

Sveučilište u Zagrebu

Hrvatski studiji

Odsjek za psihologiju

Dora Popović i Jelena Žipovski

**KVALITETA ŽIVOTA KOD PACIJENTICA KOJE BOLUJU OD RAKA DOJKE:  
ULOGA DEPRESIVNOSTI, ANKSIOZNOSTI, ALEKSITIMIJE I OBRAMBENIH  
MEHANIZAMA**

Zagreb, 2018. godina

Ovaj rad izrađen je u sklopu odsjeka za psihologiju Hrvatskih studija, Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom doc. dr. sc. Lovorke Brajković i predan je na natječaj za dodjelu Rektorove nagrade u akademskoj godini 2017./2018.

## Sadržaj

1. UVOD.....	1
1.1. Depresivnost i anksioznost.....	2
1.2. Aleksitimija.....	4
1.3. Obrambeni mehanizmi.....	5
2. CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA.....	7
3. METODA.....	8
3.1. Sudionice.....	8
3.2. Mjerni instrumenti.....	9
3.3. Postupak.....	11
4. REZULTATI.....	12
5. RASPRAVA.....	20
5.1. Ograničenja i daljnje implikacije istraživanja.....	24
6. ZAKLJUČAK.....	25
7. ZAHVALA.....	26
8. LITERATURA.....	27
9. SAŽETAK.....	31
10. SUMMARY.....	32

## 1. UVOD

Rak dojke predstavlja jednu od najčešćih dijagnoza karcinoma u svijetu te je prema statističkim podacima Svjetskog fonda za istraživanje karcinoma WCRFI (World Cancer Research Fund International, 2014) drugi najzastupljeniji oblik karcinoma u svijetu. U Republici Hrvatskoj rezultati su još nepovoljniji te je rak dojke najčešći oblik karcinoma uz ukupnu prevalenciju od 26% među svim pacijentima koji boluju od karcinoma. Opća incidencija raka dojke u Hrvatskoj je 119,2 bolesnika na 100 000 ljudi cjelokupne populacije, što je u usporedbi sa statističkim podacima Europske unije od 84,6 bolesnika na 100 000 stanovnika veća incidencija dijagnoze od europskog prosjeka (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2016). Osim brojnih poteškoća koje dolaze kao posljedica tijeka liječenja, poput nuspojava kemoterapije i drugih tretmana, sam proces dijagnostike i liječenja ima nebrojene utjecaje na svakodnevicu pacijenata i njihovu kvalitetu života (Perry, Kowalski, Chang, 2007).

Kvaliteta života multidimenzionalan je pojam koji implicira subjektivnu procjenu pojedinca o trenutnom stanju vlastitog života te obuhvaća brojne dimenzije poput objektivne procjene životnog standarda, općeg zdravlja, produktivnosti, prilike za bliskim kontaktima, pripadanja zajednici, kao i subjektivne percepcije vlastite dobrobiti i zadovoljstva životom (Cummins, 1998). Kvaliteta života pacijentica s rakom dojke je uvelike narušena, u čemu se slažu rezultati istraživanja brojnih autora, od kojih se navodi istraživanje autora Fortner, Stepanski, Wang, Kasprowitz i Durrence (2002) koje implicira kako pacijentice s rakom dojke pokazuju niže rezultate na skali subjektivne procjene vitalnosti, emocionalnih aspekata kvalitete života, fizičkog funkcioniranja i subjektivne procjene mentalnog zdravlja. Autori navode i probleme u spavanju te niži stupanj subjektivno procijenjenog općeg funkcioniranja te naglašavaju važnost emocionalne i socijalne podrške pacijenticama od strane sustava liječenja u procesu tretmana (Fortner i sur., 2002).

U prilog takvim rezultatima ide i novije istraživanje Mosher, Johnson, Dickler, Norton, Massie i DuHamel (2013) koje na uzorku pacijentica s metastatičkim rakom dojke otkriva narušenost kvalitete života u sferama fizičkog i emocionalnog spektra, kao i socijalnog funkcioniranja, poremećene slike o vlastitom tijelu te općenito teške prilagodbe na novootkriveno zdravstveno stanje i njegov tijek. Autorice također otkrivaju pojavu depresivno anksioznih simptoma kao početni tijek prema razvitku poremećaja afektivnog spektra (Mosher i sur., 2013). Nadalje, istraživanja provedena tijekom tretmana liječenja raka dojke pokazuju kako je kvaliteta života pacijentica bitno narušena, no završetkom tretmana ta se stopa ne

smanjuje, što pokazuje istraživanje Reyes-Gibby, Anderson, Morrow, Shete i Hassan (2012) provedeno na pacijenticama po završetku terapije. Naime, rezultati pokazuju kako se aspekti kvalitete života poput subjektivno procijenjenog zdravlja, općeg funkcioniranja i financijske stabilnosti nisu pokazali statistički značajno različiti usporedno s rezultatima usred procesa liječenja (Reyes-Gibby i sur., 2012). Štoviše, rezultati pokazuju kako su simptomi depresivnosti ostali nepromjenjivi kod 16% pacijentica, što ukazuje na potrebu pacijentica za daljnjim praćenjem i podrškom i nakon završenog tretmana liječenja (Reyes-Gibby i sur., 2012).

Po našim saznanjima, ovo je prvo istraživanje kvalitete života kod žena koje boluju od raka dojke u Republici Hrvatskoj. S obzirom na manjak spoznaja o životnom standardu i zadovoljstvu ovog dijela populacije, te na realna očekivanja o postojanju razlika između žena koje boluju od raka dojke i opće populacije, nadamo se kako će ovo istraživanje pomoći u boljem razumijevanju pacijentica koja prolaze kroz proces liječenja te otkriti na koje bi posljedice same dijagnoze djelatnici zdravstvenog sektora trebali ponajviše obratiti pozornost. Također, predikcijom faktora koji predviđaju visinu kvalitete života kod pacijentica može se utvrditi tijek liječenja te poduzeti određene mjere u smjeru boljeg funkcioniranja žena s rakom dojke u različitim životnim domenama, o čemu će više riječi biti u nastavku.

### ***1.1. Depresivnost i anksioznost***

Depresivnost kao pojam obuhvaća niz različitih međusobno povezanih simptoma od kojih DSM-V kao neke kriterije navodi gubitak zanimanja za svakodnevne aktivnosti, insomniju ili hipersomniju, nagli gubitak težine ili njeno povećanje, teškoće u koncentraciji uz suicidalne misli ili težnje te osjećaje krivnje i beznađa (American Psychiatric Association, 2013). U općoj populaciji sama prevalencija zauzima treće mjesto na listi najučestalijih bolesti u svijetu te se njen rast zamjećuje na svakodnevnoj razini (World Health Organization, 2017). Usporedno s time, kod pacijentica oboljelih od raka dojke situacijske okolnosti same dijagnoze svakako predstavljaju okidač pri razvitku depresivnog ponašanja, kao i šok od početka liječenja, posebice uslijed liječenja kemoterapijom kako navodi istraživanje Cvetković i Nenadović (2016). Naime, autori ispitivanjem uzorka pacijentica u različitim fazama liječenja tretmanom citotoksičnim metodama ustvrđuju kako su simptomi depresije najčešći pri samom početku terapije zbog akutnosti same dijagnoze te nakon prve faze liječenja dok daljnjim razvitkom procesa tretmana depresivnost opada (Cvetković i Nenadović, 2016). Depresivni

simptomi bitno mogu narušiti kvalitetu života pacijentica s rakom dojke što je u skladu s istraživanjem Winnie i sur. (2009) koje pokazuje visoku prevalenciju depresivnih simptoma kod sudionica te njihovu visoku povezanost s nižom kvalitetom života. Sukladno takvim nalazima, sličnost u rezultatima pokazuje i istraživanje Lueboonthavatchai (2007) koje na tajlandskom uzorku pacijentica otkriva visoku prevalenciju depresivnog poremećaja te dodatno istražuje prediktore važne za razvoj simptomatike. Nalazi pokazuju kako su podržavajući okolinski čimbenici za razvoj depresije upravo loša podrška članova obitelji, prisutnost teške fizičke boli i loši načini suočavanja te se njihovim prisustvom osim depresije mogu pojaviti i simptomi anksioznog spektra poremećaja (Lueboonthavatchai, 2007).

Anksiozni poremećaj u svojoj izvornoj klasifikaciji često se nalazi u komorbiditetu s depresivnim poremećajem (Begić, 2014). Kriterije zadovoljenja predstavljaju ponešto drugačiji simptomi koji se u svojoj osnovi kreću oko patološke iracionalne predodžbe pacijenta o specifičnom i za osobe subjektivnom strahu koji u svojoj suštini nema realnu te neposrednu osnovu opasnosti, a čijim se daljnjim razvitkom onemogućava normalno funkcioniranje pojedinca (Begić, 2014). DSM V navodi kako dodatne poteškoće pojedincu predstavlja i iznimna iritabilnost na podražaje iz bliske okoline, mišićna tenzija, poremećena arhitektonika spavanja te teškoće u koncentraciji uz lako umaranje te okupiranost misli glavnom subjektiviziranom idejom izvora anksioznosti (American Psychiatric Association, 2013). Istraživanja provedena na uzorku pacijentica oboljelih od raka dojke pokazuju kako su anksiozni simptomi kod pacijentica s rakom dojke prisutni kod blizu 50% žena, što potvrđuje i rad Burgess i sur. (2005). Longitudinalnim praćenjem engleskog uzorka pacijentica te njihovim intervjuiranjem autori dolaze do zaključaka kako se nakon priopćavanja dijagnoze javljaju simptomi anksioznosti, no kao i kod depresivnog poremećaja, njihovu perzistentnost diktiraju okolinski čimbenici poput podrške okoline, intimnosti s najbližim osobama te dostupnost psihološkog savjetovanja (Burgess i sur., 2005). Ranije su istraživanja pokazala kako se smanjenjem anksiozno-depresivnih simptoma prilikom pružanja psihološke pomoći povećava općenita kvaliteta života pacijentica koje boluju od raka dojke (Montazeri i sur., 2001). Anksioznost i depresija se često navode kao prediktori različitih dimenzija kvalitete života kod pacijenata koji boluju od nekog tipa raka, no nalazi nisu jednoznačni. Tako su Smith, Gomm i Dickens (2003) otkrili visoku prediktivnu snagu anksioznosti i depresije na emocionalno i socijalno funkcioniranje te vitalnost, ali ne i na fizičko funkcioniranje, dok je druga skupina autora našla kako i anksioznost i depresija mogu uspješno predvidjeti razinu sva tri tipa funkcioniranja (Arrieta i sur., 2013). Većina istraživanja ipak pokazuje kako prilikom

objašnjenja različitih dimenzija kvalitete života razina depresivnosti pacijenata igra veću ulogu od njihove anksioznosti (Skarstein, Aass, Fossa, Skovlund i Dahl, 2000; Frick, Tyroller i Panzer, 2007).

## ***1.2. Aleksitimija***

Aleksitimija (grč. alexythimia) predstavlja vrstu kvalitativnog poremećaja afektivnog funkcioniranja koja se očituje u nemogućnosti pojedinca da prepozna, opiše te izrazi vlastite emocije (Begić, 2014). Sam koncept poremećaja je multidimenzionalan te se poteškoće pojavljuju ponajviše na kognitivnoj i afektivnoj razini (De Vries, Forni, Voellinger i Stiefel, 2010). Unutar afektivnog spektra otežanog funkcioniranja nalaze se poteškoće u razlikovanju emocija od fizičkih podražaja te emocionalne pobuđenosti, kao i nemogućnosti identifikacije vlastitih osjećaja u danom trenutku (Messina, Fogliani i Paradiso, 2011). Nasuprot tome, na kognitivnoj razini prepoznavanja poremećaja, karakterističan je simptom poteškoća u verbalnom izražavanju doživljenih emocija, nedostatak mašte i fantazije te iznimno rigidan i ekternalno orijentiran kognitivni stil (Luminet, Rokbani i Ogez, Jadouille, 2007). Pristupi aleksitimiji još su uvijek dvojaki te se tako suvremena klinička previranja dvoje oko aleksitimije kao stabilne osobine ličnosti te aleksitimije kao strategije suočavanja u stresnim situacijama pojedinca (Taylor i Bagby, 2013). Unutar pristupa aleksitimiji kao stabilnoj osobini ličnosti, poremećaj se sagledava i iz perspektive neuralne etimologije te deficita u funkcioniranju nekih dijelova mozga pri čemu se najviše ističe Hoppe i Bogenova teorija aleksitimije kao posljedice teškoća integracije i komunikacije dviju moždanih hemisfera otkrivena u sklopu proučavanja pojedinaca kojima je odstranjen dio corpora callosa i anteriorne komisure (Hoppe i Bogen, 1977). Neurološko znanstveno potkrepljenje aleksitimije prisutno je u radu autora Lumley, Neely i Burger (2007). Autori navode kako je osim nemogućnosti izražavanja vlastitih emocionalnih doživljaja kod aleksitimičnih pojedinaca prisutna izrazita osjetljivost na simptome promjene zdravstvenog stanja (Lumley, Neely i Burger, 2007). Tako su pojedinci s povišenom razinom aleksitimičnih simptoma zamijetili i najmanje promjene u tjelesnoj temperaturi i općenito promjenama u vlastitom organizmu (Lumley, Neely i Burger, 2007). Autori objašnjavaju ovakve rezultate iznimnom adaptacijom na tjelesne promjene uslijed nemogućnosti fokusiranja na emocionalno izražavanje (Lumley, Neely i Burger, 2007). Nadalje, klasifikaciju aleksitimije prvi uvodi Freyberger (1977) te navodi i tzv. sekundarnu vrstu aleksitimije kategoriziranu kao strategiju suočavanja više nego

što bi bila kao dio ličnosti pojedinca. Naime, autor polazi od pretpostavke kako se pri susretanju osoba sa stresnim situacijama, posebice s teškim osobnim medicinskim stanjima, pojedinci moraju nekako zaštititi svoju emocionalnu stabilnost te koriste aleksitimiju kao obrambeni mehanizam kojim se pokušavaju nositi s ozbiljnošću vlastitog medicinskog stanja (Freyberger, 1977).

Slijedeći teorijske pretpostavke Freybergera (1977), aleksitimija kod pacijenata s težim medicinskim stanjima obuhvaćala bi i veću prevalenciju tog poremećaja kod pacijenata koji boluju od karcinoma što je dokazalo i istraživanje Porcelli, Tulipani, Maiello, Clienti i Todarello (2007). Naime, autori longitudinalnim praćenjem pacijenata s karcinomom otkrivaju visoku učestalost aleksitimije kod pacijenata s karcinomom te posebice ističu pacijentice s rakom dojke te zamjećuju višu ambivalentnost u emocionalnoj identifikaciji i ekspresiji samih emocionalnih izraza naspram drugih pacijenata (Porcelli i sur., 2007). Nadalje, istraživanje Luminet i sur. (2007) također pokazuje slične rezultate. Autori na belgijskom uzorku žena oboljelih od raka dojke uočavaju stabilnost u prisutnosti aleksitimije kod pacijentica te statistički značajan porast prevalencije tog poremećaja kroz vrijeme uz statistički značajnu predikciju rezultata na skali depresivnosti i anksioznosti kao jedan od novijih nalaza na tom području istraživanja (Luminet i sur., 2007). Usporedno s time, rezultati sličnih istraživanja pokazuju vezu između aleksitimije te depresije i anksioznosti, vjerujući kako osobe s visokim rezultatima na skali aleksitimije češće oboljevaju od različitih psihičkih poremećaja, prvenstveno depresije i anksioznosti (Leweke, Leichsenring, Kruse i Hermes, 2012). Sukladno navedenom, ne čudi kako se aleksitimiju često povezuje sa slabijom kvalitetom života (Mattila i sur., 2009). Štoviše, ovakva tematika slabo je zastupljena te tako suvremena znanost nudi vrlo malo istraživanja koja promatraju kombinirani doprinos aleksitimije, depresivnosti i anksioznosti kvaliteti života, kako na općoj populaciji, tako i posebice na ovakvom specifičnom uzorku što predstavlja izazov pri saznanjima ovakve problematike.

### ***1.3. Obrambeni mehanizmi***

Prema suvremenom psihologijskom tumačenju, konstrukt obrambenih mehanizama predstavlja „prirodene ili naučene reakcije koje smanjuju frustraciju i/ili anksioznost koja je prati.“ (Petz, Furlan, Kljajić, Kolesarić, Krizmanić, Szabo i Šverko, 2005, str. 305). Naime, unutarnja napetost koja se u trenutku suočavanja sa stresnom situacijom pojavljuje, može biti uspješno reducirana uporabom nekih od mehanizama, no korištenje istih najčešće nije



društveno prihvatljivo te može otežati suočavanje pojedinaca s novonastalom situacijom (Petz i sur., 2005). Podrijetlo samog pojma seže u same korijene nastanka psihologije kao znanosti te još Freud spominje načine suočavanja pojedinaca sa stresnom situacijom te pojmove kao što su izolacija, projekcija, negiranje i brojni drugi mehanizmi (Baumeister, Dale i Sommer, 1998). Suvremena razmatranja obrambenih mehanizama kreću se oko tumačenja istih kroz funkcionalnost, odnosno malfunkcionalnost te se tako prema Andrewsovoj validaciji obrambenih mehanizama mogu izlučiti 3 veće dimenzije obrambenih stilova: *zreli mehanizmi obrane*, *neurotski mehanizmi obrane* te *nezreli mehanizmi obrane* (Andrews i Pollock, 1989). Kategoriju zrelih mehanizama obrane karakterizira upotreba mehanizama u društvenom kontekstu prikladnom situacijskim okolnostima te obuhvaća mehanizme sublimacije, anticipacije, humora i supresije dok neurotske te nezrele mehanizme obrane karakteriziraju načini suočavanja poput projekcije, pasivne agresije, negiranja, racionalizacije, idealizacije te brojnih drugih (Andrews i Pollock, 1989).

Načini suočavanja kod pacijentica oboljelih od raka dojke slabo su istraženi te postoji tek nekolicina istraživanja koja se bave takvom tematikom od kojih je jedan od prvih radova autorica Stanton i Snider (1989) koji ispituje načine suočavanja pacijentica s početnom dijagnozom. Autorice navode kako pacijentice s karcinomom dojke karakteristično upotrebljavaju strategiju kognitivnog izbjegavanja kao mehanizam obrane kojeg obilježava distanciranost od okoline i strah od odbijanja te nespремnost na suočavanje s trenutnim problemom (Stanton i Snider, 1989). Osim kognitivnog izbjegavanja uočena je i velika tendencija prema uporabi obrambenog mehanizma traženja socijalne podrške koji je uz mehanizam optimizma pokazao statistički značajnu povezanost s pozitivnim ishodom bolesti za razliku od mehanizma kognitivnog izbjegavanja (Stanton i Snider, 1989). U prilog navedenim rezultatima kreću i nalazi Cooper i Faragher (1993) koji uz obrambeni mehanizam kognitivnog izbjegavanja implicira i tendenciju prema negiranju cjelokupne dijagnoze i same simptomatike uz internalizaciju problema s kojima se susreću te osobnu izolaciju od prijeko potrebne socijalne podrške (Cooper i Faragher, 1993). Uz navedene rezultate, pacijentice su koristile značajno manji broj zrelih obrambenih mehanizama uz nesklonost prema izražavanju emocija koja je pokazana statistički značajno povezana s negativnim ishodom bolesti (Cooper i Faragher, 1993).

Mehanizmi obrane koje osoba najčešće koristi u stresnim situacijama kojima je izložena najčešće djeluju na sasvim nesvjesnoj razini, zbog čega ih je teško promijeniti. Na mehanizme se općenito može gledati kao na posljedice različitih stanja i situacija u kojima se osoba našla,

prije nego na njihove prediktore (Bond, 2004). Vodeći se tom pretpostavkom, neka istraživanja povezuju različite obrambene mehanizme s aleksitimijom, zbog čije se nemogućnosti opisivanja i identificiranja emocija kod pojedinca često pojavljuju nezreli obrambeni mehanizmi. Tako su Evren i sur. (2012) u svom istraživanju dokazali kako visoka razina aleksitimije predviđa češće korištenje nezrelih obrambenih mehanizama, a do sličnih su nalaza došli i drugi autori na različitim uzorcima (Bogutyn, Kokoszka, Palczinsky i Holas, 1999; Helmes, McNeill, Holden i Jackson, 2008; Besharat i Shahidi, 2011). Od pojedinih obrambenih mehanizama iz nezrelog obrambenog stila, s aleksitimijom su najčešće povezane autistične fantazije, somatizacija, projekcija i premještanje (Bogutyn, Kokoszka, Palczinsky i Holas, 1999).

Iako postoje dokazi koji upućuju na češće korištenje nezrelih obrambenih mehanizama kod osoba s aleksitimijom, takva su istraživanja vrlo rijetka na uzorcima žena oboljelih od raka dojke te su najčešće usmjerena na zdravu populaciju, ili pak populaciju psihijatrijskih pacijenata. Istraživanje posvećeno promatranjem kombinacije aleksitimičnih simptoma i korištenja obrambenih mehanizama prema utvrđenim teorijskim pretpostavkama uvelike bi poboljšao pristup pacijenticama s karcinomom i proces učenja zdravijih načina nošenja s novonastalom situacijom s ciljem povećanja kvalitete života samih pacijentica.

## **2. CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA**

Glavni je cilj ovog istraživanja utvrditi razinu kvalitete života kod bolesnica s karcinomom dojke s obzirom na stupanj depresivnosti, anksioznosti, izraženosti aleksitimije i korištenih obrambenih mehanizama.

Također, specifični ciljevi ovog istraživanja su utvrditi povezanost aleksitimije, depresivnosti, anksioznosti i obrambenih mehanizama kod žena oboljelih od raka dojke te utvrditi razlike u učestalosti korištenja različitih obrambenih mehanizama s obzirom na razinu aleksitimije kod žena oboljelih od raka dojke.

Problemi istraživanja:

- 1.) Utvrditi kvalitetu života kod pacijentica koje boluju od raka dojke
- 2.) Ispitati pojedinačni i kombinirani doprinos depresivnosti, anksioznosti i aleksitimije u predviđanju razine različitih dimenzija kvalitete života kod pacijentica koje boluju od raka dojke
- 3.) Utvrditi postoje li razlike u učestalosti korištenja pojedinih obrambenih mehanizama s obzirom na razinu aleksitimije kod pacijentica koje boluju od raka dojke

Sukladno predstavljenim problemima istraživanja, postavljamo sljedeće hipoteze:

1. Kvaliteta života pacijentica s rakom dojke biti će niža od empirijski validirane kvalitete života na općoj populaciji.
2. Sudionice s višom razinom aleksitimije će imati izraženije depresivne i anksiozne simptome.
3. Sudionice s višim razinama depresivnosti i anksioznosti će imati sniženu kvalitetu života na dimenzijama ograničenja zbog fizičkih poteškoća, ograničenja zbog emocionalnih poteškoća, socijalnog funkcioniranja i vitalnosti.
4. Sudionice koje zadovoljavaju dijagnozu aleksitimije u stresnim situacijama češće iskazuju nezreli obrambeni stil

### **3. METODA**

#### **3.1. Sudionice**

U ovom je istraživanju korišten prigodan uzorak osoba ženskog spola s dijagnozom raka dojke, a koje su u vrijeme prikupljanja podataka potražile pomoć u nekoj od klinika ili udruga u gradu Zagrebu. U uzorak su uključene samo osobe (1) s dijagnozom raka dojke te (2) one osobe koje u vrijeme testiranja nisu primale lijekove koji bi na bilo koji način mogli utjecati na psihičko stanje te osobe (primjerice, različiti antidepresivi ili anksiolitici). Određeni broj upitnika čije su relevantne čestice ostale neodgovorene je uklonjen iz daljnje analize. Tako je broj sudionica uključenih u završni uzorak pao s 50 na 44 sudionica u uzorku. Raspon dobi sudionica se kretao između 42 i 77 godina ( $M=61,1$  uz  $SD=8,65$ ). Pri tome je 24 sudionica udano, dok su ostale rastavljene ili udovice. Većina sudionica žive u velikom gradu ( $N=30$ ) i

imaju djecu (N=39). Velika većina sudionica ima završenu barem četverogodišnju srednju školu (N=40). Njih 17 je zaposleno, dok su preostale u većini slučajeva umirovljene. Primarni tumor je dijagnosticiran kod 31 sudionice, a slijede ga dijagnosticirani regionalni (ipsilateralni) limfni čvorovi, dok se kod samo jedne sudionice radi o udaljenim metastazama. Od dijagnoze raka kod sudionica je u prosjeku prošlo 7,25 godina (uz  $SD=5,49$ ). Sve su sudionice u nekom trenutku primale određenu onkološku terapiju.

### **3.2. Instrumenti**

Za potrebe ovog istraživanja konstruiran je anketni upitnik koji se sastoji od dva dijela. U prvom dijelu se nalaze sociodemografska pitanja uvrštena radi utvrđivanja općih podataka o u čestoj uporabi u kliničkom i zdravstvenom settingu, koji su pokazali dobre karakteristike potrebne za istraživačke svrhe.

**Upitnik zdravstvenog statusa** (Short form health survey – SF36) konstruirali su Ware i Sherbourne (1992), a koristi se kao mjera samoprocjene zdravstvenog stanja sudionika kroz 8 dimenzija: fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog fizičkih poteškoća, tjelesni bolovi, percepcija općeg zdravlja, vitalnost, socijalno funkcioniranje, ograničenje zbog emocionalnih poteškoća, mentalno/duševno zdravlje. Sadrži i jednu česticu kojom se ispituje sudionikova percepcija pomaka u njegovom zdravstvenom stanju s obzirom na prošlu godinu. Sastoji se od 36 pitanja višestrukog izbora, čiji se odgovori različito boduju prema unaprijed utvrđenim normama. Na svakoj od spomenutih dimenzija kvalitete života sudionik može ostvariti rezultat od 0 do 100 koji se zatim pretvara u postotne vrijednosti, pri čemu viši postotak označava bolje funkcioniranje u ispitanoj domeni. Koeficijenti pouzdanosti po pojedinim dimenzijama iznose od  $\alpha=,686$  do  $\alpha=,905$ , uz izliku skale socijalnog funkcioniranja, čiji je koeficijent pouzdanosti izračunat na ovom uzorku  $\alpha=,539$ . Razlog ovakve pouzdanosti možemo tražiti u malom broju čestica koje mjere ovu dimenziju kvalitete života, kao i relativno mali uzorak na kojem je koeficijent izračunat. Na reprezentativnom uzorku stanovnika Republike Hrvatske, ovi su se koeficijenti pouzdanosti za sve dimenzije pokazali zadovoljavajućima te se kretali između  $\alpha=,78$  do  $\alpha=,94$ , gdje je najmanju pouzdanost također pokazala upravo dimenzija socijalnog funkcioniranja (Seršić i Vuletić, 2005).

**HADS ljestvica** (Hospital anxiety and depression scale - HADS) je široko raširena ljestvica koja se koristi radi utvrđivanja stupnja depresivnosti i anksioznosti osobe a konstruirali su je Zigmond i Snaith (1983). Sastoji se od 14 pitanja, od kojih se 7 odnose na depresivnost, a

ostalnih 7 na anksioznost. Sudionici se ovim upitnikom pitaju o tome kako su se osjećali prošli tjedan, a odgovori se boduju na 4 razine od 1 do 4, pri čemu rezultati na obje subskale mogu varirati od 7 do 28, gdje veći rezultat upućuje na veću depresivnost, odnosno anksioznost. Mjera unutarnje konzistencije za subskalu depresivnosti iznosi  $\alpha=,804$ , a za subskalu anksioznosti  $\alpha=,874$ .

**Torontska skala aleksitimije** (Toronto alexithymia scale - TAS-20) konstruiran od strane grupe autora radi identificiranja stupnja aleksitimije kod sudionika (Bagby, Parker i Taylor, 1994). Osim što mjeri ukupnu razinu aleksitimije, upitnik sadrži i 3 subskale: poteškoće u opisivanju emocija, poteškoće u identificiranju emocija i eksternalno orijentirano mišljenje, što su sve pojedini simptomi koji se tipično pojavljuju kod osoba s aleksitimijom. Cijeli se upitnik sastoji od 20 čestica, na koje se odgovara na skali Likertovog tipa od 1 („Uopće se ne slažem“) do 5 („U potpunosti se slažem“). Rezultat na pojedinoj subskali se računa kao linearna kombinacija odgovora na česticama koje mjere pojedinu komponentu aleksitimije, dok se ukupna razina aleksitimije računa kao linearna kombinacija odgovora na svim česticama upitnika. U oba slučaja veći rezultat ukazuje na veću učestalost pojedinih poteškoća, odnosno viši stupanj aleksitimije. Koeficijent unutarnje konzistencije iznosi  $\alpha=,833$ .

**Upitnik obrambenih stilova** (DSQ-40) su razvili Andrews, Singh i Bond (1993). Upitnik mjeri hijerarhiju obrambenih stilova razvijenih iz psihoanalitičke teorije, odnosno pojedinačne tipične načine suočavanja s različitim životnim poteškoćama. Ovaj se upitnik sastoji od 20 različitih obrambenih mehanizmima, koji se mogu podijeliti u 3 šire skupine obrambenih stilova:

1. *Zreli mehanizmi obrane*: sublimacija, anticipacija, humor i supresija
2. *Neurotski mehanizmi obrane*: negiranje, pseudoaltruizam, reaktivna formacija i idealizacija
3. *Nezreli mehanizmi obrane*: projekcija, pasivna agresija, acting out, izolacija, devaluacija, autistične fantazije, poricanje, premještanje, disocijacija, raščlanjivanje, racionalizacija i somatizacija

Svaku tvrdnju ispitanik procjenjuje s obzirom na čestinu pojavljivanja opisanih ponašanja u njegovom svakodnevnom životu na ljestvici od 1 („Uopće se ne slažem“) do 9 („U potpunosti se slažem“). Učestalost korištenja svakog od pojedinih obrambenih mehanizama se računa kao prosječna vrijednost rezultata na dvije čestice koje mjere taj obrambeni mehanizam, dok se

ukupni rezultat pojedinog obrambenog stila računa kao prosječna vrijednost obrambenih mehanizama unutar tog obrambenog stila. Raspon mogućih rezultata na pojedinom obrambenom stilu je od 1 do 9, gdje veći rezultat upućuje na češće korištenje mehanizama tog obrambenog stila. Koeficijenti unutarnje konzistencije tri obrambena tipa su se kretali između  $\alpha=,601$  i  $\alpha=,817$ , budući da se unutar svake nalazi niz često povezanih, no ne i istovjetnih, obrambenih mehanizama.

### **3.3. Postupak**

Prije pristupanja provođenju istraživanja dobiveno je odobrenje Etičkog povjerenstva Hrvatskih studija za provedbu istraživanja. Prilikom uzorkovanja, vodilo se računa o tome da sudionice ne primaju profesionalnu psihološku pomoć na mjestima gdje su zamoljene za sudjelovanje u istraživanju. Time se nastojalo postići što veću homogenizaciju uzorka s obzirom na psihološko stanje sudionica nakon dijagnoze raka dojke, kao i prikazati realnu sliku psihološke dobrobiti većeg dijela populacije žena oboljelih od raka dojke bez primanja adekvatne psihološke pomoći. Pacijenticama koje boluju od raka dojke podijeljeni su papir-olovka upitnici u periodu od veljače do travnja 2018. godine. Prije rješavanja upitnika, svim je sudionicama objašnjeno kako je istraživanje u potpunosti anonimno i dobrovoljno te da su slobodne odustati od rješavanja upitnika u bilo kojem trenutku te su dodatno zamoljene da potpišu informirani pristanak u kojem im je objašnjena svrha istraživanja te kako svojim potpisom daju suglasnost o sudjelovanju u istraživanju i korištenju rezultata u znanstvene svrhe. U informiranom pristanku je naveden i kontakt istraživača na koji se sudionice mogu javiti ukoliko ih zanimaju vlastiti rezultati. Anketiranje sudionica je provedeno primjenom papir-olovka upitnika, a samo je rješavanje upitnika u prosjeku trajalo oko 40 minuta.

#### 4. REZULTATI

U svrhu provjere hipoteza istraživanja, provedene su statističke analize podataka programskim paketom SPSS verzija 22.0 (IBM, 2013). Prikazani su deskriptivni podaci odgovora na pojedine skale te su korištene bivarijantne analize korelacija, univarijantna analiza varijance i hijerarhijska regresijska analiza.

Tablica 1. Deskriptivni podaci rezultata sudionika ( $N=44$ ) i njihove usporedbe kvalitete života s općom populacijom Republike Hrvatske ( $N=9070$ ; Maslić Seršić i Vuletić, 2006)

	$M (M_p)$	$SD (SD_p)$	Min.	Max.	Zakrivljenost ( $z$ )	Spljoštenost ( $z$ )
Dob	61,10	8,65	42,00	77,00	-1,37	-,29
Vrijeme proteklo od dijagnoze	7,25	5,49	1,00	26,00	3,17*	2,55*
Fizičko funkcioniranje	52,74 (69,1)	23,44 (30,0)	5,00	100,00	-,36	-,68
Ograničenje zbog fizičkih poteškoća	39,53 (61,5)	35,45 (44,8)	,00	100,00	,61	-1,94
Ograničenje zbog emocionalnih poteškoća	48,06 (68,6)	36,59 (43,7)	,00	100,00	-,20	-1,86
Vitalnost	48,53 (53,2)	21,91 (22,7)	,00	100,00	-,05	,57
Mentalno zdravlje	62,70 (61,9)	18,31 (21,4)	8,00	100,00	-,69	1,07
Socijalno funkcioniranje	63,35 (73,8)	23,25 (27,8)	,00	100,00	-1,50	,23
Tjelesni bolovi	60,06 (64,6)	21,96 (30,5)	,00	100,00	-,78	,14
Percepcija općeg zdravlja	53,32 (54,8)	19,76 (22,6)	15,00	100,00	1,84	,62
Depresija	13,02	3,94	6,00	22,00	2,64*	-,45
Anksioznost	15,16	4,76	7,00	26,00	,91	-2,40*
Aleksitimija	51,65	12,56	24,00	79,00	,11	-,12
Zreli obrambeni stil	5,86	1,53	2,75	9,00	-,17	-,82
Neurotski obrambeni stil	5,56	1,36	3,00	8,63	0,04	-,46
Nezreli obrambeni stil	4,26	1,15	2,00	7,92	1,84	1,58

\* -  $p < ,05$ ;  $M_p$  – prosječna vrijednost pojedinih dimenzija kvalitete života u populaciji;  $SD_p$  = standardna devijacija pojedinih dimenzija kvalitete života u populaciji

Kao što je vidljivo iz Tablice 1., sudionice su u prosjeku bile stare 61,1 godinu (uz  $SD=8,65$ ). Rak dojke je sudionicama dijagnosticiran prosječno prije 7,25 godina (uz  $SD=5,49$ ). Svoju kvalitetu života po različitim dimenzijama sudionice procjenjuju kao osrednju, budući da je najveća moguća vrijednost svake dimenzije 100. Od 8 dimenzija kvalitete života, najveću prosječnu vrijednost za sudionice ima dimenzija socijalnog funkcioniranja ( $M=63,36$  uz  $SD=23,25$ ), što označava da sudionice percipiraju kako je njihovo zdravstveno stanje najmanje utjecalo na njihov društveni život, dok se u općoj populaciji socijalno funkcioniranje u prosjeku procjenjuje još i boljim ( $M=73,8$  uz  $SD=27,8$ ). Najmanju su prosječnu vrijednost na dimenzijama kvalitete života sudionice ostvarile na dimenziji ograničenja zbog fizičkih poteškoća ( $M=39,53$  uz  $SD=35,45$ ), dok se parametri opće populacije kreću oko prosječne vrijednosti  $M=69,1$  uz  $SD=30,0$ . Budući da su na ovoj dimenziji sudionice ostvarile najmanji prosječni rezultat, može se pretpostaviti kako sudionice smatraju da im je trenutno zdravstveno stanje ponajviše utjecalo na svakodnevni život upravo preko tjelesnih poteškoća koje su pratile dijagnozu raka dojke. Ipak, valja naglasiti kako prosječna vrijednost niti jedne dimenzije kvalitete života ne prelazi  $M=63,36$ , što ne bi trebalo biti zadovoljavajuće, pogotovo uzevši u obzir prosječno vrijeme koje je proteklo od dijagnoze raka dojke kod sudionica.

Sudionice u prosjeku izvještavaju o srednje visokim vrijednostima depresivnosti ( $M=13,02$  uz  $SD=3,94$ ) i anksioznosti ( $M=15,16$  uz  $SD=4,76$ ), što prema dijagnostičkim kriterijima HADS upitnika označava gornje normalne vrijednosti depresivnosti te granične abnormalne vrijednosti anksioznosti. Prosječna vrijednost na skali aleksitimije kod sudionica iznosi  $M=51,65$  uz  $SD=12,56$ , što na grupnoj razini označava moguću aleksitimiju.

Sudionice u najvećoj mjeri koriste zrele obrambene mehanizme ( $M=5,86$  uz  $SD=1,53$ ), zatim neurotske ( $M=5,56$  uz  $SD=1,36$ ), a najmanje se oslanjaju na nezreli tip obrambenih mehanizama ( $M=4,26$  uz  $SD=1,15$ ).



Tablica 2. Korelacije 8 dimenzija kvalitete života s drugim relevantnim varijablama istraživanja (N=44)

	Fizičko funkcioniranje	Ograničenje zbog fizički poteškoća	Ograničenje zbog emocionalnih poteškoća	Vitalnost	Mentalno zdravlje	Socijalno funkcioniranje	Tjelesni bolovi	Percepcija općeg zdravlja
Dob	,059	,190	,296	,393*	,292	,377*	,122	-,043
Vrijeme proteklo od dijagnoze	-,033	-,027	,045	,079	,246	,074	-,041	-,013
Depresija	-,095	-,468**	-,563**	-,762**	-,849**	-,723**	-,514**	-,536**
Anksioznost	-,204	-,384*	-,487**	-,582**	-,740**	-,519**	-,436**	-,476**
Aleksitimija	,021	-,398**	-,465**	-,607**	-,678**	-,538**	-,475**	-,617**
Zreli obrambeni stil	-,054	,399**	,420**	,202	,239	,281	,089	,147
Neurotski obrambeni stil	,605	,117	,046	,057	,074	,140	,119	-,108
Nezreli obrambeni stil	,122	-,091	-,122	-,129	-,165	-,070	-,209	-,173

\* -  $p < .05$ ; \*\* -  $p < .01$

U tablici 2. moguće je očitati visine korelacija relevantnih varijabli s različitim dimenzijama kvalitete života. Vidljivo je kako s dimenzijama kvalitete života općenito najviše korelira depresivnost, s očekivano najvišom negativnom korelacijom s mentalnim zdravljem ( $r = -.849$ ), pri čemu viša depresivnost upućuje na lošije mentalno zdravlje osobe. Korelaciju s mentalnim zdravljem slijede visoke negativne korelacije sa vitalnosti ( $r = -.762$ ) i socijalnim funkcioniranjem ( $r = -.723$ ), gdje osobe s razvijenijom depresivnom simptomatologijom pokazuju sniženu vitalnost i lošije socijalno funkcioniranje. Zanimljivo je primijetiti kako, nakon depresije, najveće korelacije s dimenzijama kvalitete života u većini slučajeva ostvaruje aleksitimija, dok s dimenzijom percipiranog općeg zdravlja ona korelira u još većoj mjeri od depresije ( $r = -.617$ ). Aleksitimija općenito ostvaruje srednje visoke negativne korelacije s različitim dimenzijama kvalitete života, što upućuje na općenito sniženu kvalitetu u različitim životnim domenama kod osoba koje pate od aleksitimije. Dimenzije kvalitete života značajno negativno koreliraju i s anksioznošću, gdje je najviša negativna korelacija očekivano nađena između anksioznosti i mentalnog zdravlja ( $r = -.748$ ), a najmanja između anksioznosti i ograničenja zbog fizičkih poteškoća ( $r = -.398$ ). Od obrambenih stilova, s dimenzijama kvalitete života značajno je pozitivno korelirao jedino zreli obrambeni stil, gdje osobe koje češće koriste

mehanizme ovog stila percipiraju znatno manja ograničenja zbog emocionalnih ( $r=,420$ ) i fizičkih ( $r=,399$ ) poteškoća, dok se korelacije neurotskog i nezrelog obrambenog stila s dimenzijama kvalitete života nisu pokazale značajnima. Moguće je kako korištenje obrambenih mehanizama iz zrelog obrambenog stila povoljno utječe na različite dimenzije kvalitete života, dok učestalost korištenja mehanizama iz ostala dva obrambena stila nije povezana s kvalitetom života pojedinca.

Tablica 3. Korelacije ukupnog rezultata na skali aleksitimije i njene tri subskale s drugim relevantnim varijablama istraživanja ( $N=44$ )

	Teškoće u opisivanju emocija	Teškoće u identificiranju emocija	Eksternalno orijentirano mišljenje	Ukupni rezultat na skali aleksitimije
Dob	-,006	,030	,338*	,111
Vrijeme proteklo od dijagnoze	-,181	-,125	-,016	-,119
Depresija	,515**	,579**	,052	,622**
Anksioznost	,479**	,601**	,099	,626**
Zreli obrambeni stil	-,094	,105	,145	-,020
Neurotski obrambeni stil	,266	,146	,179	,200
Nezreli obrambeni stil	,443**	,306*	,115	,410**

\* -  $p < .05$ ; \*\* -  $p < .01$

Tablica 3. prikazuje korelacije ukupnog rezultata na skali aleksitimije te 3 subskale aleksitimije s ostalim relevantnim varijablama istraživanja. Može se primijetiti kako u većini slučajeva niti dob sudionica, niti vrijeme koje je proteklo od dijagnoze raka dojke, ne korelira značajno s ukupnom aleksitimijom, kao niti s njene 3 subskale, što ide u prilog rezultatima ranijih istraživanja koja smatraju da je aleksitimiju pravilnije promatrati kao stabilnu karakteristiku osobe nego kao njeno prolazno stanje (Lumley, Neely i Burger, 2007). Značajna niska pozitivna korelacija je dobivena jedino između dobi sudionica i subskale eksternalno orijentiranog mišljenja ( $r=,338$ ). Ukoliko promatramo eksternalno orijentirano mišljenje kao sadržaj mišljenja koji je vođen pravilima, regulacijama i svakodnevnim zadacima umjesto emocijama, jasno je kako se takav kognitivni stil pojavljuje češće kod starijih, u većini slučajeva emocionalno zrelijih osoba.

S druge strane, i depresija i anksioznost su pokazale srednje visoke značajne pozitivne korelacije s ukupnom aleksitimijom ( $r=,622$ ;  $r=,626$ ), kao i s njene dvije subskale koje se odnose na teškoće u opisivanju ( $r=,515$ ;  $r=,479$ ) i identificiranju emocija ( $r=,579$ ;  $r=,601$ ), dok se korelacija depresije i anksioznosti sa subskalom eksternalno orijentiranog mišljenja nije pokazala značajnom ( $r=,052$ ;  $r=,099$ ). Drugim riječima, osobe s višim razinama depresije i anksioznosti imaju značajno više poteškoća u opisivanju i identificiranju emocija, te takve osobe imaju veću vjerojatnost i za dijagnozu aleksitimije.

Kako bi se utvrdilo postoje li razlike u učestalosti korištenja određenih obrambenih mehanizama i cjelokupnih obrambenih stilova kod tri grupe sudionica (sudionice bez aleksitimije, sudionice s mogućom aleksitimijom i sudionice s aleksitimijom), provedena je analiza varijance (ANOVA).

Prije provedbe ovog testa je potrebno zadovoljiti određene pretpostavke. U tu je svrhu ispitana normalnost raspodjele različitih mehanizama obrane i obrambenih stilova s obzirom na 3 različite grupe sudionica. Kolmogorov-Smirnov test normalnost (s Lilliefors korekcijom) pokazao je kako većina varijabli zadovoljava spomenuti kriterij ( $p>,05$ ). Dodatno su provjerene z-vrijednosti koeficijenata asimetrije raspodjela onih varijabli čije su raspodjele odudarale od normaliteta, čime je dokazana simetričnost preostalih raspodjela varijabli ( $z \in [-1,96, 1,96]$ ). Homogenost varijanci različitih obrambenih mehanizama je dokazana Levenovim testom ( $p>,05$ ). U tablici 4. je prikazan broj sudionica svake grupe određene razinom aleksitimije, te se može primijetiti kako u skupini koja zadovoljava kriterije za dijagnozu aleksitimije ima ponešto manje sudionica nego u preostale dvije, no ta razlika nije tolika da bi se narušila valjanost rezultata dobivenih ovim postupkom. Možemo zaključiti kako su pretpostavke za provedbu ANOVA-e zadovoljene u dovoljnoj mjeri za ispravnu interpretaciju njenih rezultata.

Tablica 4. Razlike u učestalosti korištenja različitih obrambenih mehanizama s obzirom na razinu aleksitimije

	Bez aleksitimije (n=17)		Moguća aleksitimija (n=17)		Aleksitimija (n=9)		F (p)	Veličina učinka
	M	SD	M	SD	M	SD		
Sublimacija	6,50	2,23	6,53	2,92	6,22	2,17	,049 (.953)	,00
Humor	6,88	1,86	6,59	1,53	6,17	1,50	,548 (.583)	,03
Anticipacija	5,09	2,02	5,21	2,60	5,94	2,42	,421 (.659)	,02
Supresija	4,82	2,45	5,00	2,15	6,33	2,15	1,415 (.255)	,07
Zreli obrambeni stil	5,82	1,41	5,83	1,75	6,17	1,36	,171 (.843)	,01
Negiranje	5,62	1,71	5,76	1,80	5,94	2,31	,091 (.914)	,00
Pseudoaltruizam	5,24	1,94	5,82	2,09	6,72	1,64	1,724 (.191)	,08
Idealizacija	4,88	3,21	5,26	2,60	4,94	1,89	,090 (.914)	,00
Reaktivna formacija	5,32	1,92	5,59	1,68	6,67	1,20	1,908 (.162)	,09
Neurotski obrambeni stil	5,26	1,45	5,61	1,51	6,07	,80	1,026 (.368)	,05
Projekcija	4,12	1,87	5,12	2,21	5,06	1,79	1,235 (.302)	,06
Pasivna agresija	2,32	1,31	4,00	2,12	3,28	1,56	<b>4,030 (.025)</b>	,17
Acting out	4,29	2,18	5,59	2,22	5,33	2,06	1,625 (.210)	,08
Izolacija	2,82	2,32	4,56	2,12	5,61	1,39	<b>5,964 (.005)</b>	,23
Devaluacija	3,59	1,57	4,74	1,85	3,78	1,28	2,282 (.115)	,10
Autistične fantazije	2,88	1,75	4,29	2,42	5,83	2,74	<b>5,208 (.010)</b>	,21
Poricanje	3,85	2,19	4,47	2,26	4,39	1,80	,391 (.679)	,02
Premještanje	3,91	2,12	5,15	1,93	4,83	1,98	1,672 (.201)	,08
Disocijacija	4,00	2,08	4,32	2,36	3,61	2,06	,317 (.730)	,02
Splitting	1,71	,36	2,15	,42	1,94	,53	<b>4,645 (.015)</b>	,19
Racionalizacija	6,94	1,75	6,59	1,59	6,00	1,06	1,059 (.356)	,05
Somatizacija	3,38	2,71	5,18	2,00	5,28	2,24	3,107 (.056)	,13
Nezreli obrambeni stil	3,65	,96	4,68	1,25	4,58	,93	<b>4,358 (.019)</b>	,18

U tablici 4. su prikazani rezultati razlike u učestalosti korištenja pojedinih obrambenih mehanizama i tri obrambena stila, s obzirom na razinu aleksitimije 3 grupe sudionica. Može se primijetiti kako se grupe sudionica razlikuju jedino u učestalosti korištenja nezrelog obrambenog stila ( $F(2,41)=4,358$ ,  $p=,019$ ), dok zreli i neurotski obrambeni stil sve sudionice pokazuju u podjednakoj mjeri. U svrhu utvrđivanja između kojih grupa sudionica postoji spomenuta razlika, proveden je LSD post-hoc test, koji je pokazao kako sudionice s aleksitimijom ( $p=,044$ ) i sudionice s mogućom aleksitimijom ( $p=,088$ ) imaju značajno više

izražen nezreli obrambeni stil prilikom nošenja sa stresnim situacijama od sudionica bez aleksitimije.

Od pojedinih obrambenih mehanizama nezrelog obrambenog stila, značajne su razlike nađene u korištenju pasivne agresije ( $F(2,41)=4,030, p=0,25$ ), izolacije ( $F(2,41)=5,964, p=,005$ ), autističnih fantazija ( $F(2,41)=5,208, p=0,01$ ) i splittinga ( $F(2,41)=4,645, p=0,019$ ), dok rubnu značajnost pokazuje obrambeni mehanizam somatizacije ( $F(2,41)=3,107, p=,056$ ). LSD post-hoc testom je dokazano kako se značajne razlike u korištenju spomenutih obrambenih mehanizama pojavljuju između skupine bez aleksitimije i skupine s mogućom aleksitimijom za pasivnu agresiju ( $p=,007$ ) i splitting ( $p=,004$ ), na način da sudionice s mogućom aleksitimijom izvještavaju o učestalijem korištenju pasivne agresije i splittinga, te između skupine bez aleksitimije i skupine s aleksitimijom za autistične fantazije ( $p=,003$ ), na način da osobe s aleksitimijom u većoj mjeri koriste autistične fantazije od osoba koje ne zadovoljavaju kriterije za dijagnozu aleksitimije. Obrambeni mehanizam izolacije statistički značajno više koriste osobe s mogućom aleksitimijom ( $p=0,02$ ) i osobe s razvijenom aleksitimijom ( $p=,002$ ) od onih koje nemaju simptome aleksitimije.

S obzirom na visoke negativne korelacije depresije i anksioznosti s različitim dimenzijama kvalitete života kod sudionica s rakom dojke, prikazane u tablici 2., kao i empirijske nalaze ranijih istraživanja o ulozi ovih poremećaja u predviđanju zdravstvenog stanja, pristupilo se provedbi hijerarhijske regresijske analize u dva koraka. Prvi se blok sastoji od varijabli depresije i anksioznosti, kao odrednicama psihičkog zdravlja sudionica, dok u drugom koraku u analizu ulazi varijabla aleksitimije. Za svaku je dimenziju pojedinačno prikazana prediktivna snaga depresije i anksioznosti u prvom koraku, te prediktivna snaga depresije, anksioznosti i aleksitimije u drugom koraku, kako bi se uvidjelo može li aleksitimija predvidjeti pojedine dimenzije kvalitete života povrh depresije i anksioznosti.

Tablica 5. Prikaz standardiziranih koeficijenata analiziranih prediktora 8 dimenzija kvalitete života i testiranje njihove značajnosti

Kriteriji	Prediktori		<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>R</i> <sub>cor</sub> <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	$\beta$	<i>p</i>
Fizičko funkcioniranje	Korak 1	Depresivnost					,185	,475
		Anksioznost	,229	,053	,004		-,346	,184
	Korak 2	Depresivnost					,114	,670
		Anksioznost					-,413	,127
		Aleksitimija	,277	,077	,004	,024	,202	,328
Ograničenje zbog fizičkih poteškoća	Korak 1	Depresivnost					-,432	,072
		Anksioznost	,459**	,210**	,170**		-,033	,888
	Korak 2	Depresivnost					-,364	,141
		Anksioznost					,031	,899
		Aleksitimija	,482*	,233*	,172*	,022	-,194	,302
Ograničenje zbog emocionalnih poteškoća	Korak 1	Depresivnost					<b>-,474</b>	<b>,035</b>
		Anksioznost	,564**	,318**	,283**		-,108	,621
	Korak 2	Depresivnost					-,409	,077
		Anksioznost					-,047	,836
		Aleksitimija	,582**	,339**	,287**	,021	-,188	,282
Vitalnost	Korak 1	Depresivnost					<b>-,827</b>	<b>&lt;,001</b>
		Anksioznost	,766**	,586**	,565**		,079	,647
	Korak 2	Depresivnost					<b>-,743</b>	<b>&lt;,001</b>
		Anksioznost					,169	,333
		Aleksitimija	,789**	,622**	,592**	,036	-,251	,066
Mentalno zdravlje	Korak 1	Depresivnost					<b>-,711</b>	<b>&lt;,001</b>
		Anksioznost	,853**	,727**	,714**		-,170	,221
	Korak 2	Depresivnost					<b>-,634</b>	<b>&lt;,001</b>
		Anksioznost					-,089	,515
		Aleksitimija	,870**	,757**	,738**	,029*	<b>-,227</b>	<b>,036</b>
Socijalno funkcioniranje	Korak 1	Depresivnost					<b>-,853</b>	<b>&lt;,001</b>
		Anksioznost	,727**	,529**	,505**		,166	,363
	Korak 2	Depresivnost					<b>-,786</b>	<b>&lt;,001</b>
		Anksioznost					,236	,211
		Aleksitimija	,742**	,551**	,516**	,022	-,197	,175
Tjelesni bolovi	Korak 1	Depresivnost					<b>-,461</b>	<b>,047</b>
		Anksioznost	,517**	,268**	,231**		-,069	,762
	Korak 2	Depresivnost					-,374	,111
		Anksioznost					,023	,921
		Aleksitimija	,552**	,305**	,252**	,037	-,257	,155
Percepcija općeg zdravlja	Korak 1	Depresivnost					-,427	,061
		Anksioznost	,538**	,289**	,254**		-,132	,555
	Korak 2	Depresivnost					-,267	,213
		Anksioznost					,037	,862
		Aleksitimija	,645**	,417**	,372**	,127**	<b>-,474</b>	<b>,006</b>

\*-*p*<.05; \*\*-*p*<.01

Rezultati hijerarhijske regresijske analize po pojedinim dimenzijama kvalitete života prikazani su u tablici 5. Model se nije pokazao značajnim za predviđanje tek jedne dimenzije kvalitete života, budući da je kombinirani doprinos depresije, anksioznosti i aleksitimije u drugom koraku je uspio objasniti tek 0,4% varijance dimenzije fizičkog funkcioniranja.

Ostale su dimenzije kvalitete života značajno objašnjene već u prvom koraku regresijske analize, pri čemu se jasno uviđa da je od dvije varijable bolji prediktor depresivnost, dok se anksioznost nije pokazala značajnim prediktorom niti jedne dimenzije kvalitete života. Po dimenzijama kvalitete života, depresivnost se pokazala najbolji prediktorom socijalnog funkcioniranja ( $\beta=-,853$ ,  $p<,001$ ), vitalnost ( $\beta=-,827$ ,  $p<,001$ ) i općenitog mentalnog zdravlja ( $\beta=-,711$ ,  $p<,001$ ), dok je dimenzije ograničenja zbog emocionalnih teškoća i tjelesne bolove uspjela značajno predvidjeti samo u prvom koraku analize, nakon čega njena prediktivna snaga opada ispod granica značajnosti.

Aleksitimija je u drugom koraku značajno predvidjela mentalno zdravlje sudionica ( $\beta=-,227$ ,  $p=,036$ ) i njihovu percepciju vlastitog općeg zdravlja ( $\beta=-,474$ ,  $p=,006$ ). Štoviše, aleksitimija se pokazala boljim prediktorom percepcije općeg zdravlja od depresivnosti ( $\beta=-,267$ ,  $p=,213$ ) te je samostalno uspjela objasniti 12,7% ukupne varijance percepcije općeg zdravlja kod pacijentica koje boluju od raka dojke. Ukupno su 3 prediktora u drugom bloku tako uspjela objasniti 37,2% percepcije općeg zdravlja. Na granici značajnosti se aleksitimija pokazala kao dobar prediktor vitalnosti ( $\beta=-,251$ ,  $p=,066$ ) sudionica u drugom koraku analize.

Zajedno su depresivnost, anksioznost i aleksitimija u zadnjem koraku najbolje uspjele objasniti dimenziju cjelokupnog mentalnog zdravlja ( $R_{cor}^2=,738$ ) što je i očekivano s obzirom da se dva prediktora iz prvog bloka direktno odnose na psihičko stanje sudionica.

## 5. RASPRAVA

Istraživanje je pokazalo kako žene oboljele od raka dojke imaju smanjenu kvalitetu života na pojedinim ispitanim dimenzijama. Sudionice su u prosjeku procjenjivale ograničenja zbog fizičkog funkcioniranja ispod 40%, pri čemu bi 100% označavalo kako sudionice ne procjenjuju da imaju ikakva ograničenja zbog fizičkog funkcioniranja. Time je jasno da je kvaliteta života osoba koje boluju od raka dojke ponajviše narušena upravo u tom segmentu. Sudeći po tretmanu u kojem se sudionice nalaze, rezultati su očekivani te se pri liječenju treba ponajviše obratiti pažnju upravo na ovaj aspekt kvalitete života. Ograničenja zbog

emocionalnih poteškoća, vitalnost, fizičko funkcioniranje te percepciju općeg zdravlja sudionice procjenjuju tek nešto više, s prosječnim vrijednostima oko 50%, čime se utvrđuje kako su ti aspekti kvalitete života sudionica i dalje prilično niski, što je u skladu s istraživanjem Fortner i suradnika (2002). Najviše su rezultate sudionice ostvarile na dimenzijama tjelesne boli, mentalnog zdravlja te socijalnog funkcioniranja, ukazujući na najbolje funkcioniranje sudionica na upravo tim dimenzijama kvalitete života. Ovakvi su rezultati ohrabrujući te bi mogli upućivati na vrlo dobru socijalnu podršku pacijentica, što postavlja dobar temelj za daljnji napredak liječenja, sudeći po rezultatima ranijih istraživanja Fortner i suradnika (2002). Štoviše, usporedimo li ove rezultate s hrvatskim normama SF-36 upitnika, može se zaključiti kako je kvaliteta života žena koje su oboljele od raka dojke generalno snižena u odnosu na prosjek zemlje. Najveća se razlika pritom očitava u dimenzijama fizičkog funkcioniranja, ograničenja zbog fizičkih poteškoće te ograničenja zbog emocionalnih poteškoća (Seršić, Vuletić, 2005).

Povišena prevalencija depresivnosti i anksioznosti kod pacijentica s rakom dojke u skladu je s teorijskom podlogom i očekivanjima. Naime, čak 18 sudionica prema kriterijima HADS skale se može svrstati pod skupinu granične ili vjerojatne depresije, dok se za anksioznost broj sudionica koje zadovoljavaju te kriterije penje na čak 23 od 44 sudionice u istraživanju. Takvo je stanje u skladu s istraživanjem Lueboonthavatchai (2007) koji uslijed otkrivanja prediktora kvalitete života nailazi na visok stupanj depresivnosti kod pacijentica s karcinomom dojke. Dapače, razumljivost ovakvih rezultata počiva na samoj objektivnoj bojazni za vlastiti život uslijed dijagnoze koja osim simptoma depresivnosti izaziva i anksiozne misli. Poput istraživanja Montazeri i suradnika (2011), anksiozni simptomi koji se javljaju na početku zbog prirode same dijagnoze mogu biti značajno reducirani psihološkom pomoći koja je u istraživanju pacijenticama smanjila anksiozno-depresivne simptome i poboljšala kvalitetu života.

Istraživanjem su se potvrdili nalazi ranijih studija o srednje visokoj povezanosti aleksitimije s depresijom i anksioznosti (Luminet i sur., 2007; Leweke, Leichsenring, Kruse i Hermes, 2012). Moguća se objašnjenja tih povezanosti kriju u dijeljenju simptomatike kroz smanjeno socijalno funkcioniranje te teškoće u identifikaciji i opisivanju emocija, što su sve učestale karakteristike ova tri poremećaja. Implikacije za ovakve rezultate se također mogu temeljiti na negativnim posljedicama loše identifikacije vlastitih i tuđih emocija (Begić, 2014). Naime, aleksitimični pojedinci uslijed simptomatike su često lošiji u procjeni socijalnih odnosa te bi tako krivo percipirane povratne informacije iz okoline mogle biti medijator pri razvitku depresivnosti i



anksioznosti. Ovakve pretpostavke zahtijevaju dubinsko razmatranje percepcije socijalnih odnosa kao medijatorske varijable koja bi mogla objasniti kauzalni odnos između ovih varijabli te se za buduća istraživanja predlaže uporaba drugačijih nacrti koji bi mogli objasniti ovakve nalaze.

Rezultati prvog bloka hijerarhijske regresijske analize su pokazali kako depresivnost može dobro predvidjeti brojne aspekte kvalitete života poput vitalnosti, socijalnog funkcioniranja i mentalnog zdravlja, dok se anksioznost nije pokazala značajnim prediktorom niti jedne od dimenzija kvalitete života. Objašnjenje depresivnosti kao dobrog prediktora kvalitete života u skladu je s teorijskom podlogom istraživanja poput Winnie i suradnika (2009). Depresivni simptomi poput manjka sna i apetita nužno narušavaju fiziološko funkcioniranje, što za posljedice može imati kroničnu iscrpljenost i smanjene vitalnosti kao jednog od aspekta kvalitete života (Winnie i sur., 2009). Depresija kao prediktor lošijeg socijalnog funkcioniranja je očekivana s obzirom na osnovu simptomatiku depresivnosti, koju obilježava gubitak interesa za različite aktivnosti, pa tako i kontakta s drugim ljudima (American Psychiatric Association, 2013). S druge strane, anksioznost nije uspjela značajno predvidjeti niti jednu dimenziju kvalitete života. Takvi rezultati djelomično su u skladu s istraživanjem Burges i suradnika (2005). Autori u radu navode kako se simptomi anksioznosti javljaju nedugo nakon priopćavanja dijagnoze, no kako oni s vremenom opadaju. Štoviše, strah koji se javlja kod pacijentica polako poprima niže razine kako odmiče proces liječenja (Burgess i sur., 2005). Može se pretpostaviti da je depresivnost u ovom istraživanju jači prediktivni faktor u odnosu na anksioznost s obzirom na protok vremena od postavljene dijagnoze karcinoma, pa do provedbe ovog istraživanja.

U drugom je koraku u analizu osim anksioznosti i depresivnosti ušla i varijabla aleksitimije, koja se pokazala značajnim prediktorom mentalnog zdravlja i percepcije općeg zdravlja sudionica. Štoviše, pokazalo se kako je aleksitimija najbolji prediktor percepcije općeg zdravlja u tom modelu. Ovakvi nalazi mogu implicirati organsku podlogu objašnjenja aleksitimije kao poremećaja koji uz sebe veže određenu somatiku. Naime, Lumley, Neely i Burger (2007) kao argument boljeg prepoznavanja promjena u organizmu te visoku procjenu subjektivnog zdravlja navode visoku pobuđenost simpatičkog kao i kardiovaskularnog sustava. Uzročno-posljedična veza u tom istraživanju nije navedena te još uvijek nije otkriven kauzalni odnos ovih varijabli, no kao jedna od indikacija moguća je organska etimologija ovog poremećaja koja predstavlja izazov za daljnja istraživanja ovakve ili slične tematike. Također, ovakvi nalazi nude mogućnost tumačenja visoke prediktivne snage aleksitimije u procjeni

subjektivnog zdravlja kao svojevrzne adaptacije zbog nemogućnosti izražavanja emocionalnog stanja, pri čemu prepoznavanje simptomatike tijela može biti svojevrсна kompenzacija u nedostatku prepoznavanju tuđih i vlastitih emocionalnih stanja. Lumley, Neely i Burger (2007) dodaju kako razlog aleksitimične „sposobnosti“ predviđanja vlastitog subjektivnog zdravlja predstavlja nerazlikovanje somatike od fizioloških posljedica emocija, pa se u liječničkoj praksi često susreću pacijenti koji zbog povišenog tlaka uzrokovanog uzrujanošću emocionalne prirode dolaze na pregled iskazujući strah od razvitka kardiovaskularnih bolesti, ne primjećujući simptomatiku drugačijeg tipa, odnosno aleksitimiju (Lumley, Neely i Burger, 2007).

Pronađene su razlike u učestalosti korištenja nezrelog obrambenog stila kod različitih grupa sudionica s obzirom na razinu aleksitimije, što je u skladu s nekim ranijim istraživanjima (Bogutyn, Kokoszka, Palczinsky i Holas, 1999; Helmes, McNeill, Holden i Jackson, 2008; Ali Besharat i Shahidi, 2011). Razlike su također nađene u korištenju pojedinih obrambenih mehanizama nezrelog stila, kao što je pasivna agresija, izolacija, autistične fantazije i splitting. Među nezrelim obrambenim mehanizmima posebice se ističe učestalost izolacije kod pacijentica s višim razinama aleksitimije, što je u skladu s istraživanjem Stanton i Snider (1989), koje opisuje strategije pacijentica prema kognitivnom izbjegavanju i socijalnoj distanciranosti u procesu tretmana karcinoma. Takvo izbjegavanje je prema istraživanju negativno povezano s pozitivnim ishodom bolesti te je ovaj rezultat direktno primjenjiv u svakodnevnoj psihološkoj praksi savjetovanja pacijentica koje boluju od raka dojke. Neki autori čak smatraju da bi izolacija za posljedicu mogla imati razvitak aleksitimičnih simptoma (Baumeister, Dale i Sommer, 1998), što bi bilo zanimljivo provjeriti u budućim istraživanjima ove tematike upravo kod žena koje boluju od raka dojke, budući da ih sama dijagnoza nerijetko prisiljava na povlačenje iz dotadašnjih socijalnih mreža.

Nadalje, neurotski obrambeni mehanizmi u analizi nisu pokazali značajno koreliranje s ostatkom varijabli što nije u skladu s istraživanjem Cooper i Faragher (1993) te tako tendencija pacijentica o relativno štetnom mehanizmu poput negiranja vlastitog stanja koja navode autori nije pokazana aktualnom na hrvatskom uzorku pacijentica s rakom dojke. Takav rezultat može se pripisati i vremenu odmaka od početne dijagnoze koje je za neke pacijentice moglo blagotvorno djelovati na uporabu zrelijih mehanizama obrane.

## 5.1. Ograničenja i daljnje implikacije istraživanja

I u ovom istraživanju postoje određena ograničenja, koja se jednim dijelom tiču specifičnosti samog uzorka na kojem su prikupljeni dobiveni podaci. Naime, sudionici su iz populacije ženskih osoba s rakom dojke odabrani u uzorak neprobabilističkim putem, zbog čega se treba s oprezom pristupiti generalizaciji njihovih rezultata na širu populaciju. Iako nemamo podatke o točnim mjestima stanovanja sudionica, može se pretpostaviti kako ih većina živi u Zagrebačkoj županiji ili okolnim mjestima te ne možemo tvrditi da bi se rezultati dobiveni na uzorku sudionica iz drugih dijelova Republike Hrvatske slagali s ovdje prikazanim rezultatima. Također, iako smo prilikom biranja sudionica u uzorak pazile da potonje ne primaju psihološku pomoć na mjestima na kojima su rješavale upitnik, ne možemo biti sigurne da sudionice iz uzorka nisu primale profesionalnu psihološku pomoć na nekim drugim mjestima.

Buduća bi istraživanja svakako trebala nastojati povećati uzorak pacijentica s rakom dojke te ga proširiti na ostale dijelove Republike Hrvatske. Pritom smatramo kako bi bilo idealno prikupiti podatke o kvaliteti života i referentne skupine zdravih sudionika, kako bi se omogućila usporedba rezultata dvije skupine po pojedinim dimenzijama kvalitete života.

S obzirom da je istraživanje potvrdilo važnost aleksitimije u različitim domenama funkcioniranja pacijentica koje boluju od raka dojke, smatramo kako bi se navedeni konstrukt trebao još više istražiti u budućim istraživanjima na ovoj populaciji, a posebno u odnosu na različite obrambene mehanizme za koje je utvrđeno da se često pojavljuju u kombinaciji s aleksitimijom. Kako se i dalje radi o prilično neistraženim konstruktima, postoji još puno mjesta za napredak. U tom bismo smislu apelirale i na potrebu za više longitudinalnih istraživanja na ovu temu, koje bi dodatno objasnile međuodnos aleksitimije i obrambenih mehanizama te njihovu ulogu u definiranju kvalitete života pacijentica koje boluju od raka dojke, kao i njihov utjecaj na sam proces liječenja. Implikacije ovog istraživanja mogu imati dalekosežne posljedice i na tretman liječenja pacijentica s rakom dojke. Uzimanjem u obzir aleksitimije kao poremećaja u visokom komorbiditetu s anksioznosti i depresivnosti kod pacijentica s rakom dojke, fokus psihoterapije mogao bi postati socijalni trening emocionalnog izražavanja te prepoznavanja emocija koja bi kao jedan od simptoma aleksitimije mogla umanjiti depresivne i anksiozne simptome te indirektno djelovati na poboljšanje određenih dimenzija kvalitete života pacijentica.

## 6. ZAKLJUČAK

U ovom je istraživanju cilj bio istražiti različite dimenzije kvalitete života kod pacijentica koje boluju od raka dojke, te utvrditi ulogu depresivnosti, anksioznosti i aleksitimije u predviđanju tih dimenzija. Rezultati su pokazali kako sudionice najviše ograničenja doživljavaju zbog različitih fizičkih poteškoća koje se pojavljuju u procesu liječenja od spomenute dijagnoze. Odmah zatim slijede ograničenja zbog emocionalnih poteškoća te vitalnost, kao najviše pogođene dimenzije kvalitete života trenutnim stanjem pacijentica.

Hijerarhijska regresijska analiza u dva koraka je potvrdila važnost depresivnosti u predikciji nekih od dimenzija kvalitete života. U drugom se koraku depresivnost pokazala najboljim prediktorom vitalnosti i socijalnog funkcioniranja, dok se aleksitimija pokazala najboljim prediktorom percepcije općeg zdravlja u ovom modelu. Ova su tri prediktora očekivano najbolje objasnila općenito mentalno zdravlje pacijentica, a odmah nakon toga i njihovu vitalnost te socijalno funkcioniranje.

Rezultati ANOVA-e su potvrdili hipotezu o većoj učestalosti korištenja nezrelog obrambenog stila među pacijenticama koje zadovoljavaju kriterije za dijagnozu aleksitimije, u usporedbi s pacijenticama s niskim razinama aleksitimije. Također je utvrđeno kako pacijentice s povišenim razinama aleksitimije u stresnim situacijama češće koriste pasivnu agresiju, izolaciju, autistične fantazije i splitting od ostalih pacijentica.

## **7. ZAHVALE**

Od srca se prvo zahvaljujemo sudionicama, svakoj od pacijentica za sudjelovanje u istraživanju, odvajanje vremena i ispunjavanje ovog upitnika. Zahvaljujemo se našoj mentorici, prof. dr.sc. Lovorki Brajković za stručne savjete, podizanje motivacije i cjelokupnoj potpori u pisanju ovog rada te profesorima Hrvatskih studija za pružanje metodoloških znanja koja su nam pomogla u ovom istraživanju. Na kraju se zahvaljujemo našim obiteljima i prijateljima za potporu u pisanju ovog rada i podršci u cjelokupnom studiranju.

## 8. LITERATURA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Andrews, G., Singh, M. i Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of nervous and mental disease*, 181(4), 246-56.
- Andrews, M. D. i Pollock, C. (1989). The Determination of Defense Style by Questionnaire. *Arch Gen Psychiatry*, 46(5), 455-460.
- Arrieta, Ó., Angulo, L. P., Núñez-Valencia, C., Dorantes-Gallareta, Y., Macedo, E. O., Martínez-López, D., Alvarado, S., Corona-Cruz, J. F. i Oñate-Ocaña, L. F. (2013). Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Annals of surgical oncology*, 20(6), 1941-1948.
- Bagby, R., Parker, J. D. i Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale— I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Baumeister, R. F., Dale, K. i Sommer, K. L. (1998). Freudian Defense Mechanisms and Empirical Findings in Modern Social Psychology: Reaction Formation, Projection, Displacement, Undoing, Isolation, Sublimation, and Denial. *Journal of Personality*, 66, 1090-1092.
- Begić, D. (2014). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Besharat, M. A. i Shahidi, S. (2011). What is the relationship between alexithymia and ego defense styles? A correlational study with Iranian students. *Asian Journal of Psychiatry*, 4(2), 145-149.
- Bogutyn, T., Pałczyński, J., Kokoszka, A. i Holas, P. (1999). Defense mechanisms in alexithymia. *Psychological reports*, 84(1), 183-187.
- Bond, M. (2004). Empirical Studies of Defense Style: Relationships with Psychopathology and Change. *Harvard review of psychiatry*, 12(5), 263–278.

- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. i Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330, 1-4.
- Cooper, C. L. i Faragher, E. B. (1993). Psychosocial stress and breast cancer: the inter-relationship between stress events, coping strategies and personality. *Psychological Medicine*, 23(3), 653-662.
- Cummins, R. A., (1998). Abstract Issue, 5th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research. *Quality of Life Research*, 7(7), 561-682.
- Cvetković, J. i Nenadović, M. (2016). Depression in breast cancer patients. *Psychiatry Research*, 240, 343-347.
- De Vries, A. M., Forni, V., Voellinger, R. i Stiefel, F. (2012). Alexithymia in cancer patients: review of the literature. *Psychotherapy Psychosomatic*, 81(2), 79-86.
- Evren, C., Cagil, D., Ulku, M., Ozcetinkaya, S., Gokalp, P., Cetin, T. i Yigiter, S. (2012). Relationship between defense styles, alexithymia, and personality in alcohol-dependent inpatients. *Comprehensive psychiatry*, 53(6), 860-867.
- Fortner, B. V., Stepanski, E. J., Wang, S. C., Kasprovicz, S. i Durrence, H. H. (2002). Sleep and quality of life in breast cancer patients. *Pain Symptom Manage*, 24(5), 471-480.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy Psychosomatic*, 28(1-4), 337-342.
- Frick, E., Tyroller, M. i Panzer, M. (2007). Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre. *European journal of cancer care*, 16(2), 130-136.
- Helmes, E., McNeill, P. D., Holden, R. R. i Jackson, C. (2008). The construct of alexithymia: Associations with defense mechanisms. *Journal of clinical psychology*, 64(3), 318-331.
- Hoppe, K. D. i Bogen, J. E. (1977). Alexithymia in twelve commissurotomized patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 28(1-4), 148-155.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2016). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2015. godinu*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

- Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *Journal of Medical Association of Thailand*, 90(10), 2164-2174.
- Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J. i Hermes, S. (2012). Is alexithymia associated with specific mental disorders? *Psychopathology*, 45(1), 22-8.
- Luminet, O. Rokbani, L., Ogez, D. i Jadoulle, V. (2007). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 641-680.
- Lumley, M. A., Neely, L. C. i Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personal Assesment*, 89(3), 230-246.
- Mattila, A. K., Saarni, S. I., Salminen, J. K., Huhtala, H., Sintonen, H. i Joukamaa, M. (2009). Alexithymia and health-related quality of life in a general population. *Psychosomatics*, 50(1), 59-68.
- Maslić Seršić, D. i Vuletić, G. (2006). Psychometric evaluation and establishing norms of Croatian SF-36 health survey: framework for subjective health research. *Croatian medical journal*, 47(1), 95-102.
- Messina, A., Fogliani, A. M. i Paradiso S. (2011). Alexithymia in oncologic disease: association with cancer invasion and hemoglobin levels. *Annual Clinical Psychiatry*, 23(2), 125-130.
- Montazeri, A., Jarvandi, S., Haghigat, S., Vahdani, M., Sajadin, A., Ebrahimi, M. i Haji-Mahmoodi, M. (2001). Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group. *Patient Education and Counseling*, 45, 195-198.
- Mosher, C. E., Johnson, C., Dickler, M., Norton, L., Massie, M. J. i DuHamel, K. (2013). Living with metastatic breast cancer: a qualitative analysis of physical, psychological, and social sequelae. *Breast Journal*, 19(3), 285-292.
- Perry, S., Kowalski, T. L. i Chang, C. (2007). Quality of life assessment in women with breast cancer: Benefits, acceptability and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 24.



- Petz, B., Furlan, I., Kljajić, S., Kolesarić, V., Krizmanić, M., Szabo, S. i Šverko, B. (2005). *Psihologijski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Porcelli, P., Tulipani, C., Maiello, E., Cilenti, G. i Todarello, O. (2007). Alexithymia, coping, and illness behavior correlates of pain experience in cancer patients. *Psychooncology*, 16(7), 644-650.
- Reyes-Gibby, C. C., Anderson, K. O., Morrow, P. K, Shete, S. i Hassan, S. (2012). Depressive symptoms and health-related quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Womens Health*, 21(3), 311-380.
- Skarstein, J., Aass, N., Fossa, S., Skovlund, E. i Dahl, A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: Relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(1), 27-34.
- Smith, E. M., Gomm, S. A. i Dickens, C. M. (2003). Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 17, 509-513.
- Stanton, A. L. i Snider, P. R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, 12(1), 16-23.
- Taylor, G. J. i Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and empirical research: the example of alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61(1), 99-133.
- Winnie, K. W., Marsh, G., Ling, W. M, Leung, F. Y., Lo, C. K., Yeung, M. i Li, G. K. H. (2009). Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1). 17-22.
- World Health Organization: Depression Key Fact (2017). Pribavljeno 26.4.2018. godine s adrese <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- World Cancer Research Fund International (2014). Pribavljeno 26.4. 2018. godine s adrese <https://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/worldwide-data>.
- Zigmond, A. S. i Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

## 9. SAŽETAK

Dora Popović i Jelena Žipovski

### NASLOV:

KVALITETA ŽIVOTA KOD PACIJENTICA KOJE BOLUJU OD RAKA DOJKE:  
ULOGA DEPRESIVNOSTI, ANKSIOZNOSTI, ALEKSITIMIJE I OBRAMBENIH  
MEHANIZAMA

U procesu liječenja, pacijentice koje boluju od raka dojke, uz otežano fizičko funkcioniranje kao posljedice prirode same bolesti, nerijetko doživljavaju i psihičke tegobe uslijed brige oko vlastite dijagnoze i njenih ishoda.

Glavni je cilj ovog istraživanja utvrditi kvalitetu života i određene psihičke aspekte pacijentica oboljelih od raka dojke u Republici Hrvatskoj. U radu se istražuju i obrambeni mehanizmi koje pacijentice koriste pri suočavanju sa stresnim situacijama kojima su često izložene u procesu liječenja. U istraživanju su sudjelovale 44 pacijentice koje su pomoć potražile u različitim klinikama i udrugama na području grada Zagreba. Sudionice su rješavale upitnik samoprocjene koji se sastojao od sociodemografskog dijela i slijedećih kliničkih skala: Upitnika zdravstvenog statusa (SF-36), HADS ljestvice depresivnosti i anksioznosti, Torontske skale aleksitimije (TAS) i Upitnika obrambenih mehanizama (DSQ- 40).

Rezultati su pokazali sniženu kvalitetu života kod pacijentica koje boluju od raka dojke, a hijerarhijskom regresijskom analizom je utvrđeno kako je depresivnost dobar prediktor različitih dimenzija kvalitete života, dok se aleksitimija pokazala boljim prediktorom od depresije u utvrđivanju percepcije općeg zdravlja pacijentica. ANOVA je nadalje pokazala veću učestalost korištenja različitih nezrelih obrambenih mehanizama kod pacijentica koje zadovoljavaju kriterije za dijagnozu aleksitimije. U raspravi su dana detaljnija obrazloženja ovih rezultata, kao i implikacije za daljnja istraživanja.

Ključne riječi: rak dojke, zdravstvena kvaliteta života, aleksitimija, obrambeni mehanizmi

## 10. SUMMARY

Dora Popović i Jelena Žipovski

### TITLE:

QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS WITH BREAST CANCER: THE ROLE OF DEPRESSION, ANXIETY ALEXITHYmia AND DEFENCE MECHANISMS

In the healing process, patients who suffer from breast cancer often experience various mental issues, due to the diagnosis itself and its outcomes. The main purpose of this study is to determine the quality of life and certain psychological aspects of patients with breast cancer in Croatia. This paper also examines the defence mechanisms that patients use when dealing with stressful events often occurring in the healing process.

Forty-four patients diagnosed with breast cancer (mean age 61,1 years), who sought help in various clinics and associations in Zagreb, were involved in this study. A self-assessment questionnaire consisted of the socio-demographic part and four clinical scales: Hospital anxiety and depression scale (HADS), Toronto alexithymia scale (TAS-20), Defense style questionnaire (DSQ-40) and Short form health survey (SF36).

Results indicate low quality of some aspects of patient's lives, while hierarchical regression analysis showed depression to be a major predictor of various dimensions of life quality. Furthermore, alexithymia was a significant predictor in determining the perception of general health among patients suffering from breast cancer, accounting for more variance than depression itself in explaining this aspect of life quality. ANOVA has further shown a greater incidence of use of various immature defense mechanisms in patients who meet the criteria for the diagnosis of alexithymia. More detailed explanation of these results, as well as implications for further research, are discussed.

Key words: breast cancer, quality of life, alexithymia, defense mechanisms