih ušao u proces preispitivanja samih sebe i svog razuma:

„To u tebi izaziva taj nekakav moment di se počneš preispitivati ok dal ja sad možda stvarno umišljam, dal je on u pravu pa ja sad stvarno trebam samo pažnju i kao koja je to emocija u meni koja nije zadovoljena ako ja ne znam trebam to i to od liječnika, a zapravo mi treba psihijatar...i znaš, ono, kreneš se preispitivati, kreneš misliti kao ok možda su stvarno onda oni u pravu, možda sam stvarno ja poremećena i kad ti se na to još skupi okolina, partneri, prijatelji, obitelj koji ne razumiju što radiš i što prolaziš, onda to baš zna biti jako teško i usamljeno.“ (Ida)

„Ja sam stvarno mislila...uvjerali su me da sam pukla.“ (Željka)

„Nekad kad sam izlazila iz bolnice sam imala osjećaj ko da sam luda. Jer ako te netko konstantno pravi budalom, to onda stvarno ima utjecaj na psihi i to u negativnom smislu.“ (Andrea)

„Ja sam znala u par trenutaka razmišljati onako pa nemoguće da me toliko boli, možda sam ja to stvarno sebi umislila...na kraju više nisam bila sigurna jesam li ili nisam luda, do te mjere je bilo.“ (Sanja)

Najočitija manifestacija medicinskog *gaslightinga* jest banaliziranje ili umanjivanje simptoma iz liječničke perspektive. Primjerice, u slučaju endometrioze slučaj često bude sljedeći: pacijentica se na liječničkim konzultacijama svom ginekologu žali na nepodnošljive bolove, objašnjava mu da joj jaki analgetici nimalo ne pomažu i da od razine bolova pada u nesvijest ili ne može stati na noge, na što ginekolog reagira uvjeravanjem pacijentice u to da pretjeruje, da sve žene boli ili da je tu bol umislila. Konkretni primjeri komentara s kojima su se intervjuirane kazivačice koje boluju od endometrioze susrele su:

„Aha, to je samo to.“(Marta)

„A sve žene boli, to je ok“(Marta).

„Sve žene boli, kako su babe prije kopale njivu i rađale, a ti se sada maziš.“ (Sanja)

No iskustva tih žena pokazala su da priča ne staje samo na komentarima kojima liječnici negiraju stvarnost i ozbiljnost simptoma i stanja, nego oni ponekad idu u razinu uvreda:

„šta se kreveljiš, pa sve žene boli.“ (Sanja)

„Glupačo, zašto ideš privatno. Ne možeš sve platit...“, „Jesi ti nesposobna ili tupava, rekli smo ti da se ultrazvuk obavlja 7.–10. dan ciklusa“ (Sanja)

Konkretno te su uvrede izrečene od strane ginekologa. Takav diskurs je dakako neprimjeren i zabranjen u prostoru svih zdravstvenih institucija prema Zakonu o zaštiti prava pacijenata u kojem u članku 4. o Načelu humanosti zaštite prava pacijenata stoji: „Načelo humanosti zaštite prava pacijenata ostvaruje se: – osiguravanjem poštivanja pacijenta kao ljudskog bića (...)“^{VII}

Ponekad se dogodi i slučaj da liječnici pacijente optužuju da su na liječničke konzultacije došli samo zato što im treba pažnje. Kontekst sljedećeg citata slučaj je kazivačice koja boluje od

^{VII} (<https://www.zakon.hr/z/255/Zakon-o-za%C5%A1titi-prava-pacijenata>)

endometrioze. Ona je u dobi od četrnaest godina za vrijeme epizode nepodnošljivih bolova od kojih je padala u nesvijest potražila liječničku pomoć, na što je dobila sljedeći tretman:

„A što si ti došla u tim godinama, to nije način za privlačenje pažnje.“ (Sanja)

Neki su kazivači istaknuli kako su često imali loša iskustva s hitnim prijemom. Istina je da su hitne pretrpane pacijentima i da se uz jasno životno ugrožene i hitne slučajeve nađu i slučajevi koji na prvu djeluju benignije, no u načelu pacijenti dolaze zato što nešto doista ozbiljno nije u redu s njihovim tijelom i zdravljem i zaslužuju da se njihovom slučaju priđe s povjerenjem i da im se profesionalno pruži prva pomoć.

No, u nekim slučajevima liječnici koji rade na hitnom prijemu slučajevima pristupaju s početnim nepovjerenjem u ozbiljnost simptoma i stanja i zbog toga ih jednostavno zanemare:

„Kad je meni Mladen umirao, oni su meni rekli nek se skuliram i izmjerim mu temperaturu, a on je skoro umro od embolije. Znači već sam jako puta vidjela da sustav uopće nije ozbiljan kad se tiče bolesti...Kad sam ja imala upalu slijepog crijeva, mene su pola godine vraćali s hitne. Još mi je jedan kirurg bio bezobrazan i rekao “Što će ovako zgodna mlada žena u pola 10 navečer samnom na hitnoj, a ja velim „gledajte ja ne znam jesam ja vama zgodna ili nisam, ali meni je loše, stvarno nisam dobro i zato sam došla.“ (...) Na kraju me taj isti doktor operirao od slijepog crijeva, ali je prvo počelo sa zajebancijom jer šta ću ja tu, nemam pametnijeg posla. Reko ja imam pametnijeg posla, imam i dvoje djece doma i inače sam veseli tip, volim uživati u životu i ne volim hodati po hitnama.“ (Željka)

Na temelju iskustva kazivačice možemo uočiti da kombinacija neupitnog povjerenja u liječnike i njihove upute te liječničkog nepovjerenja u ozbiljnost simptoma pacijenata može dovesti do tragičnih ishoda.

4.4.3. Zakidanje za pružanje medicinske usluge

Još je jedna od manifestacija medicinskog *gaslighinga* uskraćivanje pružanja određene medicinske usluge, pri čemu se najčešće radi o uskraćivanju izdavanja uputnica za provedbu detaljnijih pretraga. Pretpostavlja se da će liječnik opće prakse pacijentu samoinicijativno izdati uputnicu za provjeru opće krvne slike ili ga usmjeriti specijalistu, no ukoliko pretraga opće krvne slike bude uredna, kao što to najčešće biva u slučaju nevidljive bolesti, i ukoliko

specijalist ne izrazi zabrinutost za slučaj i potrebu za provedbom daljnjih pretraga, liječnik će opće prakse zaključiti kako je sve u redu i da nema potrebe za daljnjim pretragama. Neovisno o tome što opće pretrage ne ukazuju na nevidljivu bolest, možemo govoriti i o stavu liječnika da pacijentu ne treba daljnja pomoć. Odnosno, u praksi uvjeravanja pacijenta da mu nije potrebna provedba dodatnih pretraga ponekad leži liječnikova minorizacija ili negacija ozbiljnosti zdravstvena stanja pacijenta. Stoga, analizirajući tu praksu u nekim slučajevima, možemo pronaći trag medicinskog *gaslightinga*. To jest, početno nepovjerenje liječnika i umanjivanje ozbiljnosti simptomatologije dovodi do toga da se određene zatražene uputnice za daljnju istragu ne izdaju. Osim o uputnicama za krvne pretrage, možemo govoriti i o uskraćivanju usmjeravanja specijalistima ili izdavanju uputnica za razne preglede: “Znam puno ljudi koji nisu dobivali uputnice jer ono šta će ti. Hodaš, to ti je to.” (Andrea)

U toj priči zanimljivo je i to da ponovo govoreći o pacijentima koji boluju od nevidljivih bolesti zapravo govorimo o pacijentima koji su vrlo informirani o svom stanju i posjeduju veliko znanje o manifestaciji bolesti i načinima kontroliranja ili liječenja iste. Nasuprot je tome neinformiranost liječnika o tim zdravstvenim stanjima, pogotovo ukoliko govorimo o liječnicima opće prakse koji su najčešće ti koji puštaju uputnice i recepte u sustav ili usmjeravaju specijalistima. Iz tih obrnutih uloga proizlazi praksa da su pacijenti ti koji iniciraju molbu za izdavanje uputnice za određenu pretragu za koju smatraju da bi mogla biti korisna za njihov slučaj, a ne da im liječnici sugeriraju koju pretragu bi imalo smisla obaviti. Mogući slučaj je da ta praksa smeta liječnicima jer im djeluje kao da im je netko došao „pametovati“ oko toga kako bi trebali obaviti svoj posao pa zbog toga reagiraju loše i odluče odbaciti zahtjev unatoč dobroj argumentaciji pacijenta. U tim situacijama možemo govoriti o sukobu između pacijenata čije se mišljenje ne traži i ne shvaća relevantnim dokle god postoji dominacija liječnika kao osoba za koje se pretpostavlja da znaju što pacijentu treba ili ne treba. Pritom su najčešći komentari u trenu odbijanja izdavanja uputnice aluzija na nepotrebnost tražene pretrage:

„Uglavnom je sve bila moja inicijativa (govori o izdavanju uputnica) i onda bi ovisno kod kojeg doktora bi bila (jer sam dosta mijenjala doktore opće prakse) nekad dobila, nekad ne bi. Uglavnom bi komentar bio ma to ti je nebitno, šta će ti to, to je skupo ili whatever. Uglavnom ne bi dobila, nego bi sve morala rješavat privatno. Nitko me nikad samoinicijativno nije poslao negdje da kao istraže moju situaciju jer ja uglavnom izgledam zdravo i moja opća krvna slika što je njima prva sreeening metoda izgleda savršeno, školski.“ (Ida)

Kao što je već bilo riječi u poglavlju o važnosti pristupu i stavu na liječničkim konzultacijama pacijenti koji boluju od nevidljivih bolesti ponekad do medicinske usluge mogu doći tek nakon “borbe” upornog obrazlaganja zašto smatraju da im je potrebna neka pretraga ili specijalistički pregled. Uputnice se pri tom izdaju tek nakon tog procesa ulaganja velikog napora i borbe za svoja prava.

No, razumljivo je da neki pacijenti nemaju psihičkih i/ili fizičkih kapaciteta za to i žele se poštediti tog mučnog puta, stoga se biraju kloniti javnog zdravstva kad god su u mogućnosti. Jedna je od kazivačica iskustvo traženja liječničke pomoći i usluge u javnom zdravstvu u Hrvatskoj opisala na sljedeći način:

“Baš jako izazovno. Dakle, izazovno do te mjere da sam ja došla do toga da jednostavno više ne tražim pomoć u smislu ili ne idem doktoru ili ako baš moram ić onda ako si mogu priuštiti idem privatno platiti testove, nalaze, pretrage u privatnom labosu i otići privatnom liječniku. Dakle, sve radim kako bi izbjegla sustav. Ne zato što si to mogu priuštiti nego zato što me to toliko košta. Dakle, mene to toliko košta da ja tebi to ne mogu opisati riječima.” (Ida)

Neki su kazivači komentirali kako praksa zakidanja izdavanja uputnica njima, ali i nekim liječnicima, djeluje kao put ka privatizaciji zdravstva i priznali su kako su doista često bili primorani platiti razne medicinske usluge privatno i kako im se čini da će to postati neizbježno.

„I, baš mi je ta liječnica rekla da ona ima osjećaj da je sustav jako blizu kraha i da ima osjećaj da ga namjerno urušavaju, onda sam se ja nadovezala na taj njen komentar i rekla slažem se, ja isto imam taj osjećaj jer je to već godinama, kao da ga namjerno urušavaju zato da postane nekakva vrsta privatnog. Nadam se da nećemo ić u smjeru američkog sustava.(...) I onda zapravo kao imaš neko javno zdravstvo koje zapravo nemaš. I, recimo moji roditelji, cijeli život su radili, sad su u penziji i nisu nikad dok su bili privatnici išli na bolovanja, ništa, ništa, dakle nisu uopće iskorištavali sustav i sad kad su stari i bolesni naravno treba im, međutim oni sad ne mogu dobiti ništa osim krvne slike.“ (Ida)

Dakako, osim same neugodnosti osjećaja *gaslightinga* i zanemarivanja njihova slučaja, najveći problem te česte prakse odbijanja izdavanja uputnica kojima bi određena pretraga ili specijalistički pregled bili financirani kroz koncept javnog zdravstva jest taj da mnogo pacijenata u Hrvatskoj nema financijske mogućnosti platiti si privatne pretrage. Primjerice, u

slučaju pacijentice s nedijagnosticiranom endometriozom kojoj je odbijena mogućnost provedbe dubljih pretraga zbog uvjerenja liječnika da ti njeni simptomi nisu alarmantni niti vrijedni daljnjeg istraživanja, procedura bi bila ta da pacijentica sama plaća privatne pretrage hormonskog statusa te MR ili CT snimanja abdomena i zdjelice koje su poprilično skupe i mnogima nedostupne opcije. Jednom kad je dijagnoza potvrđena dolazi i do prakse odbijanja izdavanja recepata za određeni lijek ili suplement koji bi bio potpuno ili djelomično sufinanciran pa su ti pacijenti primorani izdvajati poprilične iznose svakoga mjeseca, što ih konstantno financijski iscrpljuje. A dodatna poteškoća u toj priči je ta da su osobe koje boluju od nevidljivih i kroničnih bolesti često onesposobljene za rad ili, eventualno, rade honorarno i skraćeno radno vrijeme, zbog čega nemaju stalne prihode. Stoga, ukoliko nemaju obitelj koja bi ih mogla uzdržavati, jedva „krapaju kraj s krajem“ i svaki dodatan trošak im je značajan.

“I dalje sam uvelike ograničen financijski ...bolest mi ne dozvoljava da ostvarujem prihod, roditelji su mi u mirovini, a državna financijska potpora u obliku invalidnine mi je još uvijek nejasna. Potrošio sam veliku količinu novca na razne suplemente sa ograničenim benefitima.“ (Karlo)

Shodno tome možemo zaključiti da su ti pacijenti u potpunosti ovisni o mišljenju njihova liječnika i da najčešće nemaju drugi izbor za liječenje.

Razumljivo je da provedba svake pretrage u javnom zdravstvu košta i da se nastoji štedjeti – „sistem je takav da se forsira što manji broj pretraga, a i kad dobijete priliku nešto obaviti, čekanje je uglavnom višemjesečno“(Karlo) – no svi intervjuirani kazivači tražili su pristup isključivo liječničkim uslugama koje su imale smisla u potencijalnom pronalasku pomoći za njihovo zdravstveno stanje. Jedna je takva priča ona kazivačice u periodu potrage potvrde dijagnoze borelijoze, pri čemu joj je doktorica opće prakse izdala jednu uputnicu za pretragu, no u ustanovi gdje je vadila krv za analizu joj je medicinska sestra u povjerenju dala do znanja kako njihovi testovi nisu pouzdani i preporučila da ponovi drugdje. U toj istoj ustanovi joj je nalaz doista došao negativan, no zahvaljujući savjetu sestre, odlučila je ponoviti test u drugoj ustanovi, a ovoga joj puta liječnica opće prakse nije htjela omogućiti uputnicu:

„Doktorica mi više nije htjela dat uputnicu jer što ja izvolijevam gospođa, ja bi dve uputnice u tjedan dana. Ja sam joj rekla gle, ja ću ak treba vadit na 10 mjesta, hoću znat jel to imam il nemam. Nije mi svejedno jer to može biti opasna bolest i trebam znati jel to imam il nemam. Pa nije to šala. I, odem na Šalatu, platim si sama jer mi ova nije htjela dat, soma kuna puf. I test dođe pozitivan.“ (Željka)

U toj bi priči bilo krivo prebacivati krivnju na liječnicu jer ipak je jednom omogućila testiranje, ali također može poslužiti kao dobar primjer zašto ima smisla uvažiti mišljenje, iskustvo i molbu pacijenta i ponekad dva puta provjeriti stanje prije otpisivanja. Također, omogućavanje provedbe ponovljene ili dodatne pretrage može spriječiti odgađanje pronalaska dijagnoze ili spriječiti donošenje i tretiranje krive dijagnoze. Ista kazivačica je također ukazala na nejednakost u dostupnosti pretraga pacijentima, pojasnivši kako misli da ima puno više šanse da joj doktorica omogućuje pristup liječničkim uslugama iz razloga što ima dobro osiguranje:

„Pa sad, ne daje mi baš olako ta moja doktorica. Kaj ja znam, ona zna da imam ono osiguranje prek firme, prek banke, onda je to njoj super. Ja pola obavim tak prek privatnika, kužiš, kaj mi banka plaća. Al zamisli da mi ne plaćaju, kak bi bilo...“ (Željka)

Dakako, razumljivo je i da su liječnici oprezni s prijedlozima pacijenata jer, unatoč njihovoj informiranosti o svojoj bolesti, ne posjeduju širinu znanja koju ima liječnik i ponekad doista barataju neutemeljenim podacima koje su čuli na forumu. No, zanimljiva je reakcija liječnika na zamolbu pacijenta o provedbi određene pretrage, usmjerenju specijalistu ili odabiru terapije. Naime, normalna reakcija trebala bi biti stručno obrazloženje pacijentu zašto smatraju da njihov prijedlog nema smisla provesti, a prema iskustvima kazivača reakcija najčešće bude ljutita negacija i slijedi šablonu *gaslighting* prema kojoj *gaslighter* odbija mogućnost proturječja. U nekim slučajevima pacijent bude u pravu i doista posjeduje praktičnije znanje o svojoj dijagnozi, no liječnik se zbog te mogućnosti može osjetiti ugroženim i kao mehanizam obrane odabirati *gaslighting*. Drugim riječima, odabire uvjeriti pacijenta u ispravnost svog pogleda na tu situaciju kako bi održao dojam sveznajućeg medicinskog autoriteta. Zbog toga možemo pretpostaviti da je postojanje različitih pogleda na istu dijagnozu uzrok sukoba i neuspjele komunikacije između liječnika i pacijenta, pri čemu ne postoji mjesta za diskusiju o pitanju „Tko je u pravu?“ jer se podrazumijeva da je liječnikov stručni pogled uvijek ispravan. O tome govori i sljedeće kazivanje pacijentice koja igrom slučaja, zbog toga što radi kao AIP trener i zbog osobnih interesa, doista posjeduje stručno znanje širokog opsega. Zbog toga što izvor njena znanja nije isključivo biomedicinski, nego zdravlje percipira mnogo integrativnije, njezin pogled na određenu dijagnozu ili interpretacija nalaza razlikuje se od liječničkog pogleda, pri čemu se drugi podrazumijeva ispravnim:

„Nikad me nitko nije samoinicijativno poslao negdje da kao istraže neku moju situaciju jer uglavnom ja izgledam zdravo i moja krvna slika, što je njima nekako prva screening metoda je uvijek bila savršena i uvijek su mi govorili kao „joj tvoja krvna slika je

školska“. Ok, al ajmo izvadit neke detalje i onda ćemo vidjet koliko je to daleko od školske. Al, onda opet tu postoji taj nesrazmjer moje perspektive na nalaze i njihove perspektive, a njihova je validna jer su oni stručnjaci. Dakle ono njima prihvatljivo je sve što je unutar intervala, u mojoj glavi je prihvatljivo samo ono što je optimalno i to je ogromna razlika između intervala i optimalnoga, ne možeš to objasniti jer kao ako ti pokušavaš njima objasniti onda se ti petljaš u njihov posao, praviš se google doktorom, trebaš manje guglat, dakle sve te nekakve stvari koje ti znaju reći. Tak da, uspjela bi dobiti od privatnika, međutim onda u javnom zdravstvu kad bi došla onda bi ona to sve prekrižila jer je to skupo ili nešto. Uglavnom, ne bi nikad dobila, dobila bi par stvari od toga svega.“ (Ida)

4.4.4. Zakidanje za terapiju – Studija slučaja

Jedna zabrinjavajuća priča koja jasno ilustrira negativan doseg koji može imati medicinski *gaslighting* Željkina je priča koja je zbog nemara liječnika i nekvalitetnih testova ostala zakinuta za terapiju koja bi ju mogla izliječiti ili usporiti razvoj dijagnoze lajmske bolesti. U njenom slučaju situacija je bila takva da je posjedovala tri pozitivna nalaza na boreliju te jedan negativan u Instituciji gdje jedino nude opciju terapije i u kojoj joj je medicinska sestra u povjerenju rekla da im testovi nisu dovoljno osjetljivi i valjani. Glavni liječnik u toj ustanovi nekoliko joj je puta odbijao priznati dijagnozu i dati terapiju. Sa sviješću o tome da ju liječnik možda shvaća manje ozbiljno jer je žena, sljedeći je put na liječničke konzultacije došla s mužem, ali je ponovo dobila iznimno neprofesionalan tretman te joj je odbijeno liječenje:

„I, ovaj, dođemo mi, bio je doktor koji znam kako se zove, ne znam jer ga mogu spomenuti, B. B., cijenjeni doktor tamo. Ja s vrata kad sam došla, on mi je reko: 'Gospođo koji je vaš problem?' Ja sam rekla imam tri pozitivna testa na boreliju, imam užasne simptome, četiri mjeseca patim od simptoma koji su, napravila sam ovo i ono, pretrage ove i one, sve mi je negativno, pozitivno mi je samo ovo, al ne kod vas. On je reko: 'gledajte gospođo, mi smo vrhunska klinika ovdje za infekcije i mene samo brine zašto ste vi toliko novce dali gore u Njemačkoj za taj nalaz.' Pazi to je prvo reko. Onda ja velim dobro ok, ako već to ne uvažavate, zašto ne uvažavate nalaz iz Hrvatske sa Šalate i zašto ne uvažavate nalaz Zavoda za javno zdravstvo koji je tu preko puta ceste

do vas, jer da me oni mogu liječiti, ja bi vjerujete mi otišla kod njih. 'Ne znam ja kakve oni imaju nalaze, mi vjerujemo samo našima jer su naši nalazi najbolji.'" (Željka)

U tom je slučaju opcija pružanja terapije odbijena zbog nesusretljivosti i nepovjerenja liječnika koji ju je trebao odobriti. Taj liječnik svoju odluku nažalost nije temeljio na svom liječničkom znanju i stručnosti, nego je odlučio zloupotrijebiti svoju poziciju moći. Unatoč tome što je u bolnici u kojoj on radi nalaz bio negativan, postojanje tri druga pozitivna nalaza jasno je davalo uvid u utemeljenost dijagnoze i time u potrebu za pružanjem hitne terapije dok je bolest još bila u začetima, kada se progresiju još moglo zaustaviti. A dodatna je okolnost činjenica da je bolnica u kojoj je radio dotični liječnik jedina u Hrvatskoj koja nudi opciju liječenja lajmske bolesti, stoga kazivačica kao njegova pacijentica doista nije imala drugog izbora i u potpunosti je ovisila o njegovoj stručnoj procjeni ili, s obzirom na to da svoju odluku nije temeljio ni na znanosti, dobroj volji. O problemu uvijek negativnih nalaza testa na boreliju u Klinici za infektivne bolesti Fran Mihaljević u Zagrebu i neprihvatanju pozitivnih nalaza iz drugih laboratorija, javno su progovorili i drugi pacijenti koji su bili žrtve tog birokratskog propusta. U članku objavljenom u *Jutarnjem listu* ove godine i naslovljenom: *Ogorčena SPLICANKA: 'Pogledajte što mi je napravio krpelj, a u bolnici su mi govorili da sam luda...'*^{viii}, možemo pročitati još jedno svjedočanstvo koje nam govori o ozbiljnim negativnim posljedicama medicinskog *gaslightinga* i o nemaru nadležnih institucija.

Uz to, taj je isti liječnik u Željkinu slučaju, gotovo ni ne pogledavši priložene nalaze i ne postavivši pitanja o simptomatologiji, kazivačici olako počeo davati neprimjerene komentare poput: „Jel vas možda malo muž naljutio pa ste zato nervozni?“ pa nadoda: „vjerovatno imate i tinejdžera doma, pa vas je malo nasekirao, pa i muž jel da“. (Željka)

U sklopu su istraživanja kroz narativ kazivačica spontano na površinu isplivali seksistički i šovinistički komentari poput toga u prethodnoj rečenici ili „što će tako zgodna žena sa mnom na hitnoj ovako kasno navečer“ (Željka), koji su između ostalog dali do znanja o postojanju rodne neravnopravnosti unutar mehanizma *gaslightinga* o čemu se u mnogobrojnim radovima pisalo. Primjerice, Kate Abramson u svojem radu *Turning light on gaslighting* piše o tome da su *gaslighting* interakcije često seksističke na više načina, počevši od činjenice da su žene češće žrtve *gaslightinga* od muškaraca te da se ženama pri žaljenju na neki problem ili simptom češće umanjuje ozbiljnost i pridaje etiketa preosjetljivosti ili ludosti (usp. Abramson 2014:3–6).

^{viii} <https://www.jutarnji.hr/vijesti/hrvatska/ogorcena-splicanka-pogledajte-sto-mi-je-napravio-krpelj-a-u-bolnici-su-mi-govorili-da-sam-luda-15343868>

Prema rezultatima nekih studija čest je slučaj da muški liječnici umanjuju ozbiljnost zdravstvenih tegoba na koje se žele njihove ženske pacijentice, iz razloga što neki žene i dalje smatraju nepovjerljivim kazivačem, zbog povijesne pozadine neutemeljenog proglašavanja žena psihotičnima, histeričnima ili duševno bolesnima (usp. Au et al. 2002:2; Barker 2005; Green et al. 2018). Prema nekim se teorijama endometrijoza povezuje sa dijagnozom histerije s pretpostavkom da se u mnogim slučajevima pogrešno dijagnosticirala histerija umjesto endometrijoze ili neke druge u tom trenutku nepoznate bolesti (usp. Hudson 2022: 20–27). Osim rodne neravnopravnosti tijekom istraživanja su se pojavili i problemi privilegiranja zdravlja ratnih invalida, boljeg odnosa prema pacijentima ukoliko se radi o privatnoj klinici u kojoj se usluga skupo plaća, nužnosti posjedovanja „veze“ kako bi došao do dobre medicinske usluge u javnom zdravstvu i slično:

„Ima izvrsnih liječnika. Moj muž je bio dva puta ranjen u ratu i kad on njima dođe ima 100 % brigu, njegu i uvijek ima fenomenalne doktore koji kad se on na nešto požali ne staju dok ne otkriju što je. Fenomenalni ljudi vode brigu o njemu.“; „mi kao ljudi (o liječnicima koji rade u privatnim klinikama) možemo biti lijepi i kulturni, samo nam morate dobro platiti da bi to bili.“ (Svjetlana)

Na takva se svjedočanstva možemo zapitati: Zašto liječnici čuju i uvažavaju riječi bivšeg vojnika, a ne njegove žene koja se bori s nenasnim bolovima? Zašto se dostojanstveni tretman liječnika mora skupo plaćati ili zašto je za njega potrebna „veza“? Što je s onim pacijentima koji nisu u financijskoj mogućnosti plaćati privatnike, koji nisu ratni invalidi ili koji nemaju vezu u bolnici?

U sklopu ovoga rada ta će pitanja ostati retorička jer predstavljaju samostalne, velike i značajne teme za neka daljnja istraživanja.

4.4.5. Liječenje papira, a ne pacijenta

„Stoga je iznimno značajno razumijevanje pacijenta kao osobe, što vodi do shvaćanja da je samo pacijent kao pojedinac, bez obzira na sve znanstvene, tj. teoretske i statističke istine i/ili 'istine', na kojima dio liječnika još uvijek nerijetko ustrajava, najbitniji i jedini stvaran predmet interesa dobrog i humanog liječnika te njegov suradnik u komunikaciji i procesu liječenja. Takav, personalizirani pristup pacijentu osigurava humanističko viđenje pacijenta te omogućava odabir najboljeg mogućeg liječenja, kvalitetne i učinkovite njege i potpore.“ (Štifanić, 2013: 299)

Priloženi citat govori o potrebi da se zapadna medicina počne više orijentirati ka pacijentima kao osobama, a ne kao teorijskim slučajevima kao što to često biva. No, kako bi došlo do tih pozitivnih promjena usmjerenja ka pacijentu kao osobi sa životnim okolnostima koje imaju direktan utjecaj na njegovo zdravstveno stanje, potrebno je pristupiti pacijentu s početnim povjerenjem i zainteresiranosti. Međutim, još jedna zajednička stavka u kazivanjima svih intervjuiranih osoba jest svijest o tome kako liječnici ne slušaju aktivno, pokazuju nezainteresiranost i odbijaju pridati više pozornosti kazivanju svojih pacijenata. Tako se često ponavlja slučaj da liječnici prekidaju pacijenta s generičkim pitanjima i ne daju im priliku pravilno izložiti simptomatologiju i okolnosti svoje bolesti, a one stvari koje čuju proglase irelevantnim ili u najboljem slučaju samo preusmjere slučaj drugom liječniku. A nepovjerenje i neuvažavanje patnje pacijenta uvijek vodi do odgađanja pronalaska dijagnoze, novih mjeseci ili godina borbe pacijenta sa simptomima koji mu snažno narušavaju kvalitetu života te do razočaranja:

„Uglavnom, meni nitko nije vjerovao i rekao idemo probati nešto napraviti, ženu boli, ajmo vidjeti što bi moglo biti. Nitko nije tražio rješenje niti me uvažio kad bi govorila da mene i dalje jako boli. (...) Svaki put sam izašla iz ordinacije razočarana i na rubu suza.“ (Svjetlana)

Velik problem u javnom zdravstvu u Hrvatskoj prevelik je broj naručenih pacijenata po smjeni jednog liječnika zbog općenitog manjka liječnika i preopterećenosti sustava, što posljedično rezultira time da se liječnici nemaju vremena posvetiti pacijentu kako bi trebali. Liječnici opće prakse već godinama apeliraju na problem prevelikog opsega posla i broja pacijenta koji prođu njihovom ordinacijom u jednom danu. Iako se metodološki ovaj rad ne bavi sustavnom analizom medijskih sadržaja, njihov je spomen u ovom kontekstu važan jer nam daje do znanja o aktualnosti i realnosti te problematike. Primjerice, u članku *Obiteljski liječnici zbog preopterećenosti predlažu nova pravila za pacijente*^{IX} iz 2016. godine liječnici opće medicine javno izjavljuju informaciju da se zbog preopterećenosti poslom jednom pacijentu mogu posvetiti tek 3–5 minuta. Od 2016. do aktualne 2023. godine situacija se nije puno promijenila. U medijima se nastavlja pisati o kroničnom i zabrinjavajućem manjku liječnika, što je vidljivo na primjeru članka *Hrvatskoj nedostaje 257 obiteljskih liječnika, 110 ginekologa i 90 pedijatara*

^{IX} <https://dnevnik.hr/vijesti/hrvatska/koordinacija-obiteljske-medicine-predlaze-maksimalno-40-pacijenata-dnevno---445773.html>

u PZZ-u^x, a čak 80 % liječnika obiteljske medicine prema medijskom izvješću izražava nezadovoljstvo zbog manjka vremena za posvećivanje pacijentu. Zbog toga pacijenti moraju u prekratkom vremenskom roku izložiti svoje zdravstvene probleme i nemaju slobodnog prostora za postavljanje daljnjih pitanja i traženje objašnjenja, a liječnici stoga, u teoriji, nemaju vremena za zadržavanje na njihovom slučaju.

Većina kazivača istaknula je kako se u ordinaciji uvijek žure izreći svoju priču jer znaju da im se vrijeme odbrojava i da vjerojatno u protivnom neće stići izreći što žele:

„Rekla bih da bih dobila minutu dvije da ispričam svoju priču i morala bi imati *elevated pitch*, doći točno sa pričom i stavom i sve i onda brzo ispričati. Ti liječnici su uvijek u takvoj gužvi, ako pričamo o javnom zdravstvu, njih uvijek čeka sto ljudi vani i nemaju oni vremena. Čak da se neka osoba i želi tebi posvetiti, nemaju vremena za to i jednostavno, to je tak tužno.“ (Ida)

„Par minuta bi mi možda dali da ispričam. Ja se inače uvijek žurim jer znam da liječnici uvijek prekidaju i onda dođem sa svojim popisom unaprijed kažem imam pet stvari koje vam imam za reći, to je jedini način da ih čuju i onda zapravo dok ja pričam to ukucavaju. Tako da nema tu nekog razgovora da te uopće pogleda i poslušaj, vrlo malo. Ništa ih zapravo ne zanima van onih standardnih pitanja što postavljaju.“ (Ljubica)

Iz priloženih se citata ponovo može zaključiti kako je odlazak na liječničke konzultacije na neki način borba u kojoj nema mjesta za ljudsku i normalnu nesigurnost, zbunjenost i tišinu. Uz to, kazivači su istaknuli kako su vrlo često imali osjećaj da ih liječnici ne slušaju aktivno i da su nezainteresirani za njihov slučaj te da umanjuju važnost njihovog iskustva:

„Ne razumijem zašto su tako...zašto toliko odbacuju iskustva. Dakle ako ja kažem da osjećam da me boli tu i tu, ove i ove danje, još pokažem di, a oni kažu 'ne ne' ili 'uzmi tablete proći će, a ako ne prođe uzmi druge tablete.'“ (Marta)

A kad pričamo o nevidljivim bolestima, pričamo o slučajevima gdje standardne pretrage najčešće ne daju mnogo pojašnjenja zbog čega bi iskustvo pacijenta trebalo biti glavna baza za dijagnostiku i pacijenta bi trebalo saslušati aktivno i s povjerenjem. No, neki liječnici odlučuju odbaciti kazivanje pacijenata kao vjerodostojno te ih potom ili proglase hipohondrima ili jednostavno preusmjere nekom drugom liječniku:

^x <https://net.hr/danas/hrvatska/alarmantno-upozorenje-nedostaju-lijecnici-pedijatri-ginekolozi-optereceni-su-administracijom-nemaju-vremena-za-pacijente-00eb87ee-b832-11ed-bdf4-9a92866fba86>

„Imala sam osjećaj da imam tu neku misterioznu bolest i da to nije njihov problem i da to samo hoće prebacit na nekog drugog. Hoće te se riješit. Ja mislim da je to zapravo oblik *gaslightanja* da čovjek zapravo ne mora radit svoj posao, da se preusmjeri nekom drugom. Postoje neke bolesti koje se ne mogu vidjeti na običnim pregledima i teško ih je dijagnosticirati i umjesto da poslušaju tvoje iskustvo i onda te pošalju dalje ili da zapravo rade pregled na temelju tvojih simptoma i da donose zaključke na temelju tih simptoma, dalje bi došli nego sad.“ (Andrea)

Jedan tragikomični slučaj koji dokazuje u kojoj je mjeri pacijentovo kazivanje irelevantno za neke liječnike jest onaj od kazivačice koja je na hitan prijem došla zbog nenasnosnih bolova uzrokovanih endometriozom. Iako je kazivačica znala da trudnoća nije opcija ni moguć uzrok njenih bolova, niti jedan liječnik nije joj povjerovao i uvažio njeno kazivanje, nego su odabrali trošiti vrijeme i resurse na provedbu testiranja na trudnoću:

„Znali su mi pravit test na trudnoću iako sam im govorila da nema teoretske šanse i oni meni naprave u ambulanti test, bude negativan i ja opet znam da je negativan, pa nisam glupa, nije Isus i oni meni kao vađenje krvi. Vidim nalaz da su mi radili Betu, ja stojim, gledam i mislim si mene ovdje nitko ne sluša.“ (Sanja)

Suprotno tome, neki su kazivači spomenuli rijetka, ali njima užasno vrijedna iskustva u kojima su se liječnici odlučili posvetiti i uložiti vrijeme:

„Jedino kod ove neurologice, al to je posebna priča. S njom sam sat i pol pričala. To je bio razgovor koji je trajao jako dugo i ja sam rekla žuri mi se na vlak, a ona je rekla 'nigdje vam se ne žuri, vi se morate brinuti o svom zdravlju.' Ona se posvetila, ali neki drugi bi desetak minuta.“ (Ljubica)

Važno je napomenuti i činjenicu da su svi kazivači, nakon najčešće nekoliko godina potrage, pronašli liječnika koji se posvetio njihovom slučaju, pronašao dijagnozu, validirao njihovu patnju, tretirao ih s poštovanjem i pojasnio im stanje i opcije liječenja. A to pak znači da su patnja i bol tih pacijenata godinama neutemeljeno pripisivani psihosomatici ili jednostavno zanemarivana. Sanjina je priča primjer toga kako postoje angažirani i empatični liječnici, odnosno govori o tome kako može i mora biti bolje:

„Ona je meni napravila dubozdjelični ultrazvuk i vidjela je dubozdjeličnu endometriozu koja se proširila po svem živom, priraslice, jedna cista od pet jedna od sedam centimetara. Oni to nitko nisu vidjeli. Iskreno na prvu me uplašila njena reakcija jer je

žena skoro počela plakat kad je vidjela, rekla je da ne može ni zamisliti koje bolove trpim jer sam imala jedno žarište i uz kičmu. Doslovno mi je noge oduzimalo, baš je bilo strašno bolno jer je valjda u tom spletu živaca. Iskreno, ja kad sam došla kod te doktorice, sam se šokirala kako ona mene sluša. Ta žena me na prvu oduševila, pustila me da joj sve ispričam, postavila mi je 101 pitanje, totalno sam pozitivno šokirana bila nažalost. Objasnila je što je endometrioza, kako nastaje, do kojeg stupnja je to moje ,u biti kako je moje stanje jako loše...dala mi je privatni broj, ja sam tu ženu mogla nazvat u svako doba i uvijek mi je bila tu, dosta pregleda nije ni naplatila jer je htjela da mi bude bolje, i sa psihološke i liječničke i s ljudske strane ta žena me je oduševila i zahvalna sam joj do kraja života.“ (Sanja)

Ako se osvrnemo na problem preopterećenosti sustava i činjenicu da je manjak vremena jedan od uzroka zašto dijagnostički postupak kod nevidljivih bolesti traje godinama, unatoč početnoj smislenosti postupka skraćivanja konzultacija i generičkog pripisivanja lijekova koji djeluju kod većine ljudi i na posljedicu bolesti, umjesto da se odvoji vrijeme i trud u pokušaju pronalaženja uzroka tegoba, može se reći da svake neproduktivne liječničke konzultacije vode do novih. Odnosno, umjesto posvećenog rješavanja problema, dolazi do njegovog odgađanja.

Drugim riječima, površnost u uzimanju anamneze ili u njenoj nepravilnoj interpretaciji predstavlja problem koji liječnicima zapravo ne pomaže pri uštedi vremena jer će se pacijent čijem se problemu nisu posvetili jedan dan, vratiti sljedeći dan i tako uzastopno dok ne dođe do pomoći. Donekle je razumljivo da u svakodnevnoj praksi liječnici neke pacijente koji su na samom početku dijagnostike i dolaze s naizgled blažim simptomima ne obrade detaljnije misleći da bi njihovo stanje moglo biti prolazno, no problematično je to da isti pacijent kojemu se stanje ne poboljšava, ili čak pogoršava, može godinama odlaziti kod istog liječnika moleći pomoć u razumijevanju stanja, a da taj liječnik nikada ne odluči uložiti više vremena i truda kako bi napokon olakšao život svom pacijentu:

„Ta razina njihove...ja bi rekla da je to površnost. Mislim ja ne očekujem da me tretiraju kao pacijenta s kojim će pet sati razgovarati, ali ta razina...kak ti je normalno da netko tko je tvoj pacijent, dolazi godinama s istim problemom i da jednom ne uzmeš vremena i kažeš ok ajmo sad malo povezat, vidjet kaj bi joj pomoglo.“ (Ljubica)

Problem preopterećenosti sustava ne bi trebao biti na neki način izgovor za praksu neposvećivanja pacijentu, a tome u korist govore i pozitivni primjeri liječnika koji odlučuju imati vremena za svog pacijenta i time ostvaruju benefit za obje strane:

„Problem je u sustavu i doktorima osobno, možemo reći da je sustav prenapučen, u rasulu, da nema doktora, da su premalo plaćeni itd, ali to nije razlog da se netko loše odnosi prema pacijentu i da ga se hoće riješiti.“ (Andrea)

Također, nijedan pacijent se ne bi trebao osjećati kao da su njegov slučaj i njegova patnja gubitak vremena za liječnika, kao što to često biva slučaj prije negoli se dođe do dijagnoze nevidljive bolesti:

„Ona me gledala blijedo kao ženo oduzimaš mi vrijeme, nema tu ništa, evo ti neki prirodni lijek i zdravo, dođi za godinu dana na redovnu kontrolu.“ (Svjetlana)

Dakako, treba uzeti u obzir činjenicu da je doktorska profesija iznimno teška i iscrpljujuća te imati razumijevanje za zahtjevne uvjete u kojima hrvatski liječnici rade. Dežurstva, neispavanost, konstantan kontakt s ljudima, okruženost teškim slučajevima, premale plaće itd. predstavljaju teške uvjete rada zbog kojih je teže funkcionirati optimalno. Zahvaljujući tome što su susjedi jedne od kazivačica liječnici, od njih je iz prve ruke imala priliku čuti o uvjetima rada što je dodatno doprinijelo empatičnom razumijevanju njihove pozicije:

„Onda smo malo pričale o tom sustavu, ja sam ju pitala kao zašto je sustav toliko nehuman da čak vlastite ljude, dakle liječnike, tretira na taj način da se ja pitam dal ti ljudi uopće mogu raditi optimalno i razmišljati optimalno. Dakle, ak ti ljudi rade na dežurstvima, rade te neke lude smjene, imaju nekakve lude rasporede, uglavnom ako je baš neki potpuni kaos...(…) „slušaš te priče i misliš si jebote ovo su naši ljudi u najboljim godinama koji bi trebali funkcionirati optimalno, spavati i jesti optimalno, sve nešto optimalno da bi onda mogli raditi optimalno, ali ljudi ono nemaju sekunde slobodnog vremena, ne stignu jesti, ne stignu spavati, žive pod užasnim stresom i kak onda ti ljudi mogu zapravo raditi optimalno i bit tu za nas, imati kapacitete. Jer ja recimo kužim po sebi ako ja nisam dobro emotivno, fizički bla bla bla, ja ne mogu raditi s klijentima jer ja onda nemam ništa za dati njima. A ako imam mogu ih nagnati na promjenu i svašta nešto. Ako naši liječnici nemaju taj kapacitet o kojem ja pričam onda se to svede na lupanje pečata i na pripisivanje recepata u suradnji s farmaceutima. U problemu je sustav. Mislim ja ne branim sad sve te liječnike, pojedinci su na kraju ti koji rade sustav, ali jako je kompleksno.“ (Ida)

Tu je i činjenica da liječnicima osim „razumnih“ ljudi s kojima se može ostvariti zdrava komunikacija, ambulantom prolaze razni tipovi pacijenata poput agresivnih, nerazumnih i

neugodnih, što dakako ostavlja trag na liječniku. No, u opisu profesije stoji rad s ljudima i to su stvari koje se ne mogu izbjeći. Međutim, za razliku od drugih poslova koji obuhvaćaju rad s ljudima, poput konobarskog ili blagajničkog posla, ovdje posljedice lošeg tretmana prema klijentu/pacijentu mogu biti ozbiljne i nose veliku težinu. Kako bi se prevenirale tragedije, od iznimne je važnosti da jedan liječnik u svakom trenu ostaje pribran i profesionalan pružatelj usluge te da ima vještinu asertivne komunikacije koju bi trebao usvojiti tijekom svog stručnog obrazovanja. Primjerice, na Medicinskom se fakultetu u Zagrebu tek 2004. godine odlučilo pronaći način da se više pažnje prida tome da se studente tijekom studija uči o načinu komunikacije s pacijentom (usp. Čikeš et al. 2011). Trenutno je u *Syllabusu* studija medicine u Zagrebu obavezan kolegij Temelji liječničkog umijeća koji se dijeli na dva dijela, od kojih je jedan naslovljen *Komunikacijske vještine* u kojima se studente od prve godine uči o važnosti komunikacije u radu liječnika, neverbalnoj komunikaciji, vještini postavljanja pitanja, aktivnom slušanju, ulozi emocija u odnosu liječnika i bolesnika, komunikacijskim preprekama, specifičnim vrstama komunikacije te se uvježbavaju komunikacijske vještine u radu sa stvarnim bolesnicima. (*Id.*) Taj nam podatak ukazuje na pozitivni pomak i nadu u poboljšanje odnosa između pacijenata i novih generacija liječnika.

O važnosti takvog modela studija medicine govori i Darrell G. Kirch, predsjednik američke Asocijacije američkih medicinskih sveučilišta, koji smatra da dobar liječnik mora biti više od medicinskog znanja koje posjeduje, odnosno da ta fraza uključuje i vještinu razumijevanja ljudi, komunikacijske vještine i sposobnost empatične i integracijske interakcije s ljudima pa je u tu svrhu od 2015. godine uveo praksu da studenti medicine moraju učiti o etici, filozofiji i kulturnim studijama (usp. Kidd i Carel 2016:3).

Uz to, za ostvarenje empatičnog odnosa s pacijentom i ostvarenje uspješne komunikacije zalaže se i najčešće primjenjivani model komunikacije među teorijama o edukaciji konzultacije Calgary-Cambridge model (1996) u kojem stoji :

„Tijekom cijele konzultacije gradimo odnos s pacijentom. Pacijentu nije potreban samo stručan medicinski savjet nego i razumijevanje i potpora. Izgradnjom dobrog odnosa stječemo povjerenje pacijenta, koji se onda osjeća slobodnim izložiti sve svoje poteškoće zbog kojih je došao. Bitne komunikacijske vještine su priznavanje, prihvaćanje, odobravanje, empatija i potpora. Na kraju pacijentovog izlaganja koje predstavlja njegovu perspektivu, osjećaje i razmišljanja o problemu, ispravna reakcija liječnika je dati mu do znanja da je prihvaćen i priznati njegovo gledište, ne iskazujući

slaže li se s njime ili ne. Ako liječnik prerano reagira i kaže da 'to nije ništa', pacijent to može shvatiti kao podcjenjivanje njegovih problema ili kao nebrigu. Empatija uključuje razumijevanje i prihvaćanje, te poruku pacijentu kako ga razumijemo i podupiremo. Empatiju je bitno pokazati, a to podrazumijeva sve elemente dosad spomenute: topli prijem, otvorena pitanja, pokazivanje zanimanja, prihvaćanje, razumijevanje verbalnih i neverbalnih poruka itd. Potpora dopunjava empatiju u komunikaciji i pomaže u izgradnji odnosa. (Grgić 2015: 22)

Iako savjeti tog modela možda na prvu djeluju utopistički i prezahtjevno, u srži se radi o jednostavnim ljudskim radnjama poput pružanja osmijeha, održavanja kontakta očima, davanja riječi pacijentu, aktivnoga slušanja i sličnog, koje liječniku nisu teško izvedive niti oduzimaju mnogo energije i vremena. Jasno je da su liječnici ljudi od kojih se mnogo očekuje, no u praksi pacijenti, za početak, traže barem saslušanje i razumijevanje: „Ako ti netko ne kaže -ej razumijem da imaš bolove-, to je bare minimum dostojanstva. Čujem te, razumijem te.“ (Andrea) Čak i pri susretanju sa slučajevima hipohondrije, demencije i pacijenata koji svom liječniku opće medicine dolaze prečesto i nepotrebno, liječnik bi trebao moći održati profesionalni ljudski tretman. Dapače, neka istraživanja govore o tome kako razgovor s liječnikom već sam po sebi ima funkciju lijeka i može djelovati kao placebo, stoga posvećivanje vremena i pozornosti takvom tipu pacijenata može pomoći i barem im um dovesti u stanje mira (usp. Benedetti 2013: 1207–1246). Treba napomenuti da se i na području Hrvatske piše i govori o toj ideji da liječnici mogu liječiti dobrom komunikacijom i o tome da je ponekad jednostavno čovjek čovjeku lijek (*Homo homini medicamentum est!*) (usp. Braš et al. 2011).

Možda iz prethodno izloženog djeluje kao da je liječnik „glavna karika“ i potpuni nositelj uspješne komunikacije, ali jednako je važan i pacijent kao sugovornik i podrazumijeva se da i on mora uložiti određeni napor u ostvarivanje uspješnog dijaloga. Pri tome bi valjalo uzeti u obzir i to da su pacijenti često u strahu ili pod tremom pred liječničkim autoritetom, stoga im je teže pokrenuti dobar dijalog ili monolog pa se pretpostavlja da bi liječnik trebao intervenirati smirivanjem i razbijanjem početne neugodnosti. Štifanić, kao sociolog koji se mnogo bavi temom problema u hrvatskom zdravstvu i koji se zalaže za medicinu usmjerenu osobi, također smatra da je nužno doći u točku u kojoj će liječnik i pacijent uspješno komunicirati i postići za obje strane konstruktivan savez:

„U tu svrhu potreban je savez između liječnika i pacijenata. I jednima i drugima cilj bi trebao biti razvoj medicine usmjerene osobi: od osobe i za osobu. Ona se može provoditi

pomoću dobre komunikacije između liječnika i pacijenta kao dviju osoba. Naime, unapređuje se zdravlje pacijenta kao osobe, s jedne strane, a s druge, liječnik se jedino na taj način izgrađuje kao kompletna osoba. To je temelj medicine usmjerene osobi: pacijentu kao osobi i liječniku kao osobi. Želio bih da ova knjiga bude svojevrsan Uvod u hrvatsku medicinu usmjerenu osobi. Njezina filozofija je provođenje medicine od liječnika kao osobe vrhunski obrazovane, humane i moralne, koji dobro komunicira i surađuje s pacijentom kao osobom koja treba pomoć.“ (Štifanić, 2013:324)

No, praksa pokazuje kako pojedini liječnici odbijaju primijeniti pravila asertivne komunikacije i uvažiti mišljenje i molbe pacijenata te kako inzistiranje pacijenata da ih se doživi i da se uvažavaju njihovi pozivi u pomoć, rezultiraju otporom od strane liječnika:

„Kad sam ja počela inzistirati na tome da imam bolove i da mi nešto sigurno je, tu je prestajalo svako poštovanje, tu je kretalo ono oduzimaš mi vrijeme. Tu prestaje sva briga za pacijenta jer je on kao svoje odradio, on je mene pregledao i rekao da nije ništa i onda ne želi dalje sa mnom raspravljat, da ja njemu nešto govorim, a on kao doktor zna što je meni, zna da meni nije ništa. I tu bi se ja povukla jer sam znala da ne vrijedi sad doktorima proturječiti i ne znam što reći.“ (Svjetlana)

Prema Parkeru (2018) moguće tumačenje uzroka takve liječničke iritabilnosti u slučaju pacijentova zalaganja za samoga sebe i svoj slučaj možemo pronaći u njihovom osobnom tumačenju nevidljive bolesti kao „devijantne“. Također, susretanje sa „patologijama“ koje ne mogu i ne znaju pratiti ili liječiti, ponekad dovede do dojma gubitka moći i autoriteta koji rezultira otporom i promjenom tona liječnika (usp. Parker 8).

Liječničke konzultacije bi dakako bile produktivnije kada bi obje strane bile svjesne činjenice da se na njima nalaze prvenstveno ljudi i da dijele isti cilj. S jedne bi strane pacijenti trebali osvijestiti kako je liječnik prvenstveno osoba sa svim ljudskim osobinama, osjećajima, vrlinama i manama, koja je igrom slučaja obučena za to da bude pružatelj pomoći te kojoj treba pristupiti s početnim povjerenjem u to da mu želi pomoći. S druge bi strane liječnik također trebao biti senzibiliziran i svjestan činjenice da je pacijent čovjek koji se nalazi u osjetljivoj situaciji te ranjivo traži saslušanje, razumijevanje i pomoć. Intervjui su pokazali da su svi kazivači unatoč nizu loših iskustava i liječničkih tretmana ostali veoma empatični i da posjeduju razumijevanje za poziciju liječnika, činjenicu da su i oni podložni nekoj vrhovnoj vlasti, da rade u teškim uvjetima i da su obični ljudi:

„Pojedinci su problem, ali isto tako shvaćam da ni oni ne mogu puno kad je njima iznad glave netko drugi i jednostavno samo žele valjda ko većina ljudi odradit svoj posao i otići doma djeci i obitelji i bavit se svojim hobijima. I, žalosno je što takvi ljudi zapravo samo žele pobjeć sa radnog mjesta ko da rade na nekom šalteru izdajući putne isprave jer rade s ljudima i s nečim puno bitnijim, ali nažalost ja mislim da je tak jer ti ljudi prvenstveno nisu sretni, njima nekakve njihove potrebe nisu zadovoljene, plaće, *whatever*.“ (Ida)

U svakom slučaju, činjenica da s pacijentove strane postoji empatija, razumijevanje i volja za dijalogom odličan je preduvjet za ostvarivanja saveza između liječnika i pacijenta i njihove uspješne suradnje u procesu liječenja. Jedino što preostaje jest čekati trenutak u kojem će liječnici vraćati istom mjerom. A rijetka, ali vrijedna pozitivna iskustva kazivača dokazuju da ta ideja može postojati i u stvarnosti.

4.4.6. Zakidanje za informacije

Još je jedna od manifestacija medicinskog *gaslightinga* uskraćivanje objašnjenja o npr. pripisanoj terapiji, daljnjem tijeku dijagnostike ili liječenja, o opcijama terapije ili pretraga. Možda najočitiji uzrok tome jest upravo spomenuti manjak vremena, odnosno prekratko predviđeno trajanje liječničkih konzultacija po pacijentu. No, valja uzeti u obzir činjenicu da nijedna farmakološka terapija nije bezazlena i da nosi određene nuspojave i rizike te da direktno djeluje na tijelo pacijenta i u nekim slučajevima ostavlja trajne posljedice. Također, prema Zakonu o liječništvu u članku 19. o Međusobnim odnosima liječnika i pacijenta stoji da „Svi postupci medicinske prevencije, dijagnostike i liječenja moraju se planirati i provoditi tako da se očuva ljudsko dostojanstvo, integritet osobe i prava pacijenata, a posebno pravo na informiranost i samostalno odlučivanje.“^{XI} Zbog toga je nedopustivo da liječnik odluči prešutjeti moguć negativan učinak terapije i reagira loše na pitanja pacijenta o toj temi. Pretpostavlja se da pacijent ne posjeduje znanje o određenim pretragama ili lijekovima i da odlazi liječniku po objašnjenje, a u praksi se često preskače korak interpretacije pripisane terapije:

„Nisu mi ništa objasnili, samo su mi dali tablete i rekli piji ovo pola h prije doručka i dođi za mjesec dva na kontrolu i to je to. Dakle, nikakvih komentara na ništa. I, tad je postojao neki Internet tih dana i sjećam se da sam išla guglat za što su te tablete. Dakle,

^{XI} <https://www.zakon.hr/z/405/Zakon-o-rije%C4%8Dni%C5%A1tvu>

toliko nikakvih informacija od liječnika nisam dobila. Posebno, nitko mi nije rekao da su to tablete koje ću onda piti cijeli život. Dakle, ništa ništa. I, to je ono što iz današnje perspektive najviše zamjeram kad se osvrnem.“ (Ida)

Moguće tumačenje te prakse je i to da liječnik pacijenta smatra nedovoljno obrazovanim da bi shvatio obrazloženje o dijagnozi, terapiji ili provedbi pretrage ili da odlučuje prešutjeti neke detalje kako bi tako prevenirao lošu reakciju i otpor pacijenta, što potvrđuje tezu o hijerarhiji moći, odnosno o nadmoći liječnika kao nositelja ekskluzivnog znanja. Međutim, pacijenti se ne bi trebali podcjenjivati, nego bi im se trebalo pristupiti kao osobama koje bi trebale sudjelovati u brizi o svom tijelu i koje zaslužuju obrazloženje na koji način to činiti. Calgary-Cambridge model naglašava da „Ako pacijent razumije svoje poteškoće te se složi s predloženim planom liječenja, veće su šanse da će taj isti plan i provoditi.“ (Grgić 2015: 23) Također, liječnik ne bi trebao zazirati od pitanja i na njih reagirati *gaslightingom*, već pacijenta poticati na postavljanje pitanja i informiranje: „U planiranju je bitno postići zajedničko sporazumijevanje o daljnjim postupcima. Zbog toga je jako važno da se liječnik pri objašnjavanju prilagodi svakom pacijentu i njegovoj razini razumijevanja, njegovoj perspektivi, prethodnim znanjima, iskustvima i okolnostima. Potrebno je poticati pacijente na postavljanje pitanja i provjeriti da li je pacijent shvatio izloženo te ima li nekih nejasnoća.“ (Ibid.)

4.5. Uzroci

Teško je govoriti o sigurnim uzrocima zbog kojih dolazi do prakse medicinskog *gaslightinga* jer se razlikuje od slučaja do slučaja i često se radi o kombinaciji problema sa sustavom i individualnih liječničkih odluka. Također, u sklopu ovog istraživanja nisu intervjuirani liječnici čime bi se dobila jasnija slika i objašnjenje. No, u nastavku će se izložiti neki od mogućih uzroka i dati primjeri razmišljanja pacijenata koji boluju od nevidljivih bolesti na tu temu.

4.5.1. Neznanje

Prvi moguć razlog na koji su se svi kazivači osvrnuli jest neznanje o dijagnozi pojedine nevidljive bolesti te nepriznavanje istoga. Medicinski stručnjaci diljem svijeta istražuju kontraverzne nevidljive bolesti poput fibromialgije ili kroničnog umora, no i dalje nisu došli do biomedicini logičnog objašnjenja i smjernica za terapiju. Postoje kriteriji za postavljanje

dijagnoze, no oni pretpostavljaju da liječnik zna adresirati, povezati i interpretirati simptome na koje se pacijent žali, bez obzira na to što im na prvu djeluju banalno ili ne pripadaju njihovoj specijalizaciji. Bitno je naglasiti da se svi pacijenti koji boluju od neke nevidljive bolesti susreću s velikim brojem simptoma koji zajedno tvore kliničku sliku. Primjerice, pacijent koji boluje od sindroma kroničnog umora neće se svom liječniku žaliti samo na intenzivan umor nego i na primjerice nesanicu, probleme s koncentracijom, bol, aritmiju ili neki od mnogobrojnih simptoma koji se vežu uz tu dijagnozu (usp. Cortes Rivera 2019; Sreevasumathi 2023). Kad bi se liječnik susreo sa slučajem u kojem se pacijent žali na jedan ili dva spomenuta simptoma, kao što su umor i nesanica, vjerojatno bi ih rastumačio kao posljedicu stresa i pacijentu bi pripisao tablete za spavanje bez dubljeg istraživanja. No, ukoliko se u anamnezi nalazi široki popis simptoma od kojeg su mnogi intenzivni do mjere da onemogućuju pacijentovo normalno funkcioniranje, od liječnika se očekuje reakcija i posvećena dijagnostika. A, bez početnog povjerenja i uvažavanja simptomatike te potom bez liječnikova znanja o konkretnoj dijagnozi koja bi se uklopila u kliničku sliku, izostaje pravilna dijagnostika. Kazivač Karlo osvrnuo se na tu problematiku: „Vjerujem im, nikad nisam stekao dojam da lažu, ali sam stekao dojam da umanjuju neke zdravstvene tegobe koje možda zasebno nisu problem kod prosječnog pacijenta, ali u kroničnoj bolesti zajedno tvore skup problema iste prirode.“ (Karlo) Jednako tako kompleksan je i postupak liječenja i tretiranja te skupine bolesti. Iako se zna za neke smjernice i postoje određene opcije terapija, možemo pretpostaviti da nisu baš svi liječnici s njima još upoznati jer im možda u sklopu općeg medicinskog obrazovanja nije posvećeno više pozornosti. Stoga, ukoliko pojedini liječnik sam ne odabere istraživati i čitati o određenoj nevidljivoj bolesti, jednostavno neće posjedovati znanje o tome kako bi mogao pomoći pacijentu. Razumljivo je da jedan liječnik ne može znati tretirati baš sve bolesti, no iz tog razloga postoje specijalizacije i trebale bi postojati opcije stručnjaka koji se godinama bave jednom konkretnom bolesti. Ali, neki je logičan slijed taj da pacijent ide liječniku koji radi u zdravstvenoj instituciji kojoj pripada po mjestu prebivališta ili do kojeg može najprije doći. Zbog toga dolazi do susretanja liječnika s dijagnozama i stanjima o kojima najčešće ne zna mnogo, što samo po sebi ne bi bio problem da liječnik to prizna i preusmjeri pacijenta kolegi koji bi trebao posjedovati veće znanje o toj temi. I sami su kazivači naveli kako im to ne predstavlja problem i kako im je taj scenarij draža opcija:

„Doktori su jako slabo baratali s mojim stanjem i dobar broj me refleksno slao dalje, jer oni tu ne znaju i ne mogu ništa. Ali i kad doktor kaže da ne zna, to je već bolje nego da vas uvjerava u nešto za što vi znate da nije istina.“ (Karlo)

Međutim, situacija je takva da neki liječnici ne žele priznati da ne posjeduju znanje o određenoj temi i stoga kao mehanizam zadržavanja moći i autoriteta odabiru uvjeriti pacijenta u to da mu „nije ništa“ i upravo to predstavlja problem kad se govori o medicinskom *gaslightingu*. Istina je i da se kod nekih nevidljivih bolesti simptomi preklapaju sa simptomima depresije što liječnike može navesti na krivo tumačenje. Međutim kako bi se spriječila praksa donošenja krivih dijagnoza i time pripisivanja krivih terapija, nužno je provesti specifične i detaljne pretrage.

4.5.2. Održavanje autoriteta i moći

Gaslighting se javlja u odnosima u kojima ne postoji ravnopravna raspodjela moći, a ukoliko govorimo o medicinskom *gaslightingu* najčešće govorimo o slučaju u kojemu je liječnik, kao predstavnik medicinske institucije, nadmoćan i time u poziciji tu istu moć zloupotrijebiti. Dakako, moć sama po sebi nije ni dobra ni loša, nego predstavlja neizbježan i nužan dio svih društvenih odnosa, pa tako i u profesionalnom odnosu liječnika i pacijenta, pri čemu s jedne strane liječnicima treba moć kako bi mogli ispunjavati svoje profesionalne obaveze, utjecati na pacijente i prenositi im svoje znanje u svrhu liječenja i njihove dobrobiti, a pacijenti, s druge strane, također trebaju određenu razinu moći kako bi znali artikulirati, obrazložiti i doći do medicinskih usluga (usp. Goodyear-Smith i Buetow 2001:449). Međutim, problem nastaje ukoliko jedna od strana odluči zloupotrijebiti tu moć, odnosno iskoristiti moć za osobnu korist i na štetu drugoga, a u slučaju odnosa između pacijenta i liječnika to češće, ali ne i uvijek, bude liječnik. Kao što tumači Z. Staničić:

„Unutar liječničke profesije neprestano se polariziraju interesi i motivacije između “sebičnosti” i “socijalnosti”, što znači, između ostvarenja vlastitog probitka i ostvarivanja javne koristi. Sociolozi su (Parsons posebno) ukazali na negativne posljedice do kojih bi došlo ukoliko bi zavladao neobuzdana, ničim kontrolirana liječnikova “sebičnost”, odnosno, njegov sekundarni, partikularni, osobni interes, koji bi potisnuo u drugi plan interese bolesnika/društva. U sociologiji je taj problem označen kao problem inverzije ciljeva: on postaje posebno važan upravo u djelovanju liječničke profesije; naime, liječnik, u znatno većoj mjeri nego drugi profesionalci, može izvršiti inverziju ciljeva, a da pritom sebi ne naškodi i da zajednica ostane bez ikakvih čvršćih dokaza o zlouporabi.“ (2001:200)

Kako bi se bolje razumio taj fenomen, valjalo bi se podsjetiti na to da su u prošlosti liječnici bili tipični primjeri predstavnika patrijarhalnog sistema pri čemu je liječnik bio uglavnom dobrostojeći muškarac višeg društvenog statusa koji je nosio ekskluzivno znanje i donosio odluke u ime pacijenata, a tim više ukoliko su one bile ženskog spola (usp. Goodyear-Smith i Buetow 2001: 450). Na tu pojavu osvrnuo se i Donev:

„Posjedujući znanje na osnovi kojeg se može postaviti dijagnoza i potom izdati lijek koji će pobijediti samu bolest, liječnik je i u prošlosti i danas imao, ako ne 'božanstvenu', onda zasigurno paternalističku ulogu izraženu kroz stav 'liječnik zna najbolje'.“ (Donev, 2013:504)

Tragovi tog uvjerenja vidljivi su i u 21. stoljeću, no u današnje vrijeme ponekad se interpretiraju kao zloupotreba liječničke moći. Ta zloupotreba moći liječnika može se manifestirati kao: odgađanje usmjerenja pacijenta drugom liječniku u trenu kad se iscrpi znanje i mogućnosti liječenja, pružanje minimalne razine liječničke pomoći i izbjegavanje primjena novih metoda liječenja, zadržavanje medicinskih podataka od pacijenta kako bi se održala pozicija nadmoći, donošenja odluka u pacijentovo ime sukladno osobnim stavovima i uvjerenjima liječnika, kontroliranje ili kažnjavanje pacijenta koji mu se „ne sviđa“, odnosno diskriminacija u vidu smanjenja kvalitete pružene usluge ovisno o rasi, spolu ili ekonomskom statusu pacijenta itd. (usp. Goodyear-Smith i Buetow 2001:453–454)

A pozadina takvog ponašanja ponekad se nalazi i u već pojašnjenjima činjenici da se običava privilegirati biomedicinska stručnost nad življenim iskustvom (usp. Lesaca 2023:2). Medikalizacijska kritika medikalizaciju smatra negativnom pojavom u kojoj liječnici zapravo pokušavaju poboljšati svoju poziciju time što se predstavljaju kao nositelji ekskluzivnih prava da definiraju i tretiraju bolest. Taj mehanizam obuhvaća subordinaciju mišljenja i znanja ostalih ljudi koji ne posjeduju medicinsko znanje te pacijente stavlja poziciju ranjivih molitelja liječničke pomoći koji se nemaju šanse protiviti liječničkom mišljenju ili odluci (usp. Lupton 1997: 96). Iako kod pojedinih liječnika možda doista to jest posrijedi, takav stav previše pojednostavljuje stvar. Medicinu pokazuje samo u crnom svjetlu i zanemaruje sve dobrobiti biomedicine i liječnika koji djeluju prvenstveno za dobrobit svojih pacijenata.

S vremenom se zahvaljujući jačanju pokreta poput feminizma počelo odmicati od toga modela da bi se u današnje doba došlo do sve većeg osvještavanja moći pacijenata. Drugim riječima, svjedočimo tendenciji da se odnos između liječnika i pacijenta odmakne od modela otac-dijete i postane ravnopravniji poput odnosa između dviju odraslih osoba (usp. Goodyear-Smith i

Buetow 2001:451). Na to je utjecala i okolnost da danas zahvaljujući dostupnosti velikog broja podataka pacijenti imaju mogućnost informiranja i učenja o tijelu i bolestima, a ako primijenimo tezu da je znanje moć, to pacijente pretvara u gotovo ravnopravne rivale. U tom kontekstu možemo spomenuti praksu jedne od kazivačica koja se sastoji od podnošenja prijave na bijeli telefon u slučaju susretanja s neugodnim liječnikom koji ju kao pacijenta ne tretira dostojanstveno:

„Prvi moment kad vidim osudu, ja se automatski ustanem, obučem se, objasnim im sve po spisku šta ih slijedi i obavezno nazovem bijeli telefon i žalim se. Službeni put je taj da se piše mail u bolnicu, nadležnom u tom trenutku i poslije se zove bijeli telefon i imenom i prezimenom se predstavim i dam ime i prezime liječnika koji je bio i što je napravio. I nakon određenog broja prijave dobiju određene sankcije, dal će ih po džepu ili što će bit ne znam, al ja sam svoj dio obavila.“ (Sanja)

Iako se može uočiti određena promjena u percepciji liječnika, osobe koje su sposobne reagirati odgovorno kao Sanja svakako su manjina. Uz to, pitanje je provjerava li itko te prijave i postoji li ikakva kontrola nad etikom i ponašanjem liječnika prema pacijentima. Činjenica je i da u Hrvatskoj kronično manjka liječnika što ih na neki način štiti i omogućuje da se medicinski *gaslighting* nastavlja.

Provedeni intervjui pokazali su kako je i dalje vidljiva nadmoć liječnika koja ponekad ide u negativnom smjeru, odnosno nauštrb pacijenata. Međutim, valja osvijestiti činjenicu da zloupotreba moći nije uvijek krivnja samog liječnika i nije uvijek motivirana osobnom koristi, nego u nekim slučajevima njena jezgra leži u samom zdravstvenom sustavu. Iako liječnik ima mogućnost samostalno donositi veliki broj odluka o tretiranju pacijenata, ipak je po hijerarhiji moći podložan nekom većem autoritetu koji mu izdaje upute o tome što smije ili što ne smije činiti:

„Posve je iluzorno misliti da liječnik može potpuno autonomno opisivati i imenovati poremećaj (Staničić 2001:202); naprotiv, medicinskoj znanosti “daju smjer pretpostavke koje joj došaptava sistem. Ona predviđa i na osnovu toga preporučuje ono što sistem očekuje i što traži.” (Dufrenne, 1982:265)

U razgovoru o povjerenju u liječnika s jednom od kazivačica spontano se nametnula tema generacijske promjene percepcije liječnika, pri čemu je kazivačica unatoč tome što je odgojem

od svojih roditelja usvojila uvjerenje u neupitno povjerenje u liječnika, s vremenom izgubila isto zbog osobnih neugodnih iskustava:

(Pitanje: je li postojalo povjerenje u liječnike?) „Je, apsolutno. Tak smo bili odgojeni, pogotovo moja generacija i generacija mojih roditelja dakle ono liječnik zna što radi, liječnik je autoritet i nije uopće bilo tog momenta preispitivanja. To je došlo s vremenom da se priča o tome, mislim da je Internet jao puno promijenio jer sad imaš priliku čut različita iskustva različite strane, povezati se s drugim ljudima. Prije nismo imali to sve što imamo danas, tu razmjenu informacija. Prije smo bili u toj situaciji, imaš tog liječnika, on kao zna što radi i bio je jednostavno potpuno drukčiji *mindset*, tako da onak ja imam ostatke tog *mindseta* jer sam odgojena u tom duhu, ali s vremenom sam definitivno izgubila to povjerenje koje je u početku postojalo. Ali onda kad shvatiš da te ne vide, ne čuju i da se na kraju moraš sam nekako za sebe pobrinut, naravno da se gubi taj odnos i povjerenje u osobu bez obzira na njenu titulu.“(Ida)

Kako bi se objasnila pojava neopravdane uporabe moći u medicinskoj profesiji koja često vodi do medicinskog *gaslightinga*, valja napomenuti neke potencijalne uzroke. Kad govorimo o medicinskoj profesiji, govorimo o profesiji u kojoj se od njenih predstavnika, odnosno liječnika, očekuje da mogu donositi odluke koji utječu na živote i odlučivati o razvoju pacijentova zdravstvena stanja (time što odabiru koji tretman, uputnicu ili lijek će kome omogućiti), što ih nesumnjivo stavlja u nadređenu i moćnu poziciju. No, za razliku od drugih profesija i radnih mjesta u kojima je potrebna upotreba moći i nadmoći, u medicini je situacija takva da svaka potencijalna zloupotreba iste može imati ozbiljne, direktne i tragične posljedice na ljudski život, a granice između nužne i neprimjerene autoritativnosti i dominantnosti su tanke.

Neki kazivači primijetili su da je nekim liječnicima jednostavno nužno održati svoje uvjerenje u to da je jedina istina ona za koju oni smatraju i da nisu otvoreni za protuargumentiranje pacijenta, što je logika po kojoj funkcionira *gaslighting*:

„Znaš šta je bilo meni na kraju, šta sam si mislila...Ovak, gle, ti ljudi stvarno žive u uvjerenju da su oni najpametniji. Al to je bolest, to je njihova bolest. To nije moja bolest. Znači, to je problem u našem zdravstvu. Jer ljudi, ti ljudi stvarno misle da oni sve znaju to i da to nije ova ili ona bolest. I da, to što njihov laboratorij pokazuje, da je to istina, čovjeka uopće ne pitaju.“ (Željka)

Kada je kazivačima postavljeno pitanje o tome jesu li imali dojam da ih liječnici gledaju svisoka i ne pridaju značaj njihovu mišljenju i iskustvu, svi su se složili da su u većini slučajeva tako osjećali:

„Naravno, mislim da je to neizbježno. Mislim da sam se puno češće osjećala tak nego da doktor pristupa meni kao neću reć ravnopravno, ali da pristupa meni kao nekoj osobi koja sebe ipak najbolje poznaje i koja ima jednako pravo glasa jer se radi o mojem tijelu, mojem iskustvu. Tak da da, uglavnom su to bile te s visoka ja znam što je najbolje za tebe što je grozno. To izgleda, niš, tak da ti oni kažu što je najbolje za tebe i uopće te ne čuju. To je isto jako teško. Većina iskustva mi je takva i zato sam počela bježat u taj svoj svijet pod navodnicima, samo osnaživanja i učenja o svojoj bolesti i cijelom imunom sustavu i svemu kako bi mogla još bolje razumjeti, bolje se zauzet na kraju priče kad se nađem u takvoj situaciji jer ne vjerujem u to da sam ja manje važan faktor...jer je to moje tijelo i moje iskustvo.“ (Ida)

Još su neki od primjera manifestacije te nadmoći koje su spomenuli kazivači spuštanje slušalice pacijentima usred razgovora, izostanak kontakta očima prilikom komunikacije i gledanje u zaslon računala, ponavljajuće prekidanje usred pacijentove rečenice itd. Neki kazivači su pojasnili kako im ta liječnička nadmoć i pogled svisoka ne predstavljaju problem, dokle god taj liječnik obavlja svoj posao:

„Doktor u Ivaniću je bio pun sebe i odrješit jako, bio je odrješit i kad bi se javio na telefon. Ali sam ja to na početku pripisivala tome da je čovjek jako zauzet, jer kad vi imate jako puno informacija i netko vas puno traži, onda vi to njemu nakratko kažete i nemate puno vremena za nekakvu nježnost. Ali, kad mi je na kraju isti taj doktor samo rekao neka se priviknem na tu svoju bol jer se nema šta napraviti...ja nemam problema s tim da doktori mene gledaju s visoka, nema veze, samo ti mene gledaj tako, ali odradi svoj posao, ono za što si se dugo školovao, ono za što sam ja tebi došla. A kad ja izađem iz ordinacije bez nade da će mi itko od njih pomoći, onda sve pada u vodu, i to da je školovan i sve...“ (Svjetlana)

Kao što je kazivačica istaknula nadmoć postaje dodatno izražen problem onda kada je ona neopravdana, odnosno kada ne počiva na čvrstim temeljima. Primjer je toga priča o neutemeljenom samopouzdanju i zlouporabi pozicije autoriteta ginekologinje koja je pacijentice svjesno pregledavala s neispravnim ultrazvukom i potom iznosila zaključke o njihovom zdravlju i dijagnozi napamet. Kazivačica koja je bila žrtva takvog pristupa srećom je

otišla po drugo mišljenje i na tom ultrazvučnom pregledu, koji je izvršen funkcionalnim ultrazvukom, pronađeni su joj veliki miomi i ciste koje je trebalo hitno odstraniti. Kada je nazvala ordinaciju prijašnje ginekologinje kako bi dobila objašnjenje, sestra joj je pojasnila kako njihov ultrazvuk jednostavno ne radi pa doktorica procijeni zdravstveno stanje pacijentica: „Znate naš ultrazvuk ne radi, ali doktorica vam procijeni da nešto nije u redu, pa vas onda pošalje dalje“...Doktorica očito po vidovitosti procijeni...“(Svjetlana) Iz te je priče vidljivo kako postoje situacije u kojima je liječnički autoritet i mišljenje bitnije od iskustva pacijenta, čak i onda kad ono ne počiva na objektivnoj znanstvenoj osnovi. Odnosno, liječnici nije bilo dovoljno svjedočanstvo pacijentice o tome kako se od razine bolova ne može voziti u autu dulje od petnaest minuta, kako ne može ni stajati na nogama dulje od dva sata u danu i slično, unatoč činjenici da liječnica nije imala na temelju čega poreći istinitost i ozbiljnost njezinih simptoma i zdravstvenog stanja. Odgovor na pitanje kako je tako nešto moguće krije se u činjenici da liječnici posjeduju diplomu koja im daje privilegirani status nositelja neupitnog znanja.

Činjenica je i to da „zapadna medicina nema puno odgovora na to pitanje“ (Ljubica), nego nakon dužeg procesa zaključuje da se radi o određenoj dijagnozi nevidljive bolesti i onda priča stane. Ako kao primjer uzmemo fibromialgiju, metode pomoći pri nošenju s bolesti obuhvaćaju akupunkturu, masaže, suplementaciju, promjenu prehrane, smanjenje stresa kroz razne meditacije i slično, a sve to većinom ne spada pod domenu zapadne medicine koja je sklona medikalizaciji. A mnogi liječnici prema iskustvima kazivača imaju negativne stavove prema učinkovitosti alternativne medicine, zbog čega pacijenti često liječnicima ne izlažu podatke o alternativnim metodama samopomoći koje su pokušali: „Ja to izbjegavam spomenut njima jer mi se ne da da mi krenu solit pamet (za alternativnu medicinu priča) jer su uglavnom kao ma to vam neće pomoć.“ (Ljubica)

Kao primjer toga, slijedi primjer kazivačice koja je doživjela negativno iskustvo zbog toga što je svojoj liječnici iskreno izložila da želi pokušati alternativne metode liječenja, konkretno, Hashimoto liječiti ili balansirati prelaskom na AIP prehranu i konzumacijom prirodnih hormona umjesto sintetskih. Nakon što je kazivačica liječnici pojasnila kako bi voljela napraviti na neki način eksperiment s prelaskom na AIP (Autoimuni protokol) na način da ju liječnica djelomično vodi tako što nakon nekog vremena ponove pretrage i vide promjene, na prvu je doživjela *gaslighting* u vidu aluzije na to da bi joj trebao psihijatar unatoč tome što je taj korak već obavila:

„I, ja sam ti njoj tad došla s pričom da bi ja htjela, jer dolaziš joj kao s nekim povjerenjem jer vas je spojila svekrva bla bla bla, da bi ja htjela da me ona prati na tom putu Aip-a. Znači, sad smo napravili te pretrage, ajmo vidjet ono tipa nakon nekog perioda ajmo ponovit. To je jedna stvar, a druga stvar, ja sam ti tad razmišljala o takozvanim prirodnim hormonima i zapravo sam htjela promijenit terapiju. I, onda ti je ona meni na to rekla kao da ok jesam li ja bila kod psihijatra, reko jesam, ali rekao mi je da on nema posla za mene, odnosno da ja nisam slučaj za njega. Onda je ona rekla ok, ali možda bi trebala potražiti drugo mišljenje.“ (Ida)

Kasnije je na neugodan način saznala da ju cijela bolnica ismijava i proglašava umišljenim bolesnikom:

„I onda ti je ona ostala na tom razglasu kak su oni nastavili razgovor i onda je u jednom trenutku rekla kao da je ona pričala sa doktoricom, da se meni cijela bolnica smije, da sam ja teški umišljeni bolesnik koji želi kao da mu crno na bijelo piše da ima dijagnozu da mogu mahat s tim papirima i da ne moram ništa radit. I, da kao meni nije ništa i da je izmišljam probleme i bolesti i ne znam šta. A sjećam se da sam ja njih tražila, htjela sam napraviti testiranja na celijakiju. Tad sam bila nekih godinu dana bez glutena *on off* i kao ma ne, ne treba to meni, ja izmišljam i tražim dijagnoze...“ (Ida)

Ova Idina priča između ostalog ukazuje na nekoliko problematičnih točaka u odnosu liječnice prema svojoj pacijentici. Prijedlog implementacije posebne prehrane kao održivijeg dodatka terapiji je ismijan, verbalizacija želje o promjeni terapije sa sintetičkih na prirodne hormone je rezultirala ponovnim usmjeravanjem psihijatru, a pravilo o povjerljivosti podataka je u potpunosti zanemareno. S obzirom na to da su liječničke konzultacije i pregledi prostor dijeljenja intimnih podataka, odnosno predstavljaju invaziju u privatnost, trebale bi pacijentu osiguravati povjerenje i povjerljivost, o čemu govori i Hipokratova zakletva (usp. Donev 2013:508). Privatne informacije koje liječnik dobije od pacijenta u sklopu liječenja trebale bi se moći koristiti samo uz privolu pacijenta, a ukoliko se već idu dijeliti s kolegama to bi trebalo biti samo u vidu konzultacija o opcijama liječenja, a ne služiti kao materijal za osuđivanje i ismijavanje.

Kao zaključak ovoga poglavlja o uzrocima medicinskog *gaslightinga* koji se tiču neravnopravnosti odnosa liječnika i pacijenta te zloupotrebi pozicije autoriteta i moći koja prati tu poziciju, dobro će poslužiti podsjetnik na nužnost međusobne suradnje i uvažavanja o čemu piše Štifanić:

„Pacijent i liječnik su partneri, jedan bez drugog ne mogu. Kao što pacijent s nadom gleda u liječnika i liječnik mora biti svjestan da je svrha njegovog postojanja upravo bolestan čovjek. Jer da nema bolesnih, ne bi bilo ni liječnika.“ (Štifanić, 2013:296)

Upravo u tom citatu počiva paradoks takozvane nadmoći liječnika, a to je da liječnik ni njegova moć ne mogu postojati bez postojanja pacijenata. Tu činjenicu je osvijestila i jedna od kazivačica te se zahvaljujući tome počela čvršće i sigurnije zalagati za svoja prava pacijenta:

„Ja znam ljude koji misle joj pa mi njih trebamo, ne , oni trebaju nas. S moje plaće se meni skida da oni dobiju plaću. Ako si položio zakletvu, ako si odabrao to, drži se toga. Ako ne, ima mladih ljudi koji imaju živaca, volje, koji su sposobniji. Da se svi krenemo tako odnositi, mislim da bi i njihov odnos prema nama bio puno drugačiji. Da vide da će te njihove loše reakcije imat neke posljedice, jer u suštini većina ljudi šuti i oni se đekiraju, ne može mi nitko ništa... a nije nitko nedodirljiv, samo je pitanje koliko će ljudi reagirati.“ (Sanja)

4.6. Posljedice

Poticaj za pisanje ovog rada ponajviše leži u svijesti o posljedicama koje praksa medicinskog *gaslightinga* ima na pacijente. S obzirom na to da se u njegovom mehanizmu krije psihološka pozadina, bilo u vidu toga da se napadač/liječnik odlučuje na njega kako bi zadovoljio neke svoje psihološke potrebe, bilo u vidu toga da se žrtva/pacijent uvjerava u manjak zdravog razuma, odnosno probleme s mentalnim zdravljem, posljedice su prvenstveno psihološke prirode. Kao što je u radu već spomenuto, žrtva medicinskog *gaslightinga* u nekom trenutku izgubi povjerenje u svoje mogućnosti razumne interpretacije svijeta, svog tijela i iskustva i zbog toga se posljedično osjeća izgubljenom, zbunjenom, nemoćnom, opada joj samopouzdanje i potencijalno dolazi do razvoja tjeskobe i depresije (usp. Dorpat 1996; Spear 2019). U prvoj fazi, dok još nije pronađena dijagnoza, svi kazivači susreli su se sa stanjem očajavanja, propitkivanja vlastitog mentalnog zdravlja i izgubljenosti jer su ih liječnici i psiholozi otpisali. Stoga tu preddijagnostičku fazu možemo opisati liminalnošću u kojoj osobu zbog simptoma od kojih pati ne možemo definirati kao zdravu osobu, a zbog manjka biološko-medicinskih dokaza i dijagnoze, ne spada niti pod domenu bolesnika. Ta liminalna faza dakako je lišena i privilegija koje imaju bolesnici, poput društvene prihvaćenosti, empatije, povjerenja, prava na bolovanje itd. Jednom kad se pacijent izvuče iz te prijelazne faze i dobije dijagnozu neke od nevidljivih

bolesti, unatoč tome što mu dijagnoza na neki način daje potvrdu da je njegova patnja stvarna, činjenica da je ona etiketirana „nevidljivom“ nastavlja njenu stigmatizaciju i moralnu upitnost. Uz to, dijagnoza nevidljive bolesti biomedicini ostaje misterij koji liječnici ne znaju pravilno tretirati, stoga se krug potrage za pomoći i odgovorima nastavlja. A svaki novi odlazak liječniku znači novo psihičko izlaganje mogućnosti *gaslightinga*.

4.6.1. Gubitak povjerenja u medicinu

Povjerenje pacijenta u liječnika često je od ključne, odnosno vitalne važnosti u procesu liječenja. Povjerenje može promijeniti pacijentov stav i ponašanje što može rezultirati boljim ishodom liječenja, zahvaljujući njemu poboljšava se komunikacija između liječnika i pacijenta, smanjuje mogućnost konflikata i povećava dojam uspješnosti suradnje s ciljem liječenja. Uz to, povjerenje može aktivirati placebo-činak, povećati šansu za prihvaćanjem sugestija liječnika i poštivanjem njegovih preporuka, smanjiti rizik od zanemarivanja terapije i potaknuti motivaciju za traženje pomoći i iskorištavanja prednosti preventivne brige (usp. Lewandowski et al. 2021: 865). No, pacijenti koji boluju od nevidljivih bolesti rijetko se susretnu s takvim benefitima odnosa povjerenja između liječnika i pacijenta. Kao što zaključuje Shrivani Durbhakula: „Gaslighting means deception“ (2023.), stoga kao početnu premisu problematičnih posljedica medicinskog *gaslightinga* možemo uzeti razočaranje koje vodi gubitku povjerenja u liječnike i zapadnu medicinu, što pak potom nosi svoje posljedice. Pri tom valja uzeti u obzir i činjenicu da čin ulaganja povjerenja i vjere znači gubitak neke razine autonomije, odnosno pretpostavlja dozvolu samome sebi da postaneš ovisan o drugome, u ovom slučaju liječniku, te da mu izložiš tijelo, osjećaje i najdublje misli (usp. Lupton 1997: 106). Zbog toga osjećaj izigranog povjerenja u slučaju medicinskog *gaslightinga* nosi i psihičku težinu.

Važno je istaknuti kako je ovo istraživanje pokazalo da su svi intervjuirani posjedovali početno povjerenje u liječnike i zapadnu medicinu te da su očekivali da će ih se čuti, razumjeti te im se potom pružiti pomoć:

„Imala sam očekivanja da će mi objasniti što se dešava samnom, a naišla sam na to da „šta se maziš sve žene boli“. Očekivala sam da ću što više liječnika promijenim naći nekoga tko će poslušati priču i reći halo nije normalno padat u nesvijest od bolova, al puno previše godina sam čekala takvog liječnika.“ (Sanja)

Kod iste su kazivačice godine ponavljajućih loših iskustava s liječnicima koji su njezin slučaj otpisivali, rezultirale odlukom o prestanku traženja pomoći, dokle god joj zdravstveno stanje nije kritično da mora otići na hitnu:

„Iskreno, ja sam nakon takvih stvari odustala, sama sebi sam time napravila loše, ali ja jednostavno nisam više imala to neko povjerenje da njima odem i ispričam što me muči jer mene u biti nitko od njih nije slušao ni u jednom trenutku. Doslovno sam odustala. Ak se ne srušim budem sretna, ak se srušim odem na hitnu da me zakrpaju, dobim tih nekih tableturina i to je to.“ (Sanja)

Činjenica da kronični bolesnici, čija je kvaliteta života uvelike narušena zbog stalnih simptoma uz koje moraju suživjeti, zbog loših iskustava prestaju tražiti pomoć zabrinjavajuća je jer život s bilo kojim od simptoma, učestalom konzumacijom lijekova te život pod stalnim stresom ostavlja negativan učinak na cijelo tijelo. Tijela pacijenata koji boluju od nevidljivih i/ili kroničnih bolesti svakodnevno su pod utjecajem simptoma zbog čega je stalno aktiviran takozvani „*fight mode*“^{XII} koji iscrpljuje njihovo tijelo i drži ga pod stanjem kroničnog stresa, a uz to su ti pacijenti često vezani za krevet ili kuću, strahuju za budućnost i imaju uvelike smanjenu kvalitetu života. Taj akutni i kronični stres koji uzrokuje npr. život u bolovima dovodi do pojave konstantne upale niskog stupnja koju, ukoliko je dugotrajna, možemo vezati s predikcijom mortaliteta i definirati kao ključnu komponentnu uzročnika bolesti poput dijabetesa, Alzheimerove bolesti itd. (usp. Rohleder, 2019:164). Postoje mnogobrojna istraživanja kojima se dokazalo kako se stanje kroničnog stresa povezuje s uzrokom velikog broja bolesti koje su potencijalno smrtonosne poput kardiovaskularnih bolesti, s inzulinskom rezistencijom (*insulin insensitivity*) te s rakom (usp. Cohen et al. 2007: 1685–1687.). Stoga, ukoliko se određeno zdravstveno stanje ne nadzire i ne drži pod kontrolom, vrlo je izgledna progresija početne bolesti i pojava novih zdravstvenih problema koji se možda neće stići tretirati na vrijeme zbog početnog straha i otpora pacijenata da ponovo potraže liječničku pomoć.

„Ok, ako se radi o nevidljivim bolestima to je često teško liječiti, ali uvijek se mora uzeti u obzir kakva je kvaliteta života te osobe, puno vanjskih faktora i treba se testirati na nevidljive bolesti jer su one puno češće nego što mi mislimo. Samo što ljudi to ignoriraju i onda kad odu na pregled ih se *gaslighta* i otpiše. Ali, mislim da je to i razlog zašto

^{XII} „odgovor na akutnu prijetnju preživljavanju koja je obilježena fizičkim promjenama, uključujući živčane i endokrine promjene, koje pripremaju čovjeka ili životinju na reakciju ili povlačenje“ (<https://www.britannica.com/science/fight-or-flight-response>)

puno ljudi ne traži pomoć, jednostavno žive sa svojim problemom. A, ako živimo u boli i neugodnost cijeli život, to će 100 % dovesti do komplikacija.“ (Andrea)

Istina je da liječnici često nisu upoznati s postupkom tretiranja kroničnih i/ili nevidljivih stanja, no uvijek postoje određene intervencije koje bi mogli primijeniti u procesu liječenja. Jedna je od tih opcija nadzor razvoja zdravstvenog stanja tih pacijenata provedbom godišnjih kontrola krvne slike i pretraga čija provedba je za pojedini slučaj smisljena. Svaki od tih bolesnika će, unatoč etiketi „nevidljivosti“, imati pojedini dio tijela za koji se zna da nije u balansu i pravilnom radu, posljedično na učinak određene nevidljive bolesti na tijelo. Uz to, ne valja zanemariti psihološku podršku koju liječnik može pružiti ukoliko već ne može pružiti fizičku intervenciju.

Neki kazivači istaknuli su kako više nemaju snage tražiti pomoć kod novih liječnika i iznova pričati svoju zdravstvenu priču, stoga odabiru ostati pacijenti istog liječnika koji im godinama ne pomaže:

„I, htjela sam ju (doktoricu opće prakse) puno puta već promijeniti i sve si mislim onda kad promijenim onda ovi drugi neće znati za ovu moju bolest ništa, a ona zna sve od početka...tak da mi je onda sve komplicirano i neću je promijeniti. Inače bi ju promijenila jedno već sedam puta. Počevši od toga zašto mi je dala onu jebenu Tetanu...Mislím, da krenemo od toga da mi možda uopće nije trebala dat cjepivo (...) A ja sam bila glupa i vjerovala joj. Sad je gotovo. Nema snage sad nekom novom doktoru opće prakse objašnjavati što se meni sve desilo. Nemam.“ (Željka)

Neke priče govore o tome kako je medicinski *gaslighting* doveo i do trajnih fizičkih posljedica. Konkretno, pacijentici je zbog nepovjerenja u postojanje dijagnoze lajmske bolesti ukraćena terapija koja joj je mogla prevenirati pogoršanje bolesti i spriječiti mučenje s posljedicama ostatak života:

„I, mi smo izašli van i ja sam rekla ja tu više nikad ne idem. A bila sam 4 puta s istom namjerom da mi daju Cetriakson, lijek s kojim se to liječi. To je intravenozno. I u toj fazi, kad je još do 4 mjeseca, kad još nije kronično, može se izliječiti na taj način. Nakon toga više ne može, jer ti ode dublje u krv, odleti u organe, imaš problem zauvijek. Dođeš u tu drugu fazu iz koje ne možeš izaći nikad. A, prvu fazu ako na vrijeme uhvatiš, onda možeš. Dobiješ taj antibiotik i onda imaš veću šansu da to izliječiš. Ja ti kažem ja bi

bombu hitila na zarazu. Jer mi pomogli nisu ništa, samo su mi odmogli, ja sam vrijeme potrošila na njih. Ja sam na njih potrošila vrijeme. I, pouzdala se u njih.“ (Željka)

Umjesto situacije u kojoj slučajevi pacijenata s kroničnim nevidljivim stanjima koji potraže pomoć bivaju generički obrađeni ili otpisani, ispravno bi bilo da liječnici pružaju podršku, savjete, informacije o mogućnostima i aktivne modifikacije suplementacije i terapije. Zbog toga se pretpostavlja kako bi za uspješno manevriranje bolesti i prevenciju novih, pacijenti i liječnici trebali biti tim, a ne suparnici. Iz takvog odnosa povjerenja bi moglo proizaći poboljšanje kliničke slike i prevenirala bi se opasna praksa prestanka traženja liječničke pomoći. Jedna ilustrativna priča je od kazivačice koja je zbog općenitog gubitka povjerenja u liječnike odabrala sama kući proživljavati teži oblik bolesti COVID-19: „Ja kad sam imala koronu, ja sam se sama liječila. Ja sam skoro krepala doma, al ja sam si kupila Sumamede, sve sam si nabavila, nemoj me pitat kak...Strašno, strašno.“ (Željka) Također, ukoliko pacijent nema priliku izložiti liječniku potencijalne opcije terapije, često biljne, za koje je čuo da su nekome pomogle i čuti njegovo stručno mišljenje o određenom preparatu, vrlo je izgledno da će pacijent odlučiti isprobati te opcije terapije na svoju ruku, što može biti opasno i dovesti do komplikacija i posljedica.

Osim toga, kazivači su prestali tražiti liječničku pomoć i zato što su mnogo puta pred liječnicima osjećali nebitnima i nevrijednima te posljedično ljutima:

„Imam jako jako loša iskustva s traženjem pomoći, više puta sam ne da sam dobila šamar nego sam se osjećala da...taj osjećaj da si nebitan, nevrijedan, sve nešto i taj osjećaj tolikog bijesa da onak ja svaki put odem od tamo želeći bacat bombe i onda znam da ako sam u tom stanju da želim bacat bombe, raznijet cijeli sustav kolko sam ljuta.“ (Ida)

Jedne liječničke konzultacije ne bi smjele pacijenta izložiti negativnim emocijama tog tipa. Liječnici bi se trebali podsjećati da su kronični bolesnici izloženi svakodnevnoj „borbi“ u vidu neprekidne simptomatologije, nemogućnošću vođenja normalnog društvenog života i zaposlenja, izoliranosti, često nesanic, manjku apetita i još mnogo negativnih okolnosti koje se reflektiraju na njihovo mentalno stanje. Uz to, najčešće si ne mogu ili ne znaju sami pomoći unatoč tome što su svi kazivači ispričali kako ulažu velike napore i kapacitete u pokušaje samopomoći te su primorani ovisiti o dobroj volji liječnika kao ljudi za koje očekuju da bi im mogli pružiti olakšanje ili pomoć. U ordinaciju po pomoć i nadu dolaze već emotivno i psihički iscrpljeni te umjesto odbacivanja, neugodnosti i svaljivanja krivnje na njih, zaslužuju barem dostojanstven tretman.

„I ona me pogledala i predamnom doslovno meni u oči okrenula oči. To je baš loš *feeling* jer kužiš da ne kuže, ali isto tako taj osjećaj koji izaziva u tebi je da ono ako netko tak tebe doživljava u nekakvoj ordinaciji gdje ti ideš jer nisi dobro....Da smo zdravi mladi ljudi...ni ja nisam nikad tad išla liječniku zato što mi je trebalo pažnje ili zato što mi je u životu bilo dosadno. Onak imam 1001 zanimljivu stvar koju bi htjela i mogla raditi, nego čekat tamo zajedno sa starčecima i drugim ljudima koji se žale i kukaju u čekaonici. Stvarno ima zabavnijih stvari u životu. I onda kad te netko ono svojim ponašanjem ili riječima učini da se osjećaš tak, tak ono šta si sad ti nama došo tratit vrijeme, jednostavno se više ne osjećaš dovoljno sigurno da ideš tamo tražit pomoć. Posebno ne ako si jako loše.“ (Ida)

Doživjeti situaciju u kojoj se osjećaš neshvaćeno, odbačeno, *gaslightano* ili napadnuto samo je po sebi psihički teško, no tim više ukoliko ta gesta druge osobe za tebe znači gubitak nade u poboljšanje, a nada o ozdravljenju ili poboljšanju je tim pacijenti užasno važan element. I, upravo zbog toga su učinci medicinskog *gaslightinga* toliko snažni i bolni za pacijente koji se nalaze u tako delikatnom i ranjivom stanju punom strahova o budućnosti. Štifanić ističe kako iskustvo loše komunikacije i nehumanog tretmana od strane liječnika može rezultirati gubitkom volje za liječenjem te potaknuti želju za umiranjem i smrću, što predstavlja situacije na čijoj se prevenciji mora raditi (usp. Štifanić, 2013: 299). Uz to D. Carr ističe kako su pacijenti koji žive u boli posebno podložni stigmatizaciji te kako neadekvatno pružanje pomoći i ublažavanje boli povećava osjećaj invaliditeta, depresiju, suicidalnost i predstavlja kolateralna opterećenja za obitelji i zajednicu. Ta institucionalizacija stigme pogoršava pacijentov osjećaj izolacije i marginalizacije, otežava njihovu otpornost na nošenje s bolesti i dodatno umanjuje njihovo samopoštovanje i kvalitetu života^{XIII}(usp. Carr 2016:1393). A liječnikov bi cilj trebao biti pronalazak načina za poboljšanje kvalitete života jednog pacijenta te olakšavanje nošenja s teretom simptomatologije i bolesti.

Zbog svega toga, iznimno je bitno osvijestiti da jedna, možda nesvjesna, radnja liječnika poput spuštanja slušalice usred razgovora u kojem pacijent traži pomoć, može ozbiljno povrijediti pacijenta: „Meni na primjer, ja kad nazovem svoju doktoricu, onak, koliko god je nekad dobra, bilo je momenata kad...nekad da mi je spustila slušalicu i to me jako raspigalo i čak sam se 2

^{XIII} „Patients with pain are lightning rods for social blame and stigma. Inadequate pain relief increases disability, depression, suicidality, and collateral social burdens on families and the community. Institutionalization of stigma worsens patients' sense of isolation and marginalization, undermines their resilience, and further diminishes their self-esteem and quality of life.“(Carr 2016:1393)

puta i rasplakala jer mi je to jao omalovažavajuće bilo.“ (Željka) A u nekim težim slučajevima u kojima je pacijent zbog loše kvalitete života uz nevidljivu bolest već razvio stanje kliničke depresije ili se jednostavno nalazi u fazi gubitka optimizma, snage i vjere u ozdravljenje, posljedice ponavljajućih iskustava *gaslightinga* ili neprimjerenih hladnih komentara mogu biti doista tragične. Pederson u tom tonu tumači kako loš tretman od strane liječnika može pojačati osjećaj nemoći i potencirati rizik za suicidalnost ili dovesti do pogoršanja mentalnog zdravlja jednog kroničnog pacijenta (usp. Pederson 2018:2).

S obzirom na to da se radi o temi koja spada u domenu psihologije i predstavlja bolnu i delikatnu temu za razgovor, u sklopu ovog istraživanja kazivačima nisu direktno postavljena pitanja koja bi ispitala njihovo mentalno stanje i promišljanje o posljedicama koje su na njih ostavila iskustva u kojima su bili žrtve medicinskog *gaslightinga*. A na pitanja koja su se indirektno ticala teme posljedica negativnih iskustava s liječnicima, kazivači su više izrekli tišinom, mimikom, promjenom boje glasa i onim „neizrečenim što se podrazumijeva“, negoli su to učinili riječima. Upravo ta suzdržanost u naraciji o svojoj patnji nam govori o tome koliko im je cijelo to iskustvo medicinskih odiseja do dijagnoze i dugogodišnje zanemarivanje bilo teško. Jedan od komentara kazivačice koji nam mnogo govori o bolnosti te teme bio je „više ne mogu ni govoriti o njima(liječnicima) jer mi je loše kad se prisjetim svega“. (Željka)

4.6.2. Gubitak podrške bliskih osoba

Još jedna negativna posljedica medicinskog *gaslightinga* je to što uzastopno nepovjerenje liječnika vodi ka nepovjerenju obitelji i bližnjih osoba pacijenta. Pretpostavlja se da liječnik kao stručna osoba i nositelj medicinskog autoriteta nosi znanje i istinu, stoga ukoliko on tvrdi da ne postoji organski uzrok simptomatologije niti drugo medicinsko objašnjenje, to onda doista tako i jest. I, ako je postojalo početno povjerenje bliskih osoba, ono se nakon nekog vremena i mnogo iskustava *gaslightanja* jednostavno raspline. A, kao što u svome radu spominje i Abramson, u teškom periodu, kao što je onaj nošenja s bolešću, nam svima treba validacija od strane bliskih osoba (usp. Abramson 2014: 5). Stoga se ti pacijenti moraju nositi i s potpunom neshvaćenosti i gubitkom podrške i razumijevanja osoba do kojih im je stalo. To što mu ni bližnji ne vjeruju na neki način potvrđuje sumnju u vlastito mentalno zdravlje i dovodi do samopreispitivanja zdravog razuma o čemu je već u radu bilo riječi.

„Kad sam napunila osamnaest i počela raditi sam sama počela istraživati dosta o tome jer ni moji roditelji nisu shvaćali do koje mjere je to jer su doktori rekli da je sve okej.

Ne mogu ih krivit jer doktori su rekli da tako mora biti. Sve u svemu, najviše mi je problem bio što sam morala izlaziti iz škole, sa posla, a oni me nisu shvaćali i to što me liječnici nisu shvaćali je potvrđivalo priče svih ostalih. Ja nisam mogla očekivati da me mama, tata, sestre, šefovi, učitelji shvate kad me ni liječnici nisu shvaćali.“ (Sanja)

„Pa ono, nakon ne znam koliko vremena i moji doma su počeli, su mi počeli govoriti pa kaj je tebi, pa jel s tobom sve u redu, vidiš da su svi nalazi dobri, pa možda da odeš psihologu, pa psihijatru, pa ne znam kome. Ja reko ljudi moji ja sam čista u glavi, uopće mi je čudno da sam još čista, jer reko ja ću poluditi od svega koliko ljudima obrazlažem šta mi nije dobro i kak mi nije dobro. I, ne mogu vjerovati kak me nitko ne shvaća ozbiljno.“ (Željka)

„Osjećala sam se ludo. Osjećala sam se neshvaćeno. Onako kao da se sva vrata zatvaraju pred tobom. I to je...Jako je teško sam se snalaziti u tom svijetu i ostat mentalno zdrav.“ (Andrea)

Osim neshvaćeno, nerazumno i odbačeno, pacijenti koji se dugo vremena bore s dokazivanjem da doista nisu dobro i da trebaju pomoć posljedično se osjećaju i jako usamljeno. Zbog nošenja s misterioznom bolesti čiji se uzrok ili još ne zna ili se pak ne zna i ne želi tretirati, nalaze se u posebno ranjivoj situaciji, a ako pritom nemaju blisku osobu koja bi im bila izvor sigurnosti i podrške to uvelike otežava nošenje s teretom bolesti:

„i znaš ono, kreneš se preispitivati, kreneš onda možda su stvarno onda oni u pravu, možda sam stvarno ja poremećena i onda još ako ti se na to skupi okolina, ljudi, partneri, prijatelji, obitelj, koji ne razumiju šta radiš i šta prolaziš, onda to baš zna biti jako teško i usamljeno.“ (Ida)

U nekim obiteljima liječnikovo je nepovjerenje koje je rezultiralo partnerovim nepovjerenjem uzrokovalo zamjeranje, razočaranje i osjećaj iznevjerenosti:

„Nije mi ni muž vjerovao, dok ja nisam dobila dijagnozu, mislio je da nešto foliram, izmišljam, da što je meni jer gdje god sam otišla sve je bilo u redu...Kako sam bila razočarana od zdravstvenog sustava jer me nitko nije razumio, tako sam bila i od svog supruga jer kako on mene može podržavati kad pet godina idem kod doktora i nitko mi nije ništa našao... Meni je taj dio pao jako teško, jako sam mu to zamjerala i taj dio mu nikada ne mogu zaboravit, to da on nije stajao uz mene i da nije meni vjerovao više nego doktorima.“ (Svjetlana)

A dugotrajni osjećaji neshvaćenosti i usamljenosti prema znanstvenim istraživanjima često vode ka depresiji (usp. Warner et al. 2019). Stoga u principu dolazi do paradoksalnog i obrnutog scenarija od onog poželjnog. Liječnici, umjesto da pruže podršku osobi koji boluje od kronične i nevidljive bolesti i preveniraju potencijalno obolijevanja od novih bolesti fizičke ili psihičke prirode, dozvoljavajući da pacijent dugo vremena prolazi sustavu kroz prste, potenciraju njihov nastanak.

5. Zaključak

Provedba ovog etnografskog istraživanja na temu medicinskog *gaslightinga* kod nevidljivih bolesti pružila je uvid u stanje na području Hrvatske. Zahvaljujući svjedočanstvima kazivača koji su ispričali svoje priče i dali svoj veliki doprinos radu, mogli smo bolje razumjeti i rastumačiti pojavu medicinskog *gaslightinga*. Kroz rad se može pratiti proces s kojim se susreću pacijenti koji boluju od neke od nevidljivih bolesti. Na samom početku se predstavila važnost koju za te pacijente ima priprema i pristup liječniku, upoznali smo se s nekim ritualima pripreme, poput izrade šalabahtera za sigurnost, s „kodeksom ponašanja“ jednog pacijenta koji želi ostati u milosti liječnika i spriječiti da bude *gaslightan* jer izgleda „prezdravo“ ili „predobro“. Ukoliko plan prevencije ne uspije i uz to liječnik na prvu ne pronađe dijagnozu ili organski uzrok bolesti, medicinski se *gaslighting* manifestira na način da se pacijentovi simptomi minoriziraju, zanemaruju ili pripisuju psihosomatici, stresu ili preosjetljivosti, što rezultira prestankom biomedicinske potrage za uzrokom i preusmjeravanje slučaja psiholozima ili psihijatrima. Pri tome se pacijenta često zakida i za pravo na provedbu dodatnih pretraga, na pravo na sudjelovanje u procesu svog liječenja ili dobivanje objašnjenja o terapiji i liječnikovim odlukama.

U pokušaju tumačenja mogućih uzroka prakse medicinskog *gaslightinga*, nužnim se nametnulo pojasniti pozitivistički stav koji zauzima biomedicina prema nevidljivim bolestima. Činjenica da je biomedicina ustrojena vjerovati jasno vidljivim organskim markerima bolesti i logičnim objašnjenjima simptoma, kojih kod nevidljivih bolesti često nedostaje te manjak empatičnosti, zainteresiranosti i informiranosti liječnika o nevidljivim bolestima uz potrebu za održavanjem autoriteta i moći liječnika, pokazali su se veoma plodim tlom za nicanje *gaslightinga*. Također, može se govoriti i o djelomičnoj krivici sustava koji liječnike ponekad stavlja u poziciju da nemaju kapaciteta i vremena za posvećivanje pacijentu.

U sklopu istraživanja na površinu su isplivale mnogobrojne problematične prakse poput: bespotrebnog i eksperimentalnog pripisivanja antidepresiva, ponavljajuće usmjeravanje pacijenta psihijatru ili psihologu s ciljem dokazivanja psihološkog uzroka simptoma prije provedbe detaljnijih biomedicinskih pretraga, neprimjereno i neprofesionalno komentiranje ili vrijeđanje pacijenata, zanemarivanja pacijentovog kazivanja i slučaja, loših komunikacijskih vještina liječnika, kršenja liječničke etike, nezainteresiranosti i neposvećenosti liječnika slučajevima nevidljivih bolesti itd.

Preispitivanje zdravog razuma i percepcije stvarnosti, gubitak podrške bliskih osoba zbog manjka podrške liječnika te gubitak povjerenja u zdravstveni sustav i nade u ozdravljenju uz liječničku pomoć, osjećaj nebitnosti, izgubljenosti i usamljenosti, narušeni obiteljski odnosi, razočaranja, depresija, anksioznost ponovnog odlazaka liječniku i povećan rizik za suicidalnost, samo su neke od mogućih posljedica medicinskoga *gaslightinga*. Tijekom kazivanja kazivača stekao se dojam o učinku ponavljajućih negativnih iskustava *gaslightinga*, no kao što je u radu napomenuto, stvarna težina posljedica počiva u onim osobnim i u intervjuima prešućenim mislima.

6. Bibliografija

ABRAMSON, Kate. 2014. „Turning up the lights on gaslighting“. *Philosophical perspectives* 28: 1–30.

ARONOWITZ, Robert A. 1998. *Making sense of illness: Science, society and disease*. Cambridge- Cambridge University Press.

AU Larry, et al. 2022. "Long covid and medical gaslighting: Dismissal, delayed diagnosis, and deferred treatment". *SSM-Qualitative Research in Health* 2:100167.

BENEDETTI, Fabrizio. 2013. „Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship“. *Physiological reviews* 93/3: 1207–1246.

BLEASE, Charlotte et al. 2017. „Epistemic injustice in healthcare encounters: evidence from chronic fatigue syndrome“. *Journal of medical ethics* 43/8:549–557.

BRAŠ, Marijana; ĐORĐEVIĆ, Veljko; MILIČIĆ, Davor. 2011. „Komunikacija liječnika i bolesnika“. *Medix* 92/1:38–43.

CASTRO BECERRA, Jenny Paola. 2013. „Una autoetnografía sobre el estigma y la opresión médica en el Síndrome de Fatiga Crónica: An autoethnography on stigma and medical oppression in Chronic Fatigue Syndrome“. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 4/ 2: 982–998.

CARR, Daniel B. 2016. „Patients with Pain Need Less Stigma, Not More“. *Pain Medicine* 17/8: 1391–1393.

COHEN, Sheldon et al. 2007. „Psychological stress and disease“. *Jama*, 2007 298/14:1685–1687.

CORTES RIVERA, Mateo, et al. 2019. „Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: a comprehensive review“. *Diagnostics* 9/3:91.

ČIKEŠ, Nada et al. 2011. „Edukacija o komunikacijskim vještinama na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu“. *Medix* 92:15–18.

DONEV, Dejan. 2013. „Etički aspekti suvremenog modela odnosa liječnik–bolesnik“. *Jahr–European Journal of Bioethics* 4/1: 503–512.

DORPAT, Theodore L. 1996. *Gaslighting, the double whammy, interrogation and other methods of covert control in psychotherapy and analysis*.

DUMIT, Joseph. 2006. „Illnesses you have to fight to get: Facts as forces in uncertain, emergent illnesses“. *Social science & medicine* 62/3: 577–590.

DURBHAKULA, Shravani; FORTIN, Auguste H. 2023. „Turning Down the Flame on Medical Gaslighting“. *J GEN INTERN MED*.

ENGEL, George L. 1977. „The need for a new medical model: a challenge for biomedicine“. *Science* 196/ 4286: 129-136.

- FOUCAULT, Michel. 1998. *The will to knowledge: The history of sexuality, vol. I*. London: Penguin.
- GRGIĆ, Ivana. 2015. *Značajke konzultacije u obiteljskoj medicini*. Tesis Doctoral. University of Zagreb-School of Medicine. Department of Family Medicine.
- GOODYEAR-SMITH, Felicity; BUETOW, Stephen. 2001. „Power issues in the doctor-patient relationship“. *Health care analysis* 9:449–462.
- HAVELKA, Mladen. 1998. *Zdravstvena psihologija (nastavni tekstovi)*. Zagreb - zdravstveno veleučilište.
- HUDSON, Nicky. 2022. „The missed disease? Endometriosis as an example of ‘undone science’“. *Reproductive biomedicine & society online* 14:20–27.
- JAPP, Phyllis M. i JAPP, Debra K. 2005. „Desperately seeking legitimacy: Narratives of a biomedically invisible disease“. *Narratives, health, and healing: Communication theory, research, and practice*: 107–130.
- KIDD, Ian James i CAREL, Havi. 2017. „Epistemic injustice and illness“. *Journal of applied philosophy* 34/2:172–190.
- LIPTON et al. 2004. „Migraine practice patterns among neurologists“. *Neurology* 62/11: 1926–1931.
- LUPTON, Deborah. 1997. „Consumerism, reflexivity and the medical encounter“. *Social science & medicine* 45/3:373–381.
- MASANA, Lina. 2011. „Invisible chronic illnesses inside apparently healthy bodies“. Of bodies and symptoms: anthropological perspectives on their social and medical treatment. *Antropología médica* 127–149.
- MOJTABAI, Ramin i OLFSON, Mark. 2011. „Proportion of antidepressants prescribed without a psychiatric diagnosis is growing“. *Health Affairs* 30:8:1434–1442.
- PARKER, Jan. 2018. „Stories, narratives, scenarios in medicine“. *Arts and Humanities in Higher Education* 17/1:3–19.
- PEDERSON, C. L. 2018. „The importance of screening for suicide risk in chronic invisible illness“. *J. Health Sci. Educ* 2/4: 1–5.
- ROHLEDER, Nicolas. 2019. „Stress and inflammation–The need to address the gap in the transition between acute and chronic stress effects“. *Psychoneuroendocrinology* 105: 164–171.
- SEBRING, Jennifer CH. 2021. „Towards a sociological understanding of medical gaslighting in western health care“. *Sociology of Health & Illness* 43/ 9: 1951–1964.
- SEEAR, Kate. 2009. „The etiquette of endometriosis: stigmatisation, menstrual concealment and the diagnostic delay“. *Social science & medicine* 69/8: 1220–1227.
- SPEAR, Andrew D. 2019. „Epistemic dimensions of gaslighting: peer-disagreement, self-trust, and epistemic injustice“. *Inquiry* 68–91.

- SREEVASUMATHI, K. i NAIK, K. T. 2023. „A Systemic review on chronic fatigue syndrome. *World* 2/5:8–20.
- SWEET, Paige L. 2019. „The sociology of gaslighting“. *American Sociological Review* 84/5: 851–875.
- TURK, Dennis C. i GATCHEL, Robert J. 2018. *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. Guilford publications.
- STANIČIĆ, ŽIVKA. 2001. „Osobeni položaj liječnika u društvu; ili: o granicama liječnikovog djelovanja“. *Revija za sociologiju* 32/3–4:197–206.
- ŠTIFANIĆ, Mirko. 2013. „Loša komunikacija i druge liječničke pogreške“. *Jahr: Europski časopis za bioetiku* 4/1:293-327.
- WARE, Norma C. 1992. „Suffering and the social construction of illness: The delegitimation of illness experience in chronic fatigue syndrome“. *Medical Anthropology Quarterly* 6/4:347–361.
- WARNER et al. 2019. „Coping Resources, Loneliness, and Depressive Symptoms of Older Women With Chronic Illness“. *Journal of Applied Gerontology* 38/3:295–322.
- WERNER, Anne i MALTERUD, Kirsti. 2003. „It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors“. *Social science & medicine* 57/8:1409–1419.
- WITVLIET, Margot Gage. 2022. "How COVID-19 Brought Medical Gaslighting to the Forefront and Made Invisible Illness Visible: Lessons from the BIPOC Long COVID Study". *COVID-19 Pandemic, Mental Health and Neuroscience - New Scenarios for Understanding and Treatment*

Sažetak

Tema ovoga diplomskoga rada je medicinski *gaslighting* u kontekstu nevidljivih bolesti. Na samom početku rada pruža se teorijski okvir i pojašnjava se pojava *gaslightinga*, medicinskog *gaslightinga* i čitatelja se upoznaje s interpretacijom nevidljivih bolesti u domeni biomedicine. S obzirom na to da se u drugim zapadnim zemljama aktivno piše i govori o medicinskom *gaslightingu*, a u Hrvatskoj još uvijek ne, cilj rada bio je istražiti situacije na tu temu na području Hrvatske. Stoga su neka od pitanja na koja se kroz provedbu ovoga istraživanja htjelo odgovoriti: Na koji način se manifestira medicinski *gaslighting* u kontekstu hrvatskog zdravstva? Je li pojam medicinskog *gaslightinga* kulturološki dostupan i kazivačima poznat? Zašto su nevidljive bolesti posebno sklone stigmatizaciji i *gaslightingu*? Koji su uzroci i posljedice medicinskog *gaslightinga*? Do odgovora na ta, ali i druga pitanja, došlo se kroz provedbu sedam polustrukturiranih inetervjua u kojima su kazivači podijelili svoja iskustva. U radu se stoga izlažu rezultati analize narativa o bolesti kazivača i znanstvenih radova na srodne teme te se predstavlja i tumači medicinski *gaslighting*.

Ključne riječi: gaslighting, medicinski gaslighting, nevidljive bolesti, Hrvatska

Summary

This thesis explores the phenomenon of medical gaslighting within the context of invisible diseases. It begins by establishing a theoretical framework, elucidating the concepts of gaslighting and medical gaslighting, and introducing the reader to the interpretation of invisible diseases within the realm of biomedicine. While other Western countries actively discuss and address medical gaslighting, it appears conspicuously absent from the narrative in Croatia. Consequently, the primary objective of this paper is to investigate instances of medical gaslighting within the Croatian healthcare system. The research aims to answer key questions, including: How does medical gaslighting manifest in the Croatian health system? Is the term "medical gaslighting" culturally recognized and familiar to narrators? Why do invisible diseases face heightened susceptibility to stigmatization and gaslighting? What are the root causes and repercussions of medical gaslighting? These inquiries are addressed through the implementation of seven semi-structured interviews, where narrators share their personal medical experiences. The paper presents the findings derived from the analysis of both narrator accounts and scientific literature on related subjects, offering insights into the manifestation and interpretation of medical gaslighting within the Croatian context.

Key words: gaslighting, medical gaslighting, invisible illness, Croatia