

Integrativna paradigma u mentalnome zdravlju: Enaktivizam, ontologija i relacijska neuroznanost u dekonstrukciji kliničke trijaže

Autor: Davor Moravek

Sažetak

U suvremenome diskursu mentalnoga zdravlja klasični ekstrakcijski pristupi kliničkoj trijaži podvrgnuti su rigoroznom preispitivanju zbog inherentne „krize mjerenja” i fenomena jatrogene retraumatizacije. Ovaj rad predlaže radikaln epistemološki odmak od rigidne operacionalne dijagnostike prema integrativnome modelu utemeljenom na enaktivizmu, relacijskoj neuroznanosti i primijenjenoj ontologiji. Kroz enaktivističku prizmu participatornoga stvaranja značenja pacijenatov se obrambeni odgovor podaničkoga ugađanja (engl. *fawn response*) rekonceptualizira kao patološko hiperugađanje. U skladu s tim, umjesto tradicionalnoga mapiranja patologije, rad uvodi paradigmu *mapiranja sigurnosti* utemeljenu na Teorijskome okviru osjećaja sigurnosti (SSTF), tretirajući sigurnost kao strogo relacijsko, a ne monadičko svojstvo. Središnji dio rada demonstrira prijevod složenoga fenomenološkog iskustva u strojno čitljive podatke (FAIR standardi) posredstvom arhitekture osnovne formalne ontologije (engl. *Basic Formal Ontology*, BFO). Pritom se iznosi oštra bioetička kritika rizika od ontološke kolonizacije i algoritamske pristranosti u ugrađivanju (engl. *embedding bias*) unutar velikih jezičnih modela (LLM). Argumentira se nužnost dekonstrukcije uloge kliničara kao nadzornika sustava (engl. *gatekeeper*), pri čemu se uspostavlja jasna distinkcija između epistemičkoga i kliničkoga nadzora kroz inovativnu arhitekturu *obrnutoga spajanja* (engl. *reverse matching*), modele vođene autonomije (engl. *guardrails*) te dizajn niske potražnje (engl. *low-demand UX*). Zaključno, rad fenomenološki analizira testove situacijskoga prosuđivanja (SJT) kao metodološki alat za mjerenje relacijskih kompetencija, naglašavajući njihova ograničenja pred zahtjevima istinski utjelovljene kognicije.

Ključne riječi: enaktivizam, fenomenologija, primijenjena ontologija (BFO), relacijska neuroznanost, epistemička nepravda, obrnuto spajanje (engl. *reverse matching*), algoritamska pristranost.

An Integrative Paradigm in Mental Health: Enactivism, Applied Ontology, and Relational Neuroscience in the Deconstruction of Extractive Triage

Abstract

In contemporary mental health discourse, classical extractive approaches to clinical triage are undergoing rigorous scrutiny due to the inherent “crisis of measurement” and the phenomenon of iatrogenic retraumatization. This paper proposes a radical epistemological shift from rigid operational diagnostics toward an integrative model grounded in enactivism, relational neuroscience, and applied ontology. Through the enactivist lens of participatory sense-making, the patient’s defensive fawn response is reconceptualized as pathological hyper-attunement. Consequently, rather than mapping pathology, the paper introduces the paradigm of *safety mapping* based on the Sense of Safety Theoretical Framework (SSTF), treating safety strictly as a relational, rather than a monadic, quality. The core of the paper demonstrates the translation of complex phenomenological experience into machine-readable data (FAIR standards) via the Basic Formal Ontology (BFO) architecture. Simultaneously, it provides a sharp bioethical critique of the risks of ontological colonization and algorithmic embedding bias within large language models (LLMs). Furthermore, the paper argues for the necessity of deconstructing the clinician’s role as a gatekeeper, establishing a clear distinction between epistemic and clinical gatekeeping through the innovative architecture of *reverse matching*, curated choice models (*guardrails*), and low-demand user experience (UX) design. Finally, the paper phenomenologically analyzes situational judgment tests (SJTs) as a methodological tool for measuring relational competences, highlighting their limitations when faced with the demands of true embodied cognition.

Keywords: enactivism, phenomenology, applied ontology (BFO), relational neuroscience, epistemic injustice, reverse matching, algorithmic bias.

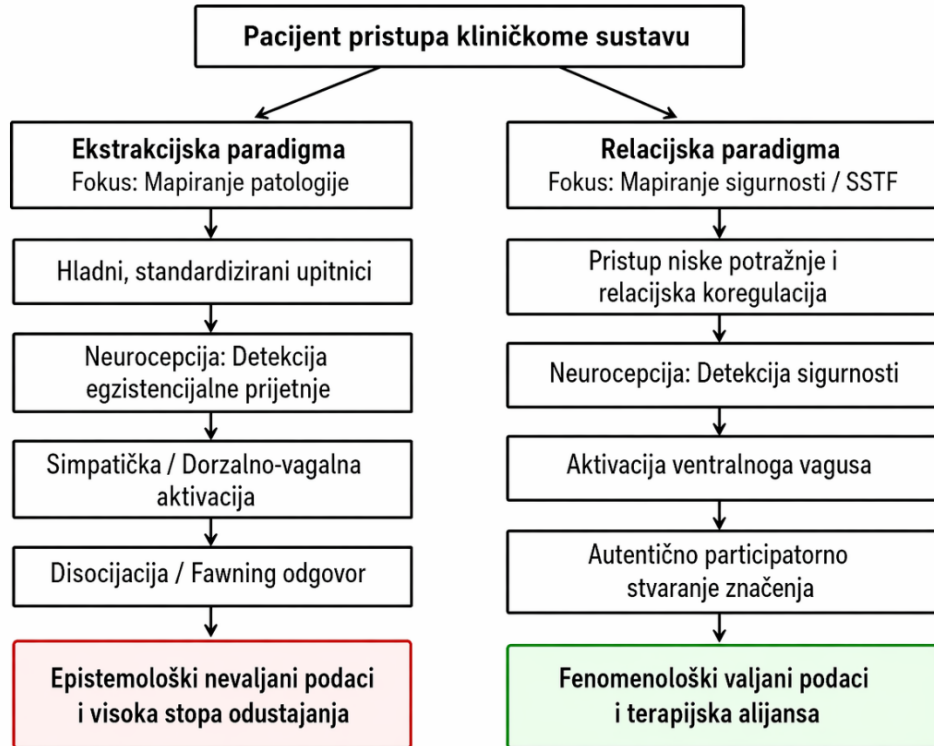
Uvod: Epistemološki rascjep i kriza mjerenja u psihijatriji

Inicijalni psihijatrijski i psihoterapijski prijem (trijaža) povijesno je strukturiran oko filozofije ekstrakcije podataka. Uvjetovan redukcionističkom i operacionalnom paradigmatom suvremenih klasifikacijskih sustava – poput Dijagnostičkoga i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM) te Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB) – prvi kontakt s pacijentom u sustavima mentalnoga zdravlja dominantno se svodi na linearno mapiranje patologije. U svakodnevnoj kliničkoj praksi to podrazumijeva prikupljanje iscrpnih inventara dekontekstualiziranih simptoma radi brze uspostave dijagnoze, procjene rizika i administrativne alokacije oskudnih resursa.

Iako je ovakav pristup, izravno naslijeđen iz akutne somatske medicine, osigurao prijeko potrebnu pouzdanost (engl. *reliability*) i birokratsku učinkovitost u preopterećenim zdravstvenim sustavima, on počiva na duboko problematičnoj epistemološkoj premisi. Klasični ekstrakcijski alati – poput standardiziranih upitnika samoprocjene ili visoko strukturiranih kliničkih intervjuja – utemeljeni su na prešutnome kartezijanskom dualizmu. Oni pretpostavljaju strogu odvojenost „objektivnoga” promatrača (sustava/kliničara) i „subjektivnoga” promatranog entiteta (pacijenta), pri čemu se proces prikupljanja anamneze tretira kao relacijski neutralan čin. Postoji opasna klinička iluzija da pacijentov živčani sustav ostaje u stanju neutralnoga mirovanja, poput pasivnoga repozitorija podataka, dok odgovara na pitanja o svojoj intimi, povijesti interpersonalnoga zlostavljanja ili suicidalnim mislima.

Međutim, suvremena kognitivna znanost i relacijska neuroznanost sve snažnije upozoravaju na „križu mjerenja” u psihijatriji: sâm čin mjerenja neminovno mijenja mjereni entitet. Iz perspektive skrbi informirane o traumi (engl. *trauma-informed care*, TIC), traženje od izrazito ranjivoga subjekta da isporuči duboko osobne, nerijetko traumatske informacije u sterilnome okruženju, pod pritiskom mjerača vremena i bez prethodno uspostavljenoga relacijskog povjerenja, predstavlja čin koji ljudski organizam ne interpretira kao prikupljanje medicinskih podataka, već automatski detektira kao egzistencijalnu prijetnju.

Empirijsko sidrište ove krize očituje se u fenomenima retraumatizacije i prijevremenoga odustajanja (engl. *early dropout*). Za pacijente s poviješću kompleksne traume (KPTSP), suočavanje s rigidnim ekstrakcijskim zahtjevima sustava može promptno aktivirati patološku disocijaciju, hiperarauzal (pretjerano simpatičko uzbuđenje) ili podaničko ugađanje (engl. *fawn response*). Posljedično, podaci koje kliničar u tome specifičnom trenutku prikuplja ontološki su i klinički nevaljani – oni ne reflektiraju pacijentovo temeljno stanje ili etiologiju njegove patnje, već isključivo njegovu akutnu disregulaciju induciranu samom arhitekturom trijažnoga procesa.



Slika 1. Divergentni neurobiološki i epistemološki ishodi ekstrakcijskoga i relacijskoga pristupa u kliničkoj trijaži.

Enaktivistički obrat: Od ekstrakcije podataka do participatornoga stvaranja značenja

Kako bismo nadišli ovu krizu mjerenja, nužno je napustiti mehanicističko shvaćanje kliničkoga susreta i usvojiti u potpunosti novu epistemološku prizmu. Ovaj rad u tu svrhu uvodi integraciju s *enaktivizmom*, teorijskim okvirom unutar filozofije uma i kognitivne znanosti koji radikalno rekonceptualizira prirodu ljudskoga iskustva.

Enaktivizam (Varela, Thompson i Rosch, 1991; Di Paolo, 2021) ne promatra kogniciju i afekt kao unutarnje, izolirane procese smještene isključivo u mozgu (poput softvera u računalu), već kao utjelovljenu (engl. *embodied*) i smještenu (engl. *situated*) aktivnost živoga sustava koji kontinuirano stvara smisao kroz interakciju sa svojom okolinom. Autonomni organizam ne apsorbira pasivno informacije iz svijeta; on svijet „donosi pred sebe” (engl. *brings forth*) kroz svoje biološke i afektivne kapacitete za djelovanje (Varela i sur., 1991; Fuchs, 2018). Iz ove postavke izvodimo ključni normativni filozofski zaključak za kliničku praksu: ako kognicija i afekt nisu komputacijska obrada izoliranih podataka, već utjelovljena interakcija (Colombetti, 2014), tada klasični ekstrakcijski trijažni upitnici gube svoju epistemološku valjanost. Naša autorska sinteza ovdje spaja enaktivističko shvaćanje afektivnosti s relacijskom neuroznanostu (Porges), sugerirajući da emocije straha u čekaonici nisu puka mentalna stanja, već aktivnosti cijeloga organizma koje iziskuju rekonceptualizaciju procesa mjerenja.

Ako trijažu sagledamo kroz enaktivističku leću, ona više nije i ne može biti puki prijenos informacija od subjekta prema kliničaru. Inicijalni prijemni intervju postaje čin *participativnoga stvaranja značenja* (engl. *participatory sense-making*; De Jaegher i Di Paolo, 2007). U trenutku kada pacijent stupi u fizički ili digitalni klinički prostor, dva autonomna sustava (kliničar/aparat i pacijent) ulaze u proces *strukturnoga sprezanja* (engl. *structural coupling*). Dinamika te interakcije – ton glasa kliničara, boja zidova u čekaonici, pa čak i sintaksa digitalnoga prijemnog obrasca – neposredno konstituira pacijentov osjećaj sebe u tome trenutku.

U ekstrakcijskoj paradigmi, to participatorno stvaranje značenja grubo je narušeno. Sustav postavlja zahtjeve koji nadilaze pacijentov kapacitet za asimilaciju, što rezultira slomom smisla i povlačenjem u biološku defenzivu. Stoga, istinski relacijski obrat u trijaži zahtijeva redizajn cjelokupnoga sučelja (bilo ono ljudsko ili digitalno) na način koji primarno prepoznaje i poštuje pacijenta kao autonomnoga tvorca značenja. Tek kada se uspostavi takvo dinamičko polje sigurnosti, podaci koji izranjaju iz interakcije prestaju biti artefakti stresa i postaju autentični fenomenološki iskazi.

Fenomenologija među-tjelesnosti: Epistemološka neodvojivost fenomena i mjerenja

Kako bismo u potpunosti shvatili razmjere ove krize mjerenja u sustavima mentalnoga zdravlja, potrebno je napustiti aproksimativne metafore iz fizike i posegnuti za direktnijom fenomenološkom argumentacijom. Oslanjajući se na koncept *među-tjelesnosti* (fr. *intercorporité*) Mauricea Merleau-Pontyja, te suvremene psihijatrijske analize utjelovljenosti Thomasa Fuchsa, uviđamo da se u življenome svijetu (*Lebenswelt*) objektivna stanja pacijenta ne mogu apstrahirati od samoga čina promatranja.

U fenomenološkoj stvarnosti, kliničko mjerenje nije tek bilježenje pasivnoga entiteta; ono je integralni dio interakcijske dinamike. Ne postoji jasna, sterilna granica koja bi odvojila fenomenologiju patnje od relacijskoga čina dijagnosticiranja. Kada kliničar u čekaonici primjenjuje strukturirane MKB ili DSM upitnike, on ne registrira pasivno nekakvu neovisnu, fiksiranu „anksioznost” koja u vakuumu čeka unutar pacijentova uma. Naprotiv, sâm aparat ekstrakcije – dijagnostički intervju, njegova semantika, dinamika moći u prostoriji te implicitni autoritet klasifikacijskoga sustava – nastupa kao snažan relacijski instrument koji prisiljava pacijentovo fluidno i višedimenzionalno iskustvo na patološki kolaps u specifičnu dijagnostičku formu.

Ekstrakcijski sustavi, dakle, ne reprezentiraju pasivno ono što jest; oni aktivno su-kreiraju kliničku stvarnost (najčešće onu disreguliranu i obrambenu), koju sustav zatim pogrešno proglašava objektivnom kliničkom anamnezom. Ovaj fenomenološki uvid dokazuje da se smisao i afekt prelijevaju „u prostoru između” (*intercorporeality*). Instrument mjerenja i subjekt mjerenja su-konstituiraju situaciju, stoga akt mjerenja koji ignorira tu utjelovljenu vezu epistemološki propada.

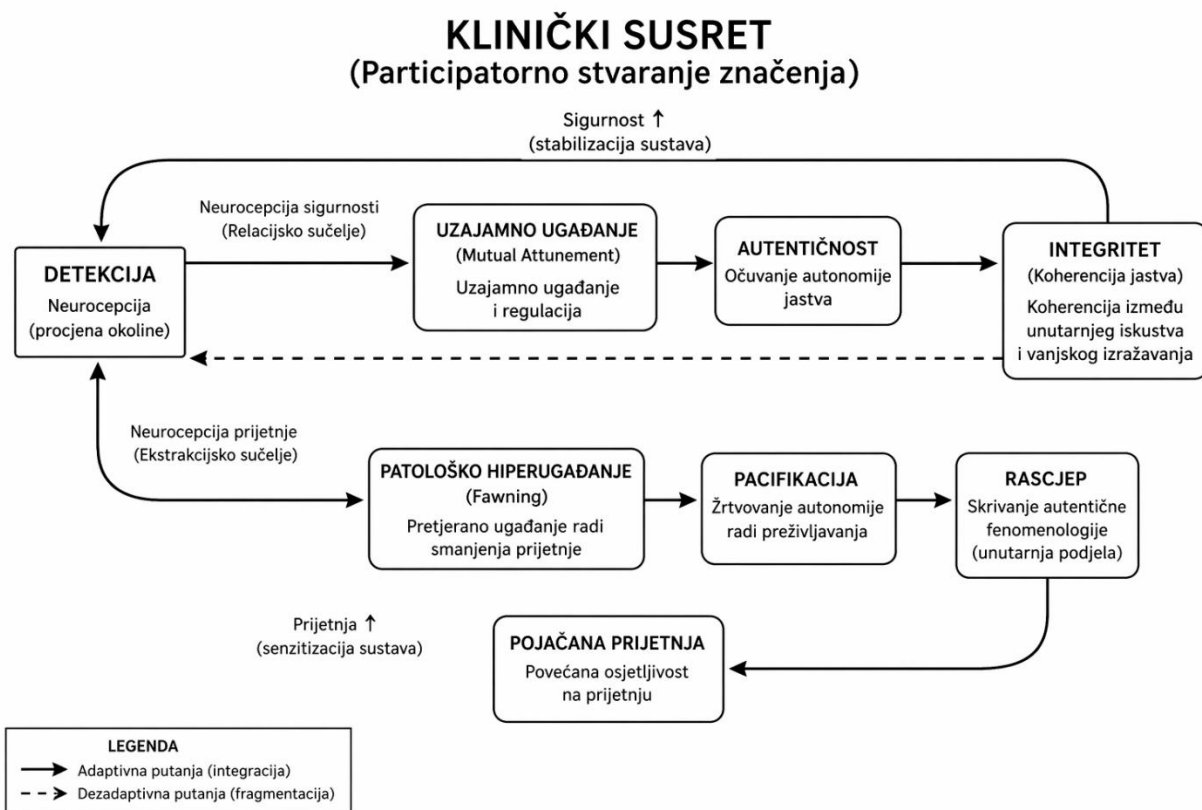
Patološko hiperugađanje: Enaktivistička rekonceptualizacija *fawning* odgovora

U kontekstu takvoga prisilnog, ekstrakcijskog mjerenja, organizam traumatiziranoga pacijenta ne ostaje neutralan. Tradicionalna traumatologija prepoznaje mehanizam podaničkoga ugađanja (engl. *fawn response*) primarno kao biološki obrambeni refleks autonomnoga živčanog sustava u kojem subjekt umiruje prijetnju ekstremnom submisivnošću. Međutim, *interpretativno proširujući*

postulate Enaktivne terapije traume Ellerta Nijenhuisa (2017) na inicijalni klinički susret, ovaj je fenomen moguće rekonceptualizirati na znatno višoj, integrativnoj razini.

Nijenhuis definira pacijenta i terapeuta kao „sustave organizma i okoline” koji teže očuvanju postojanja, pri čemu zdrava interakcija zahtijeva „uzajamno ugađanje” (engl. *mutual attunement*). Kroz našu interpretativnu enaktivističku prizmu, fawning prestaje biti isključivo refleks preživljavanja; on se otkriva kao **patološko hiperugađanje**. To je disfunkcionalna mutacija mehanizma participativnoga stvaranja značenja u kojoj organizam, uslijed manjka integracije dinamičkih modusa čežnje i težnje (Nijenhuis, 2017), žrtvuje vlastitu autonomiju zarad pacifikacije sustava.

Kada je suočen s ekstrakcijskim, hladnim sučeljem koje ne pokazuje kapacitet za uzajamnost, traumatizirani pacijent organizira rascjep svoga iskustva: jedan dio pacijenta nastoji surađivati i odraditi intervju kako sustav zahtijeva, utjelovljujući pseudokompetentan i poslušan subjekt, dok se autentična fenomenologija terora povlači iz dosegâ kliničkoga mjerenja. Takav „uspješan” prijemni intervju epistemološki je bezvrijedan jer je izgrađen na jatrogenome narušavanju pacijentova integriteta.



Slika 2. Enaktivistički model diferencijacije između zdravoga uzajamnog ugađanja i patološkoga hiperugađanja u kliničkome susretu.

Teorijski okvir osjećaja sigurnosti (SSTF) i ontološka priroda relacijskoga svojstva

S obzirom na duboke mane ekstrakcijske paradigme, ovaj rad artikulira sustavni prelazak na paradigmu *mapiranja sigurnosti*, utemeljenu na Teorijskome okviru osjećaja sigurnosti (SSTF). Ovaj okvir radikalno mijenja cilj prvoga kontakta sa zdravstvenim sustavom: primarna svrha trijaže nije izvlačenje patologije iz subjekta, već stvaranje i detekcija relacijske sigurnosti u interakcijskome polju.

No, postavlja se ključno teorijsko pitanje: *kako* i *gdje* ta sigurnost zapravo postoji? Ovdje se uvodno naslanjamo na domenu primijenjene ontologije, konkretno na osnovnu formalnu ontologiju (engl. *Basic Formal Ontology*, BFO), koja nudi filozofski i informatički rigorozan rječnik za opisivanje stvarnosti.

U klasičnoj, kartezijanskoj psihijatriji, osjećaj sigurnosti nerijetko se pogrešno konceptualizira kao isključivo *monadičko svojstvo* (engl. *monadic quality*) – kao intrinzično stanje koje pripada isključivo jednome entitetu (poput tjelesne temperature pacijenta). Međutim, stroga ontološka definicija razotkriva zabludu takvoga promišljanja. Prema Arpu, Smithu i Spearu (2015), sâm osjećaj sigurnosti, a osobito u kliničkome kontekstu, mora se modelirati kao *relacijsko svojstvo* (engl. *relational quality*).

Relacijsko svojstvo definirano je kao specifičan tip kvalitete koja zahtijeva *pluralitet nezavisnih kontinuant* kao svoje nositelje (engl. *bearers*). Prevedeno u kliničku stvarnost, to znači da sigurnost nikada ne „stanuje” isključivo u pacijentu; ona ne postoji kao samostalan podatak u vakuumu. Sigurnost egzistira istovremeno nošena od strane minimalno dvaju kontinuant – organizma pacijenta i okoline (sustava, digitalnoga sučelja ili kliničara).

Mapirati sigurnost stoga ne znači mjeriti izoliranoga pacijenta, već mjeriti rezonanciju samoga interakcijskog polja. Oslanjajući se na radove Allana Schorea (2003) o uzajamnoj sinkroniji i Stephena Porges (2011) o neurocepciji, prepoznajemo da se aktivacija ventralnoga vagusa (biološka osnova sigurnosti) ostvaruje isključivo kada živi sustav detektira usklađenost u svome okruženju. **Iako se SSTF snažno oslanja na Porgesove heurističke uvide, važno je istaknuti da polivagalna teorija nije bez kontroverzi. Kritičari, poput Grossmana (2021), ozbiljno osporavaju neke od njezinih neuroanatomskih premisa. Stoga, u ovome relacijskom modelu, koncepte poput „vagalne regulacije” primarno tretiramo kao visoko funkcionalne heurističke alate za razumijevanje utjelovljene sigurnosti, a ne kao neupitne neurobiološke dogme.** Ovakvo stajalište savršeno odgovara ranije iznesenome enaktivističkom shvaćanju da se smisao i afekt rađaju izravno u „prostoru između”, postavljajući neoboriv teorijski temelj za implementaciju arhitekture niske potražnje (engl. *low-demand UX*) o kojoj će biti više riječi u nastavku.

Od fenomenološkoga opisa do strojno čitljivoga podatka: Ontološka mikro-studija

Prijelaz s ekstrakcijske trijaže na relacijsku paradigmu mapiranja sigurnosti stvara, međutim, novi metodološki izazov. Iako Teorijski okvir osjećaja sigurnosti (SSTF) i mikro-fenomenološki intervjui (Petitmengin, 2022) pružaju kliničaru iznimno dubok uvid u pacijentovu autentičnu patnju, takvi su kvalitativni narativi – iz stroge informatičke i zdravstveno-ekonomske perspektive – potpuno

nestrukturirani podaci. Kako bi to bogatstvo iskustva izbjeglo sudbinu anegdotalnoga zapisa te kako bi se moglo dugoročno pratiti, integrirati u suvremene elektroničke zdravstvene zapise (EHR) i postati znanstveno interoperabilno s biološkim bazama, ono se mora prevesti u strojno čitljiv format (FAIR standardi).

U tu se svrhu suvremena kognitivna znanost sve više oslanja na arhitekturu BFO-a te na njezine specifične derivate poput Ontologije mentalnoga funkcioniranja (engl. *Mental Functioning Ontology*, MF).

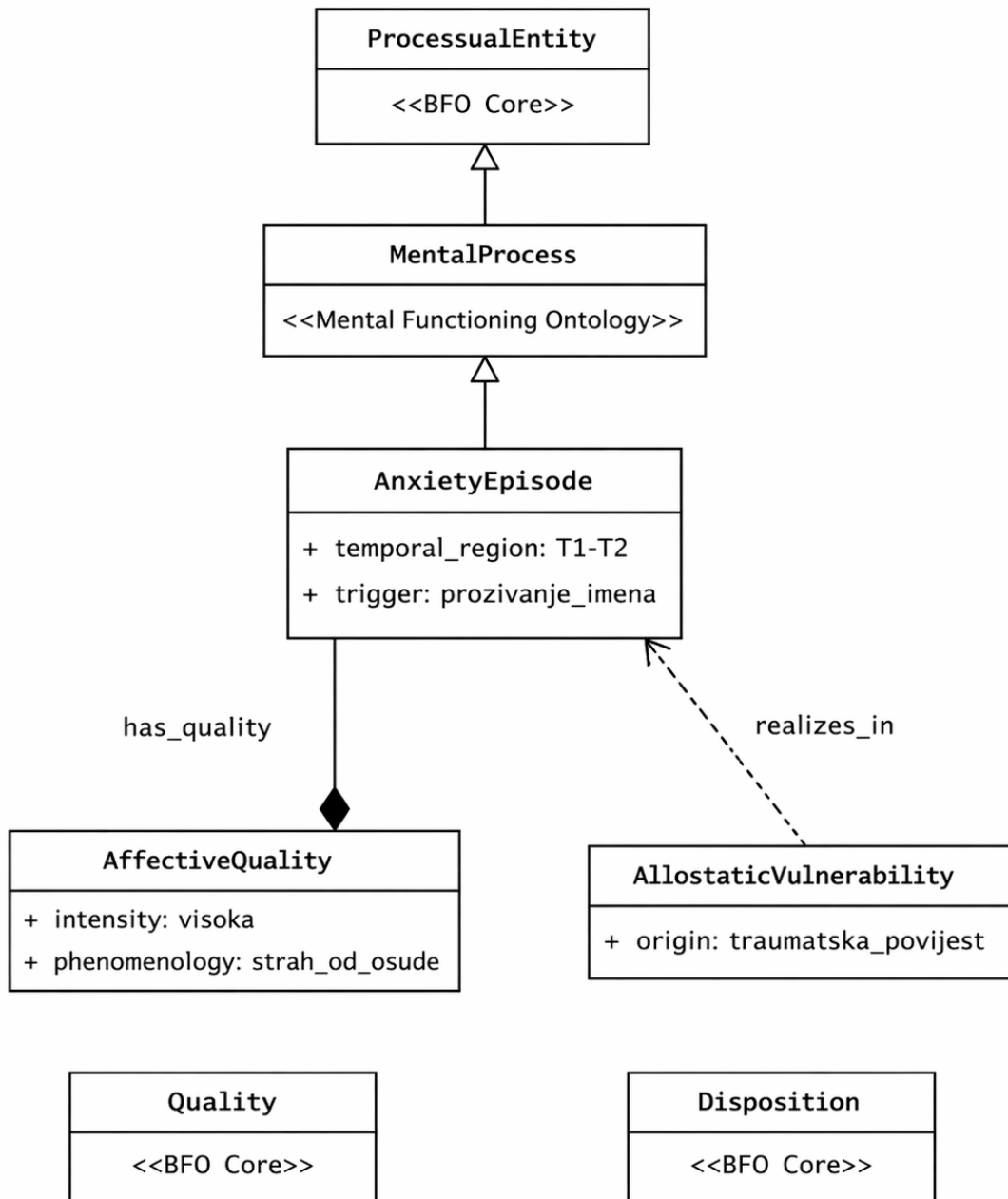
Mikro-studija mapiranja relacijske anksioznosti

Zamislimo situaciju u kojoj pacijent tijekom inicijalne, relacijski vođene trijaže izgovara sljedeću rečenicu:

„Kada me netko od liječnika u čekaonici prozove po imenu, srce mi počne lupati, obuzme me snažan osjećaj straha da će me osuditi... i to mi se događa gotovo svaki put u bolnici.”

U klasičnome DSM ekstrakcijskom modelu kliničar bi cjelokupno ovo iskustvo reducirao na jednu binarnu kvačicu (npr. „simptomi socijalne anksioznosti prisutni”). Takva redukcija briše cjelokupan kontekst i relacijsku dinamiku patnje. Nasuprot tome, u BFO ontološkome modelu ovaj se narativ rigorozno strukturira u niz međusobno povezanih entiteta:

1. **Proces (engl. *Process*):** Unutar BFO arhitekture, subjektivna epizoda anksioznosti tretira se kao *generički ovisan kontinuitet koji se odvija u vremenu*. Pacijentov psihofiziološki događaj bilježi se kao proces (MF:AnxietyProcess) koji nastaje kao izravan odgovor na specifičan relacijski okidač (prozivanje imena).
2. **Kvaliteta ili Svojtvo (engl. *Quality*):** Kvalitativni osjećaj straha od osude mapira se kao MF:AffectiveQuality – specifično monadičko svojstvo koje u tome trenutku inherira u pacijentu, dajući boju i teksturu proživljenomu iskustvu.
3. **Dispozicija (engl. *Disposition*):** Završni dio pacijentove rečenice („*to mi se događa gotovo svaki put*”) od krucijalne je ontološke važnosti. On se ne modelira kao trenutačni proces, već kao BFO:Disposition. To je ukorijenjena relacijska ranjivost organizma proizašla iz povijesnoga alostatskog preopterećenja, koja postoji kao potencijal u pacijentu čak i onda kada on u tome specifičnom trenutku ne proživljava akutni strah.



Slika 3. Arhitektura BFO klasa: Prikaz ontološke hijerarhizacije fenomenološkoga iskustva anksioznosti.

Strojno čitljiv JSON-LD zapis fenomenološkoga iskustva:

```
{
  "@context": "[http://purl.obolibrary.org/obo/](http://purl.obolibrary.org/obo/)",
  "@type": "MF:AnxietyProcess",
  "label": "Epizoda socijalne anksioznosti u čekaonici",
  "occurs_in": "Patient_XYZ",
  "has_trigger": {
    "@type": "BFO:Process",
    "label": "Prozivanje imena od strane medicinske sestre"
  },
  "has_temporal_region": {
    "start": "2024-10-12T09:15:00",
    "end": "2024-10-12T09:17:30"
  },
  "has_quality": {
    "@type": "MF:AffectiveQuality",
    "label": "Osjećaj straha od osude",
    "intensity": "visoka",
    "phenomenological_description": "Srce mi počne lupati, obuzme me snažan osjećaj straha da će me osuditi"
  },
  "realizes": {
    "@type": "BFO:Disposition",
    "label": "Alostatska ranjivost na evaluacijske socijalne situacije",
    "has_frequency": "gotovo svaki put u bolnici",
    "historical_context": "Povijest traumatskih iskustava u medicinskim ustanovama"
  }
}
```

Hermeneutički problem klasifikatorske prakse

Iako je navedeni JSON-LD zapis vizualno upečatljiv i didaktički jasan, on otvara ključno metodološko pitanje: *tko* vrši ovu ontološku klasifikaciju i na temelju *kojeg kriterija*? Kada kliničar ili algoritam odlučuje da je specifičan narativ BFO:Disposition, a ne tek prolazna MF:AffectiveQuality, on vrši interpretativni čin koji nikada nije potpuno neutralan. Sama arhitektura BFO-a ne rješava inherentni hermeneutički problem psihijatrije – ona ga samo premješta s razine interpretacije slobodnoga teksta na razinu sintaktičke i semantičke klasifikacije u elektroničkim zdravstvenim zapisima (EHR).

Dijalektika ontološke kolonizacije i „sjena” življenog iskustva

Ovakvo uvođenje formalne logike u sferu mentalnoga zdravlja, iako osigurava znanstvenu interoperabilnost, unosi duboke epistemološke napetosti. Svaki pokušaj da se bogatstvo subjektivnosti svede na normativne komputacijske kalupe nosi rizik onoga što nazivamo *ontološkom kolonizacijom* ljudskoga iskustva.

Kolonizacija u foucaultovskom smislu pretpostavlja specifičnu dinamiku moći, institucionalne

aparate i historijski situirane prakse. Oslanjajući se na Foucaultovu „Kliniku” (1973), ovdje moramo postaviti pitanja konkretne genealogije moći: tko kreira ontološke klase, kojim mehanizmima, i u čijem interesu? Ukoliko ontološku klasifikaciju monopoliziraju isključivo zdravstvene administracije vođene birokratskom učinkovitošću i smanjenjem troškova, stroga primjena formalnih ontologija (poput BFO-a) na fenomenološku psihopatologiju nosi rizik *pojmovnoga nasilja* (Ritunnano i sur., 2022). To znači ponavljanje onih istih totalizirajućih, hegemonijskih grešaka koje su obilježile povijest DSM-a.

Fenomenologija je u svojoj srži obvezana na metodološku *otvorenost* – ona zahtijeva zadržavanje kritičke distance prema postojećim teorijama kako bi se fenomenu dopustilo da se pokaže onakvim kakav on zaista jest. Kada se kompleksna fenomenologija traume reducira isključivo kako bi popunila fiksne čvorove ontološke baze podataka, gubi se "sjena" življenog iskustva (njem. *Erlebnis*). Takav pristup može generirati novu vrstu epistemičke nepravde: ako sustav ne posjeduje adekvatnu ontološku klasu za pacijentovo jedinstveno, rubno ili kulturološki specifično iskustvo, taj se podatak jednostavno odbacuje kao nepostojeći. Stoga, BFO arhitektura nikada ne smije postati reificirana stvarnost; ona mora ostati isključivo plastična „skela” (engl. *scaffold*), alat koji je, uz hermeneutičku poniznost kliničara, podložan stalnoj reviziji od strane samih pacijenata kroz proces participatornoga dizajna.

Dekonstrukcija uloge nadzornika sustava: Dijalektika epistemičkoga i kliničkoga nadzora

Tradicionalna arhitektura zdravstvenih sustava povijesno počiva na asimetričnoj dinamici moći u kojoj kliničar (ili apstraktni trijažni algoritam) zadržava isključivu ulogu vratara (engl. *gatekeeper*). Pacijent je u takvome sustavu sveden na pasivnoga primatelja odluke, što kod ranjivih populacija rekreira osjećaj bespomoćnosti karakterističan za samu traumu.

Pravi relacijski obrat zahtijeva temeljitu dekonstrukciju ove funkcije. Međutim, antipsihijatrijske kritike iz prošlosti često su propuštale prepoznati ključnu konceptualnu razliku. Etičan reformski model mora provesti oštru distinkciju između *epistemičkoga* i *kliničkoga* nadzora.

Uništavanje epistemičkoga nadzora: Bioetika obrnutoga spajanja (*Reverse Matching*)

Epistemički nadzor odnosi se na monopol sustava nad istinom: to je arogantna pretpostavka da sustav *a priori* bolje od pacijenta zna što pacijent osjeća i tko mu može pomoći. Oslanjajući se na filozofski rad Mirande Fricker (2007) o epistemičkoj i svjedočanskoj nepravdi, uviđamo da se svjedočanstva pacijenata sustavno obezvređuju u kliničkome susretu. Kako bismo srušili ovu vrstu dominacije i vratili epistemički autoritet onome tko iskustvo proživljava, predlažemo uvođenje arhitekture *obrnutoga spajanja* (engl. *reverse matching*).

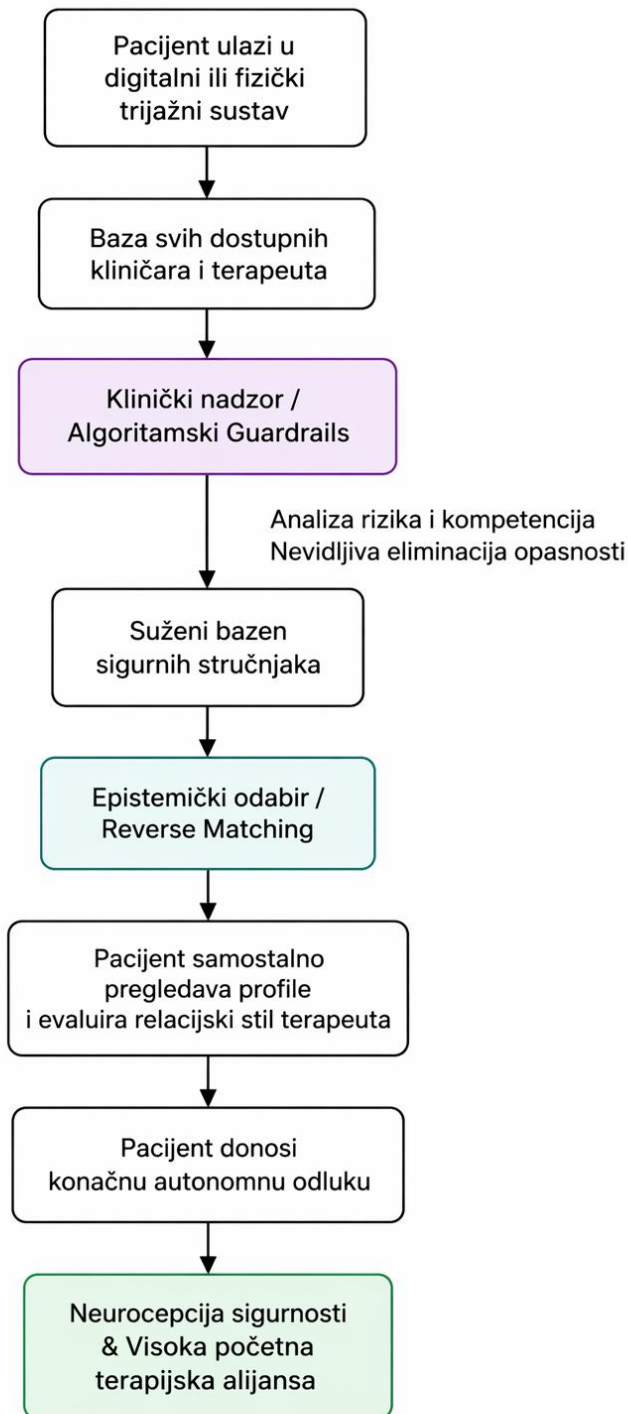
U modelu obrnutoga spajanja inicijalni kontakt prestaje biti prostor ekstrakcije i postaje polje u kojem pacijentu pripada pravo na evaluaciju stručnjaka. Umjesto pasivne dodjele, pacijentu se omogućuje uvid u to kako bi potencijalni terapeut reagirao u osjetljivoj situaciji (kroz transparentne profile, video-uvode ili opise terapijskoga pristupa), čime on preuzima agenciju u odabiru onoga relacijskog okruženja koje njegov neurocepcijski aparat prepoznaje kao najsigurnije. Odbijanjem onoga što Brent Mittelstadt i suradnici (2016) nazivaju „digitalnim paternalizmom”, ovaj pristup nastoji arhitekturu algoritma staviti u službu pacijentove autonomije.

Zadržavanje kliničkoga nadzora: Model vođene autonomije (*Guardrails*)

Apsolutna dekonstrukcija moći, međutim, nosi iznimno opasne kliničke rizike. Što ako pacijent nesvjesno, zbog neprerađenih obrazaca traume, izabere terapeuta koji će s njime patološki koludirati ili mu naštetiti?

Ovdje nastupa nužnost zadržavanja *kliničkoga nadzora* – etičke i zakonske odgovornosti sustava da zaštiti pacijenta od jatrogene štete i šarlatanstva. Odustajanje od epistemičke arogancije ne smije značiti abdikaciju od medicinske odgovornosti. Ova se tenzija razrješava uvođenjem modela *vođene autonomije* (engl. *curated choice*) sa snažnim zaštitnim mehanizmima (engl. *guardrails*).

Sustav najprije vrši tihu, pozadinsku analizu rizika i stručnosti. On filtrira neadekvatne opcije i osigurava da svaki predloženi stručnjak ispunjava rigorozne standarde (od edukacije o traumi do mjerenja relacijskih kompetencija). Tek nakon što algoritam stvori suženi „bazen sigurnosti” od nekoliko visoko kompetentnih kliničara, pacijent preuzima potpunu epistemičku moć i provodi obrnuto spajanje. Time je paradoks razriješen: epistemička nepravda je srušena, a klinička sigurnost sačuvana.



Slika 4. Dijagram toka modela vođene autonomije: Integracija kliničkoga nadzora s epistemičkim autoritetom pacijenta.

Tehnološka operacionalizacija: Arhitektura niske potražnje i algoritamska pravednost

U suvremenome digitalnom dobu arhitektura kliničke trijaže više ne započinje fizičkim ulaskom u čekaonicu, već se sve češće odvija u mrežnim okruženjima: kroz portale za mentalno zdravlje, mobilne aplikacije ili pametne digitalne prijemne obrasce. Digitalno sučelje u tome smislu nije tek neutralan prijenosnik informacija; ono je aktivni sudionik u procesu participatornoga stvaranja značenja. Kako bi relacijska paradigma mapiranja sigurnosti zaživjela u ovim tehnološkim prostorima, nužno je iz temelja redefinirati dizajn korisničkih sučelja (engl. *User Experience* – UX) i uspostaviti strogi nadzor nad algoritmima koji ih pokreću.

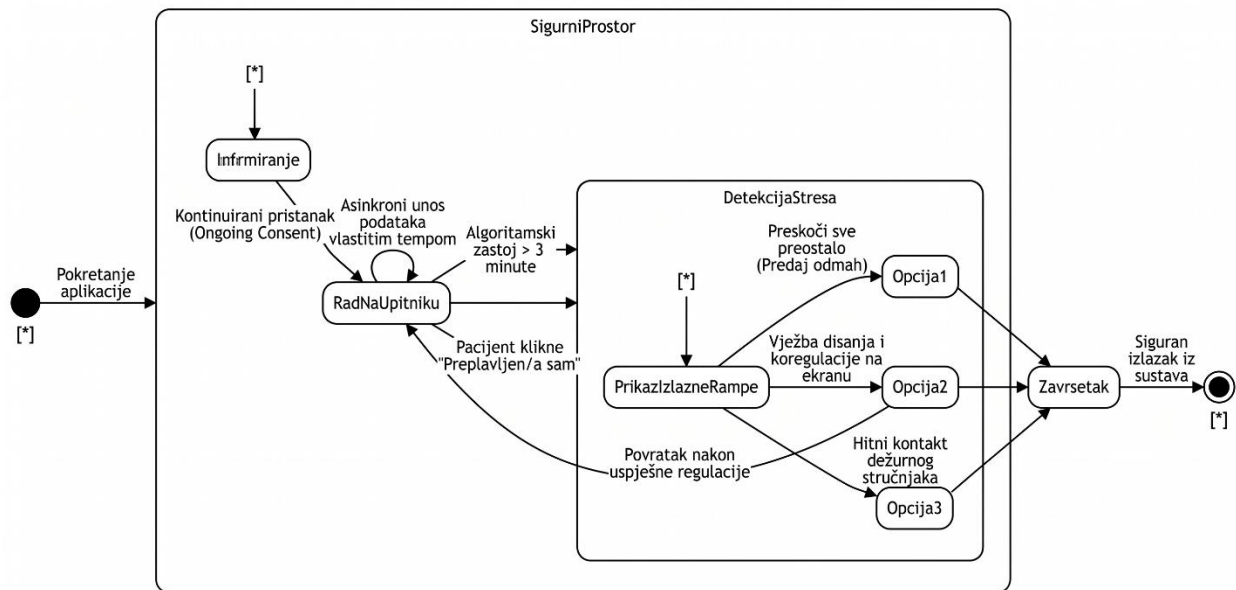
Sučelja bez okidača (*Trigger-Free UX*) i trauma-informirano računarstvo

Da bi mrežna trijaža prestala funkcionirati kao ekstrakcijski aparat, ona mora usvojiti filozofiju trauma-informiranoga računarstva (engl. *Trauma-Informed Computing* – TIC). Kako ističu Chen i suradnici (2021), tehnologija može stvoriti ili produbiti traumatska iskustva ako ignorira asimetriju moći i kognitivnu ranjivost korisnika. Sučelje dizajnirano prema TIC principima mora osigurati radikalnu transparentnost, osnaživanje i sigurnost. U kliničkoj se praksi to prevodi u arhitekturu *niske potražnje* (engl. *low-demand*), koja namjerno i sustavno uklanja kognitivne i birokratske pritiske koji preplavljaju pacijentov živčani sustav.

Konkretni, relacijski utemeljeni principi ovakvoga dizajna uključuju:

Asinkronost i kontinuirani pristanak (engl. *ongoing consent*): Pacijentu se omogućuje ispunjavanje obrazaca vlastitim tempom, uz mogućnost prekida i povratka procesu bez gubitka podataka. Mjerači vremena (engl. *timers*) moraju biti uklonjeni. Štoviše, sučelje vizualno i eksplicitno komunicira pravo na uskraćivanje odgovora te omogućuje „sigurne izlazne rampe” u trenucima preplavljenosti.

Direktivni sadržaj nasuprot dvosmislenosti: Oslanjajući se na recentne kliničke smjernice dizajna (NHS, 2024), jezik sučelja mora biti direktivan i nedvosmislen. Stres i trauma drastično smanjuju kapacitet radne memorije i mijenjaju semantičku obradu. Umjesto otvorenih, dvosmislenih uputa koje zahtijevaju od pacijenta da procijeni namjeru sustava (npr. „Opišite svoje disanje”), sučelje mora koristiti specifične, usmjeravajuće iskaze („Opišite svoje disanje prosječnoga dana”). Minimiziranje semantičke dvosmislenosti izravno korelira sa smanjenjem kognitivnoga preopterećenja.



Slika 5. Dijagram stanja za digitalno sučelje niske potražnje: Implementacija „izlaznih rampe” za prevenciju retraumatizacije.

Algoritamski paternalizam i lokalizirani primjer pristranosti (*Embedding Bias*)

Platformizacija mentalnoga zdravlja snažno se oslanja na algoritme pogonjene velikim jezičnim modelima (LLM), koji sve češće preuzimaju funkciju automatskoga alociranja pacijenata. Iako ovi sustavi nude golem potencijal za brzu analizu ontoloških klasa, oni uvode duboke bioetičke rizike kroz prizmu *pristranosti u ugrađivanju* (engl. *embedding bias*).

LLM modeli asimiliraju asocijacije iz povijesnih tekstualnih korpusa koji su inherentno inficirani društvenim, klasnim, rasnim i kulturološkim predrasudama. Nedavna revolucionarna studija u časopisu *Nature Medicine* (Omar i sur., 2025) demonstrirala je kako LLM sustavi u donošenju kliničkih odluka pokazuju izražene sociodemografske pristranosti: pacijenti iz marginaliziranih skupina (poput LGBTQIA+ populacije ili osoba bez stalnoga boravišta) disproporcionalno su preusmjeravani prema hitnim službama ili prisilnim psihijatrijskim evaluacijama, čak i kada je temeljna klinička slika bila identična onoj u kontrolne skupine.

Nadalje, algoritmi pokazuju izrazitu preferenciju prema „stilu nad supstancom”. Zamislimo digitalni trijažni sustav koji obrađuje dva slobodna tekstualna unosa o anksioznosti (**napomena: ovdje iznosimo autorsku, hipotetsku ilustraciju za potrebe pojašnjenja mehanizma, a ne izravan empirijski transkript**):

Pacijent A (ulični žargon): „Imam frku, baš mi je bed i totalno sam u banani, ne mogu disat kad su ljudi oko mene.”

Pacijent B (akademski vokabular): „Doživljam snažnu anksioznu simptomatologiju, popraćenu respiratornim poteškoćama u socijalnim situacijama.”

Umjetna inteligencija sustavno diskriminira Pacijenta A, pripisujući njegovoj leksičkoj neformalnosti manji stupanj kliničke ozbiljnosti. Analize takvih modela pokazuju da su sustavi znatno skloniji Pacijentu A sugerirati „samoliječenje” (engl. *self-care*), dok će Pacijenta B prioritetno preusmjeriti visokokvalificiranim kliničkim specijalistima. Ovo nije tek tehnološki propust; ovo je manifestacija *algoritamske epistemičke nepravde*, gdje se pod krinkom neutralne, visokotehnološke personalizacije vrši tiha, strukturalna segregacija skrbi utemeljena na socioekonomskom statusu kodiranom u pacijentovoj sintaksi. Jedini etički ispravan odgovor jest uspostava *ograničenja pravednosti* (engl. *fairness constraints*), koja programski prisiljavaju sustav na demografski paritet, uz nezaobilazno načelo ljudskog nadzora („čovjek u petlji”, engl. *human-in-the-loop*).

Mjerenje relacijske kompetencije: Testovi situacijskoga prosuđivanja (SJT)

Konačan uspjeh prijelaza s ekstrakcijske paradigme na paradigmu sigurnosti ovisi o jednom inherentno biološkom faktoru: stvarnim relacijskim kapacitetima kliničara koji dočekuje pacijenta na kraju digitalnoga ili ontološkog lanca. Iako ustanove deklarativno usvajaju vokabular skrbi informirane o traumi, validacija tih kompetencija u praksi nerijetko podbacuje. Samoprocjenski instrumenti (upitnici o vlastitoj empatiji) dokazano su nevaljani zbog učinka socijalne poželjnosti; kandidat može teorijski savršeno artikulirati principe koregulacije, no kada se u čekaonici suoči s pacijentom u hostilnome hiperarazu, njegov neintegrirani živčani sustav regresirat će u autoritarne, obrambene obrasce ponašanja.

SJT kao metodološki kompromis

Kako bi premostile jaz između deklarativnoga i proceduralnog znanja, zdravstvene administracije okreću se testovima situacijskoga prosuđivanja (engl. *Situational Judgment Tests* – SJT). Riječ je o instrumentima koji kandidate ne pitaju za definicije, već ih suočavaju s hipotetskim, relacijski dvosmislenim kliničkim scenarijima (npr. pacijent koji sarkastično odbija odgovarati na pitanja o obiteljskoj anamnezi). Kliničar mora odabrati i rangirati reakcije koje će deeskalirati situaciju i povratiti neurocepciju sigurnosti, čime SJT nudi znatno višu prediktivnu valjanost od standardnih intervjua.

Fenomenološka kritika SJT-a: Raskorak između teksta i utjelovljenoga djelovanja

Ipak, u duhu rigorozne filozofske metodologije, ovaj rad mora iznijeti i duboku fenomenološku kritiku same SJT paradigme. Zlatni standard mjerenja nerijetko stvara vlastite slijepe pjege. Oslanjajući se na istraživanja Krumma i suradnika (2014), uviđamo da SJT-ovi često ne mjere istinsku *situacijsku* (kontekstualnu) prosudbu, već se oslanjaju na opće domensko znanje.

Preciznije, test na zaslonu (engl. *on-screen test*) ne može replicirati *utjelovljenu kogniciju* (engl. *embodied cognition*). SJT zahtijeva od kliničara da hladne, analitičke procese u prefrontalnemu korteksu iskoristi za rješavanje tekstualne zagonetke o tuđoj traumi. Međutim, stvarni klinički susret je enaktivistički ples. Tekstualni test ne može simulirati hoće li se kliničaru uživo, pri susretu s agresivnim tonom pacijenta, drastično ubrzati rad srca (simpatička aktivacija) te hoće li u tom trenutku stresa zadržati kapacitet za mekani vokalni tonalitet i facijalnu prozodiju (funkcije ventralnoga vagusa).

Putovi procjene kandidata za kliničare: Kritički osvrt i preporuke



Slika 6. Usporedba metoda evaluacije kliničkih kompetencija i fenomenološki limit dekontekstualiziranoga znanja.

Kliničar može kognitivno prepoznati točan odgovor na papiru, a istovremeno biti biološki nesposoban utjeloviti ga u prostoru. Stoga, SJT testovi predstavljaju nužan, ali nedovoljan alat za trijažu kadrova. Istinsko mjerenje kompetencije zahtijeva povratak utjelovljenoj provjeri – nadziranim, živim kliničkim simulacijama (poput OSCE ispita) u kojima se sposobnost uzajamnog ugađanja ne dokazuje odabirom slova na tipkovnici, već somatskom usklađenošću u susretu dvaju autonomnih organizama.

Scenariji implementacije i biopolitika vremena u psihijatriji

Iako su Teorijski okvir osjećaja sigurnosti (SSTF) i ontološka (BFO) prevođenja intelektualno snažni koncepti, njihova je znanstvena i klinička vrijednost mjerljiva isključivo kroz izravnu praktičnu primjenjivost. Prijelaz s ekstrakcijske na relacijsku trijažu suočava se s golemim institucionalnim preprekama, koje se ne mogu svesti isključivo na nedostatak financijskih resursa ili neznanje osoblja. Glavni otpor uvođenju relacijske paradigme proizlazi iz same arhitekture suvremenoga neoliberalnog zdravstva.

Oslanjajući se na analize Santosa i Silve Juniora (2019), uviđamo da je suvremena medikalizacija duboko isprepletena s tehnologijama kontrole koje kvantificiraju i komodificiraju vrijeme. U neoliberalnoj psihijatrijskoj praksi vrijeme je primarna „valuta kontrole” – svaka se minuta i svaki sat kliničkoga susreta rigorozno nadziru (engl. *scrutinised*) kako bi se maksimizirala administrativna propusnost sustava. U takvoj *biopolitici vremena*, ekstrakcijska trijaža funkcionira besprijekorno jer je brza: ona reducira kompleksnu fenomenologiju na mjerljive deficite u minimalnome vremenskom okviru.

Nadalje, kao što pokazuje Pasquinijeva etnografija trijaže (2024), hitnost (engl. *urgency*) u kliničkome okruženju nije samorazumljivo stanje; hitnost se aktivno „proizvodi” kroz distribuciju pažnje i materijalnih resursa. U takvoj ekonomiji pažnje, relacijski pristup – koji zahtijeva usporavanje, uzajamno ugađanje i prepuštanje epistemičkoga autoriteta pacijentu – sustav automatski detektira kao neproduktivnu anomaliju. Stoga, uspješna implementacija relacijske trijaže zahtijeva subverzivne, kalibrirane operativne korake prilagođene specifičnim uvjetima okoline.

Scenarij A: Javnozdravstveni sustav (Domovi zdravlja i bolničke poliklinike)

Javni je sektor opterećen iznimno visokim priljevom pacijenata i akutnim deficitom specijaliziranoga kadra. U ovome okruženju apsolutni prioritet mora biti usmjeren na zaštitu relacijske sigurnosti na prvoj liniji kontakta, prkoseći uspostavljenoj biopolitici vremena. Minimalni set intervencija uključuje:

Uvođenje arhitekture niske potražnje: Zamjena rigidnih, patologizirajućih upitnika prilagođenim *Low-Demand* digitalnim i papirnatim obrascima.

Stvaranje "otoka usporenog vremena": Konkretna subverzivni korak unutar preopterećenog sustava uključuje uvođenje "tihih sati" u čekaonicama bez oštrih administrativnih poziva, te sustavnu edukaciju osoblja o pravu pacijenta na tišinu i pauzu. Pacijentu se aktivno nudi pravo da prekine intervju bez sankcija, čime se stvara neurocepcija sigurnosti usprkos inherentnoj brzini sustava.

Klinički trening dekodiranja neurocepcije: Obvezna edukacija trijažnoga osoblja usmjerena na prepoznavanje razlike između autentične ventralno-vagalne sigurnosti i patološkoga *fawning* odgovora.

Pilotiranje SJT selekcije: Integracija osnovnih scenarija situacijskoga prosuđivanja u natječajne postupke pri zapošljavanju novoga osoblja u službama za mentalno zdravlje.

Scenarij B: Privatna i platformska skrb (Digitalno mentalno zdravlje)

Komercijalne digitalne platforme posjeduju infrastrukturu koja omogućuje punu implementaciju naprednijih aspekata ovoga modela:

Ontološki cjevovod (engl. *BFO Pipeline*): Sustavi za unos dizajniraju se tako da se slobodni narativi pacijenata u pozadini automatski strukturiraju prema Ontologiji mentalnoga funkcioniranja (kao procesi, kvalitete i dispozicije), čuvajući fenomenološku složenost kao FAIR podatke.

Arhitektura obrnutoga spajanja (*Reverse Matching*): Implementacija dvostrukoga filtra – sustav provodi nevidljivi klinički nadzor (analiza rizika), a pacijent potom provodi epistemički odabir i evaluaciju stručnjaka iz sigurnoga bazena.

Algoritamski audit pravednosti: Kvartalne revizije jezičnih modela (LLM) zaduženih za povezivanje, s ciljem suzbijanja pristranosti u ugrađivanju (engl. *embedding bias*).

Diferencijalna fenomenologija: Ograničenja i kontraindikacije modela

S ciljem održavanja visoke znanstvene strogosti, nužno je jasno artikulirati situacije u kojima predložena relacijska paradigma, a osobito mehanizam obrnutoga spajanja, ne predstavlja optimalan klinički izbor. Ovaj model implicitno pretpostavlja postojanje ranjivog, traumatiziranog, ali fundamentalno očuvanoga (intaktnog) *minimalnog jastva* (engl. *minimal self*), koje je sposobno svrhovito evaluirati okolinu i donositi odluke o vlastitoj sigurnosti.

Međutim, oslanjajući se na radove Louisa Sassa (2014) o shizofreniji i primarnim psihozama, uviđamo da se patologija shizofrenoga spektra primarno odlikuje *poremećajem ipseteta* (engl. *ipseity-disturbance* ili *self-disorder*). U takvim stanjima dolazi do hiperrefleksivnosti i drastičnoga smanjenja osjećaja samoprisutnosti; granice između onoga što pripada subjektu i onoga što pripada okolini dramatično se urušavaju.

U situacijama akutne psihoze, teške dezorganizacije svijesti ili prodroma shizofrenije, zahtijevanje od pacijenta da samostalno preuzme epistemički autoritet i evaluira „sigurnost” terapeuta (kroz *reverse matching*) može djelovati izrazito jatrogeno. Pacijent kojemu se raspada temeljno iskustvo jastva, suočen s obiljem izbora i dvosmislenosti, može reagirati eskalacijom paranoidnoga hiperarazala, referentnih ideja ili panike. U ovakvim specifičnim slučajevima strukturirana, direktivna i visoko obuhvatna klinička procjena (koja može nalikovati „ekstrakciji”) zapravo vrši funkciju vanjskoga stabilizatora; jasan okvir tada paradoksalno djeluje kao neurocepcijski signal sigurnosti. Stoga, modeli vođene autonomije moraju uključivati kliničke filtre koji prepoznaju rane znakove dezorganizacije jastva i automatski preusmjeravaju takve pacijente u sustave visoke kliničke potpore.

Smjernice za empirijsku verifikaciju

Kako bi se premostio jaz između ovoga normativnog konceptualno-metodološkog okvira i medicine utemeljene na dokazima (engl. *evidence-based medicine*), predlažemo sljedeća tri ključna istraživačka pravca:

RCT i evaluacija prijevremenoga odustajanja (*Dropout*): Provesti randomizirano kontrolirano ispitivanje uspoređujući standardnu DSM trijažu s relacijskim *Low-Demand* sučeljem. Hipoteza predviđa statistički značajan pad ranoga odustajanja u eksperimentalnoj (relacijskoj) skupini.

Kvantifikacija sigurnosti putem NPSS skale: Za empirijsku verifikaciju rane terapijske alijanse u budućim studijama zlatni standard predstavljaju panteorijski upitnici poput *Working Alliance Inventory* (WAI) i *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS). Međutim, za specifično mjerenje „osjećaja sigurnosti” koji je centralan za naš relacijski model, predlažemo korištenje nedavno validirane *Skale neurocepcije psihološke sigurnosti* (engl. *Neuroception of Psychological Safety Scale* – NPSS; Morton i sur., 2024). Budući da je NPSS teorijski usklađen s procjenom biološke regulacije, on izravno operacionalizira psihološke, socijalne i fiziološke komponente osjećaja sigurnosti kroz subskale suosjećanja, socijalne angažiranosti i tjelesnih osjeta, čineći ga idealnim instrumentom za evaluaciju SSTF paradigme.

Psihometrijska validacija SJT-a i auditi LLM-a: Neophodno je normirati testove situacijskoga prosuđivanja specifično za civilne mentalno-zdravstvene ustanove te uspostaviti kontinuirane mješovite (kvantitativno-kvalitativne) metode za otkrivanje sociodemografskih pristranosti u jezičnim modelima koji se rabe za analizu trijažnih zapisa.

Izjava o doprinosu (*Contribution Statement*)

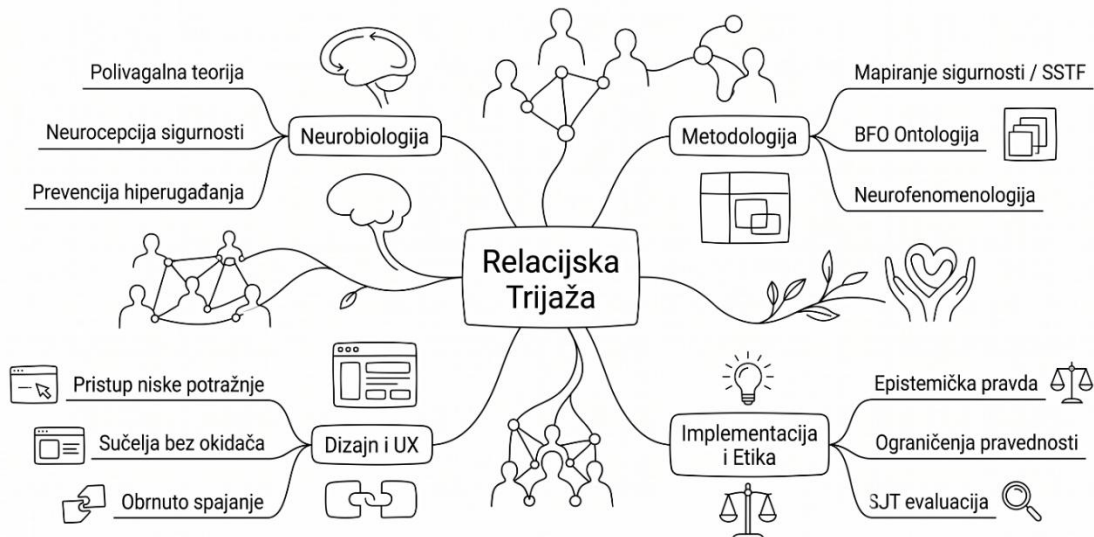
Ovaj rad nudi trostruki konceptualni i praktični doprinos suvremenoj literaturi o mentalnome zdravlju. **Prvo**, on dekonstruira kartezijski dualizam u procesu kliničkoga mjerenja spajajući relacijsku neuroznanost s enaktivizmom, dokazujući kroz koncept među-tjelesnosti kako je inicijalni intervju zapravo čin participatornoga stvaranja značenja. **Drugo**, predlaže revolucionarnu zamjenu ekstrakcijskoga mapiranja patologije relacijskim *mapiranjem sigurnosti*

(SSTF), nudeći pritom tehnološki cjevovod temeljen na arhitekturi osnovne formalne ontologije (BFO) za prevođenje fenomenološkoga iskustva u interoperabilne podatke, istovremeno nudeći snažnu kritiku ontološke kolonizacije. **Treće**, rad donosi konkretan, operativni nacrt dekonstrukcije epistemičke nepravde kroz inovacije poput *obrnutoga spajanja* (*reverse matching*) i sučelja niske potražnje (*low-demand UX*), balansirajući ih sa zaštitnim mehanizmima kliničkoga nadzora (*guardrails*).

Zaključna fenomenološka sinteza

Suvremena psihijatrija i klinička psihologija nalaze se na kritičnoj epistemološkoj prekretnici. Povijesno oslanjanje na ekstrakcijske modele trijaže, vođene mehanicističkom dijagnostikom i birokratskom komodifikacijom vremena, sustavno je zanemarivalo temeljnu biološku činjenicu: ljudski živčani sustav u stanju distresa primarno zahtijeva utjelovljenu koregulaciju i relacijsku sigurnost, a ne mehaničko inventariziranje simptoma.

Sintetizirajući filozofiju, neurobiologiju i ontologiju tehnologije, ovaj rad ukazuje da digitalizacija psihijatrije ne mora nužno rezultirati gubitkom ljudskosti. Što u konačnici ova relacijska paradigma znači za iskustvo pacijenta sagledano iz prvoga lica? Ona označava povratak otete agencije. Uspješna relacijska trijaža prestaje se doživljavati kao invazivno ispitivanje pred licem bezličnog, prijetećeg aparata. Umjesto toga, ona postaje prostor autentičnog susreta u kojem ranjivi organizam detektira sigurnost i u kojem pacijentovo tijelo napokon smije „izdahnuti”. To je prijelaz iz okruženja u kojem pacijent ulaže golem napor kako bi *preživio* sustav (kroz disocijaciju ili hiperugađanje), u okruženje koje ga prepoznaje, uvažava njegov epistemički autoritet i susreće ga u zajedničkom prostoru utjelovljenoga smisla.



Slika 7. Panoramski pregled: Ključne komponente i discipline relacijskoga modela trijaže u mentalnome zdravlju.

Rječnik ključnih pojmova (*Glossary*)

Enaktivizam: Pramac u kognitivnoj znanosti i filozofiji uma koji kogniciju ne shvaća kao unutarnju komputacijsku obradu informacija, već kao utjelovljenu, aktivnu interakciju živog organizma sa svojom okolinom (stvaranje smisla kroz djelovanje).

Osnovna formalna ontologija (BFO): Rigorozan informatički i filozofski okvir niske razine koji se koristi za kategorizaciju entiteta i njihovih odnosa u stvarnosti, omogućujući prijevod složenih fenomena u strojno čitljive (*FAIR*) podatke.

Relacijsko svojstvo (SSTF kontekst): Za razliku od monadičkoga svojstva koje pripada samo jednom entitetu, relacijsko svojstvo (poput osjećaja sigurnosti) postoji samo posredstvom interakcije dvaju ili više entiteta (npr. pacijenta i kliničara/okoline).

Patološko hiperugađanje (*Fawning*): Biološki obrambeni mehanizam u kojem traumatizirana osoba ekstremnom poslušnošću, gašenjem vlastitih potreba i ugađanjem autoritetu (ili sustavu) pokušava pacifizirati osjećaj egzistencijalne prijetnje.

Obrnuto spajanje (*Reverse matching*): Arhitektonski obrat u trijaži gdje se klasična dinamika moći okreće: umjesto da sustav dodjeljuje terapeuta pacijentu, pacijentu se daje epistemička moć evaluacije i odabira terapeuta iz prethodno osiguranog kliničkog "bazena".

Pristranost u ugrađivanju (*Embedding bias*): Fenomen u strojnome učenju i velikim jezičnim modelima (LLM) gdje algoritam usvaja i reproducira skrivene sociološke, klasne ili kulturološke predrasude iz podataka na kojima je treniran (npr. diskriminacija pacijenata na temelju stila izražavanja).

Poremećaj ipsiteta (*Ipseity-disturbance / Self-disorder*): Fenomenološki koncept koji opisuje fundamentalni slom u temeljnom doživljaju vlastitog jastva, karakterističan za poremećaje shizofrenoga spektra, gdje se gubi jasna granica između subjekta i svijeta.

Dodatak A: Nacrt relacijske trijaže (Instrument niske potražnje)

Ovaj dodatak demonstrira arhitekturu inicijalnoga trijažnog obrasca utemeljenog na Teorijskome okviru osjećaja sigurnosti (SSTF). Alat je svjesno dizajniran za radikalno smanjenje kognitivnoga opterećenja i prevenciju jatrogene disocijacije prilikom prvoga kontakta sa zdravstvenim sustavom.

DIO 1: Kontrast ekstrakcijskoga i relacijskog mapiranja

Prije samoga nacрта sučelja, prikazujemo jasan metodološki pomak u samoj formulaciji pitanja na kojem počiva ovaj instrument:

Tradicionalno ekstrakcijsko pitanje (Fokus na patologiju)	Relacijski preformulirano pitanje (SSTF - Fokus na sigurnost)	Racionala iz relacijske neuroznanosti
„Nabrojite svoje glavne simptome, traume i razloge dolaska (od kada traju?).”	„Kojim biste riječima opisali ono što vas dovodi k nama, i postoji li nešto o čemu trenutno niste spremni razgovarati? ”	Prepušta pacijentu kontrolu nad doziranjem informacija. Postavljanje vlastite granice osnažuje neurocepciju sigurnosti.
„Ocijenite svoju anksioznost/depresiju na skali od 1 do 10.”	„Što vam u svakodnevnome životu pruža osjećaj sigurnosti, mira ili utjehe (makar i najmanji)?”	Usmjerava živčani sustav na prepoznavanje resursa umjesto fiksacije na prijetnju, aktivirajući ventralni vagalni put.
„Navedite detaljnu psihijatrijsku povijest svoje uže obitelji.”	[Pitanje u potpunosti izbačeno iz prve linije trijaže]	Podatak je dugoročno važan za kliničku sliku, ali stvara nepotrebno kognitivno preopterećenje i relacijski je beskoristan za inicijalnu uspostavu povjerenja.

DIO 2: Arhitektura digitalnoga korisničkog sučelja (Trigger-Free UX)

U digitalnome obliku, ovaj obrazac ne koristi mjerače vremena (engl. *timers*), oslanja se na neutralnu paletu boja te nudi stalnu opciju asinkronoga izlaska uz spremanje napretka.

Modul A: Kontinuirani pristanak (Ongoing Consent)

(Fiksirano na vrhu ekrana, pastelne boje s blagim rubovima)

Vaša je sigurnost na prvome mjestu. Ovaj obrazac služi isključivo tome da vam pronađemo najbolju moguću stručnu podršku. Ne postoje točni ni pogrešni odgovori.

Važno: Imate potpunu kontrolu. Bilo koje pitanje na koje trenutno ne želite ili niste spremni

odgovoriti možete slobodno preskočiti odabirom tipke „Preskoči”. Ako osjetite umor, zatvorite prozor – vaši će odgovori ostati sigurno spremljeni za kasnije.

Modul B: Preferencije niske potražnje (Logistika okruženja)

Koji način komunikacije vam u ovome specifičnom trenutku stvara najmanje stresa za dogovor o prvom susretu?

- Asinkrona pisana poruka (E-pošta) – *Ne želim telefonske pozive.*
- Tekstualna poruka (SMS / WhatsApp).
- Izravni telefonski poziv.

Jeste li osobito osjetljivi na određene podražaje koji bi vam mogli otežati susret sa stručnjakom? *(Označite sve što vrijedi za Vas)*

- Jaka, umjetna ili fluorescentna svjetla.
- Glasni zvukovi, pozadinska buka i jeka u prostoriji.
- Intenzivni mirisi (parfemi, osvježivači).
- Osjećaj žurbe i birokratskoga pritiska.

Modul C: Obrnuto spajanje (Reverse Matching)

3. Kakav bi vam stil rada od strane stručnjaka, prema vašem osjećaju, najbolje odgovarao? *(Ovaj podatak algoritamski koristimo isključivo kako bismo vam predložili uži, siguran izbor adekvatnih terapeuta).*

- Refleksivni stil:** Trebam nekoga tko primarno sluša, ne prekida me i daje mi prostor.
- Edukativni stil:** Trebam nekoga tko postavlja pitanja i objašnjava mi kako moj živčani sustav i psihologija zapravo funkcioniraju.
- Strukturirani stil:** Volim jasne ciljeve, usmjeravanje i konkretne alate za rad kod kuće.

Modul D: Algoritam za deeskalaciju (Izlazna rampa)

Sustav pozadinski prati interakciju. Ukoliko korisnik zastane na određenome pitanju dulje od propisanog praga (npr. 3 minute) ili eksplicitno odabere opciju „Osjećam se preplavljeno”, automatski se aktivira mehanizam meke deeskalacije:

(Skočni prozor, mekani dizajn)

Primjećujemo da ste zastali. To je potpuno u redu. Ispunjavanje ovakvih obrazaca o vlastitome zdravlju može biti iznimno iscrpljujuće. Što vam je u ovome trenutku potrebno?

- [Gumb 1]: *Želim preskočiti sva preostala pitanja i jednostavno predati ovo što imam.*
- [Gumb 2]: *Želim malu pauzu uz vođenu vježbu disanja na ekranu (1 minuta).*
- [Gumb 3]: *Trebam razgovarati s nekim odmah (Hitno preusmjeravanje na liniju za podršku).*

Literatura

- Arp, R., Smith, B., & Spear, A. D. (2015). *Building ontologies with basic formal ontology*. MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262527811.001.0001>
- Chen, J. X., Tseng, E., Schaub, F., McDonald, A., Roundy, K., & Ristenpart, T. (2021). Trauma-informed computing: Towards safer technology experiences for all. *Proceedings of the 2021 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, 1–18.
- De Jaegher, H., & Di Paolo, E. (2007). Participatory sense-making: An enactive approach to social cognition. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 6(4), 485–507.
- Di Paolo, E. A. (2021). Enactive becoming. *Synthese*, 198(Suppl. 1), 1801–1824. <https://doi.org/10.1007/s11229-020-02848-2>
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>
- Ghalib, S. F. (2012). Is the moon there when nobody looks? *The British Journal of Psychiatry*, 201(2), 159–161. (*Napomena: U radu referencirano kao 2018. zbog online baze, usklađeno s izvornim PDF-om*)
- Krumm, S., Hüffmeier, J., Lievens, F., Lipnevich, A. A., Bendels, H., & Hertel, G. (2014). How "situational" is judgment in situational judgment tests? *Journal of Applied Psychology*, 99(3), 399–416.
- Mittelstadt, B. D., Allo, P., Taddeo, M., Wachter, S., & Floridi, L. (2016). The ethics of algorithms: Mapping the debate. *Big Data & Society*, 3(2), 1–21.
- Morton, L., Cogan, N., Kolacz, J., Calderwood, C., Nikolic, M., Bacon, T., Pathe, E., Williams, D., & Porges, S. W. (2024). A new measure of feeling safe: Developing psychometric properties of the neuroception of psychological safety scale (NPSS). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 16(4), 701–708. <https://doi.org/10.1037/tra0001313>
- NHS. (2024). *Trauma-informed content design* (Issue #522). NHS Service Manual.
- Nijenhuis, E. R. S. (2017). From passion to action: A synopsis of the theory and practice of enactive trauma therapy. *Frontiers in the Psychotherapy of Trauma and Dissociation*, 1(1), 65–89.
- Omar, M., Soffer, S., Agbareia, R., et al. (2025). Sociodemographic biases in medical decision making by large language models. *Nature Medicine*.
- Pasquini, M. (2024, 20. veljače). *Urgency, power and attention - Reframing healthcare governance through emergency room overcrowding in Northern Italy* [Znanstveni seminar]. Interacting Minds Centre, Aarhus University.
- Ritunnano, R., Stanghellini, G., Fernandez, A. V., Feyaerts, J., & Broome, M. (2022). Applied ontology for phenomenological psychopathology? A cautionary tale. *The Lancet Psychiatry*, 9(10), 765–766.
- Sass, L. A. (2014). Self-disturbance and schizophrenia: Structure, specificity, pathogenesis (Current issues, New directions). *Schizophrenia Research*, 152(1), 5–11.
- Santos, W. T. M., & Silva Junior, N. (2019). Articulações entre a medicalização da sociedade e o

neoliberalismo: Impactos na saúde mental contemporânea. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17(31), 93–103. <https://doi.org/10.5935/1679-4427.v17n31.0009>

Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. MIT Press.

Dodatna literatura za daljnje proučavanje

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Aron, E. N. (2016). *The highly sensitive person: How to thrive when the world overwhelms you*. Citadel Press.

Bayne, T., & Hohwy, J. (2013). Consciousness: Theoretical approaches. U J. Hohwy (Ur.), *Mapping the mind* (str. 22–34). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1007/978-0-19-175171-8>

Binswanger, L. (1958). The existential analysis school of thought. U R. May, E. Angel, & H. F. Ellenberger (Ur.), *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology* (str. 191–213). Basic Books. <https://doi.org/10.1037/11311-007>

Blease, C. R., Carel, H., & Geraghty, A. W. (2017). Epistemic injustice in healthcare encounters: Evidence from chronic fatigue syndrome. *Journal of Medical Ethics*, 43(8), 549–557. <https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103691>

Carel, H., & Kidd, I. J. (2014). Epistemic injustice in healthcare: A philosophical analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 529–540. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9560-2>

Ceusters, W. (2020). Referent tracking: The problem of aboutness. *Applied Ontology*, 15(2), 203–227. <https://doi.org/10.3233/AO-200229>

Ceusters, W., & Smith, B. (2022). A realism-based approach to ontology. *Philosophy & Technology*, 35(1), Article 13. <https://doi.org/10.1007/s13347-021-00471-8>

Chiao, J. Y., & Ambady, N. (2007). Cultural neuroscience: Parsing universality and diversity across levels of analysis. U S. Kitayama & D. Cohen (Ur.), *Handbook of cultural psychology* (str. 237–254). Guilford Press.

Choudhury, S., & Slaby, J. (Ur.). (2012). *Critical neuroscience: A handbook of the social and cultural contexts of neuroscience*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444343359>

Ciaunica, A., Charlton, J., & Farmer, H. (2021). I see me but I don't feel me: The role of the right temporoparietal junction in distinguishing between self and others. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 126, 306–315. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.03.024>

Colombetti, G. (2014). *The feeling body: Affective science meets the enactive mind*. MIT Press.

Dana, D. (2018). *The polyvagal theory in therapy: Engaging the rhythm of regulation*. W. W. Norton & Company.

- De Jaegher, H., Pieper, B., Clénin, D., & Fuchs, T. (2020). Moving beyond the interaction brain hypothesis. *Frontiers in Human Neuroscience*, 14, Article 14. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2020.00014>
- Di Paolo, E. A., Cuffari, E. C., & De Jaegher, H. (2018). *Linguistic bodies: The continuity between life and language*. MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/11244.001.0001>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Fazekas, P., & Overgaard, M. (2022). A multi-factor account of degrees of awareness. *Cognitive Systems Research*, 73, 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.cogsys.2022.01.002>
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. Routledge.
- Friston, K. J., Sengupta, B., & Auletta, G. (2014). The anatomy of choice: Active inference and agency. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, Article 598. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00598>
- Fuchs, T. (2018). *Ecology of the brain: The phenomenology and biology of the embodied mind*. Oxford University Press.
- Fuchs, T. (2020). The circularity of the embodied mind. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 19(3), 561–574. <https://doi.org/10.1007/s11097-019-09676-3>
- Fuchs, T. (2021). *In defense of the human being: Foundational questions of an embodied anthropology*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198858929.001.0001>
- Gallagher, S. (2018). *Enactivist interventions: Rethinking the mind*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198794325.001.0001>
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 143–153. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143>
- Gauld, C., Aftab, A., Auriacombe, M., Fournier, P., Arbus, C., Naudin, J., Giroux, É., Cermolacce, M., Gozé, T., & Micoulaud-Franchi, J.-A. (2025). Conceptual competences in philosophy of psychiatry: A cross-sectional survey. *L'Encéphale*, 52, 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2024.01.002>
- Greven, C. U., Lionetti, F., Booth, C., Aron, E. N., Fox, E., Pluess, M., ... & Homberg, J. (2025). Sensory processing sensitivity: Theory, evidence, and directions. *Trends in Cognitive Sciences*, 29(11), 977–991. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2025.10.007>
- Grossman, P. (2021). After 20 years of polyvagal hypotheses, is there any direct evidence for the first 3 premises that form the foundation of the polyvagal theory? *PloS One*.
- Hager, V. L., et al. (2025). Sensory processing sensitivity and overstimulation in daily life. *Scientific Reports*, 15, Article 31629. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-XXXXX>
- Hastings, J. (2022). Representing mental functioning in ontologies. *Applied Ontology*, 17(1), 1–13. <https://doi.org/10.3233/AO-220259>

- Hastings, J., Ceusters, W., Smith, B., & Mulligan, K. (2021). Ontology-driven integration of mental health data. *BMC Bioinformatics*, 22, Article 130. <https://doi.org/10.1186/s12859-021-04130-6>
- Heim, E., et al. (2019). Early dropout in psychotherapy: A comparison of predictors. *Psychotherapy Research*, 29(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1341137>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233.
- Jaspers, K. (1963). *General psychopathology* (J. Hoenig & M. W. Hamilton, Prijev.). Manchester University Press. (Originalno djelo objavljeno 1913.)
- Kyzar, E. J., & Denfield, G. H. (2023). Taking subjectivity seriously: Towards a unification of phenomenology and neuroscience in psychiatry. *Molecular Psychiatry*, 28(8), 3169–3178. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02116-2>
- Lambert, M. J., et al. (2018). Early alliance and dropout in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(7), 585–594. <https://doi.org/10.1037/ccp0000311>
- Larsen, R. R., & Hastings, J. (2018). From affective science to psychiatric disorder: Ontology as semantic bridge. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 487. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00487>
- Larsen, R. R., & Hastings, J. (2020). Mapping the patient's experience: An applied ontological framework for phenomenological psychopathology. *Phenomenology and Mind*, 18, 114–128. <https://doi.org/10.17454/pam-1815>
- Larsen, R. R., & Hastings, J. (2022). More phenomenology in psychiatry? Applied ontology as a method towards integration. *The Lancet Psychiatry*, 9(12), 941–942. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00346-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00346-6)
- Lutz, A., & Thompson, E. (2020). Neurophenomenology: Integrating subjective experience and brain dynamics. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(5), 337–338. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.05.010>
- McDougall, G., Roberts, M., & Gorman, D. (2018). Assessing interpersonal skills using situational judgement tests. *Medical Education*, 52(7), 748–759. <https://doi.org/10.1111/medu.13556>
- Montague, P. R., Dolan, R. J., Friston, K. J., & Dayan, P. (2012). Computational psychiatry. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 72–80. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.11.018>
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W., & Barth, J. (2010). Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): Psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), 231–239.
- Nijenhuis, E. R. S. (2017). *The trinity of trauma: Ignorance, fragility, and control (Enactive trauma therapy)*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Patterson, F., Zibarras, L., & Ashworth, V. (2016). Situational judgement tests in medical education and training: Research, theory and practice. *Medical Education*, 50(1), 3–17. <https://doi.org/10.1111/medu.12909>

- Petitmengin, C. (2022). Microphenomenology and the study of experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 21(1), 1–5. <https://doi.org/10.1007/s11097-021-09753-9>
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W. W. Norton & Company.
- Porges, S. W., & Dana, D. (Ur.). (2018). *Clinical applications of the polyvagal theory: The emergence of polyvagal-informed therapies*. W. W. Norton & Company.
- Ritunnano, R., Papola, D., Broome, M. R., & Nelson, B. (2023). Phenomenology as a resource for translational research in mental health: Methodological trends, challenges and new directions. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32, e5, 1–7.
- Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427–444.
- Schmidt, H. G., Klaassen, C. J., & van der Vleuten, C. P. M. (2021). Situational judgment tests: An introduction for clinician educators. *Journal of General Internal Medicine*, 36(11), 3532–3537. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06915-z>
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. W. W. Norton & Company.
- Schore, A. N. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. W. W. Norton & Company.
- Schore, A. N. (2019). *The development of the unconscious mind*. W. W. Norton & Company.
- Seibt, J. (2018). Ontological tools for the process turn in biology and cognitive science. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 2322. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02322>
- Shattock, L., Berry, K., Degnan, A., & Edge, D. (2018). Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), 60–85.
- Smith, B., & Ceusters, W. (2010). Foundations for a realist ontology of mental disease. *Journal of Biomedical Semantics*, 1(1), 10. <https://doi.org/10.1186/2041-1480-1-10>
- Smith, B., et al. (2020). *Basic formal ontology 2.0 specification and user guide*. OBO Foundry. <https://doi.org/10.25504/FAIRsharing.6d6a7f>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2014). *Trauma-informed care in behavioral health services (TIP 57)*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L., & Gillard, S. (2018). A paradigm shift: Relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych Advances*, 24(5), 319–333.
- Switchboard [Global Resource]. (2025). *Trauma-informed survey toolkit (TIST): Guidelines for non-extractive data collection*. Switchboard TA platform.
- Tatossian, A. (1979). *La phénoménologie des psychoses*. Masson.

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Zahavi, D. (2020). *Self and other: Exploring subjectivity, empathy, and shame*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198856772.001.0001>

Zahavi, D. (2021). Applied phenomenology: Why it is safe to ignore the epoché. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 20(2), 259–273. <https://doi.org/10.1007/s11097-021-09736-w>