

Strategije prilagodbe kao posrednici u cjelovitom oporavku srčanih bolesnika

Grković, Jasna

Doctoral thesis / Disertacija

2006

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:188:561502>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International/Imenovanje-Nekomercijalno-Bez prerada 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-18**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka Library - SVKRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET

Jasna Grković

STRATEGIJE PRILAGODBE KAO POSREDNICI U CJELOVITOM
OPORAVKU SRČANIH BOLESNIKA

Doktorska disertacija

Rijeka, 2006.

PODACI O AUTORU I DOKTORSKOM RADU

1. AUTOR

IME I PREZIME	Jasna Grković
DATUM I MJESTO ROĐENJA	3. veljače 1962., Rijeka
NAZIV FAKULTETA I GODINA ZAVRŠETKA DODIPLOMSKOG STUDIJA	Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, 1985.
NAZIV FAKULTETA I GODINA ZAVRŠETKA POSLIJEDIPLOMSKOG STUDIJA	Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, 1997.
SADAŠNJE ZAPOSLENJE, ADRESA	KBC Rijeka, Klinika za psihijatriju

2. DOKTORSKI RAD

NASLOV	Strategije prilagodbe kao posrednici u cjelovitom oporavku srčanih bolesnika
USTANOVA NA KOJOJ JE PRIJAVLJEN I IZRAĐEN DOKTORSKI RAD	Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci
BROJ STRANICA, SLIKA, GRAFIKONA, TABLICA I BIBLIOGRAFSKIH PODATAKA	Stranica 134, slika 16, tablica 21, bibliografskih podataka 104
ZNANSTVENO PODRUČJE, POLJE I GRANA	Znanstveno područje <i>biomedicina i zdravstvo</i> , znanstveno polje <i>kliničke medicinske znanosti</i> , znanstvena grana <i>psihijatrija</i>
IME I PREZIME MENTORA	Prof.dr.sc. Ljiljana Moro
FAKULTET NA KOJEM JE OBRANJEN DOKTORSKI RAD	Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

3. OCJENA I OBRANA

DATUM PRIJAVE TEME	19. ožujka 1998.
DATUM PREDAJE RADA	28. studeni 2005.
DATUM SJEDNICE FAKULTETSKOG VIJEĆA NA KOJOJ JE RAD PRIHVAĆEN	14. ožujka 2006.
POVJERENSTVO ZA OCJENU DOKTORSKOG RADA	Doc.dr.sc. Tanja Frančišković, doc.dr.sc. Ognjen Šimić, prof.dr.sc. Rudolf Gregurek
POVJERENSTVO ZA OBRANU DOKTORSKOG RADA	Doc.dr.sc. Tanja Frančišković, doc.dr.sc. Ognjen Šimić, prof.dr.sc. Rudolf Gregurek, prof.dr.sc. Ljiljana Moro
DATUM OBRANE	10. travnja 2006.

Mentor rada: prof.dr.sc. Ljiljana Moro

Doktorska disertacija obranjena je dana _____

u/na _____ ,

pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Rad ima _____ listova.

UDK klasifikacija:

PREDGOVOR

Ovaj rad je rezultat višegodišnjeg bavljenja suradnom psihijatrijom, tijekom posjeta psihijatra internim i kirurškim odjelima gdje se liječe srčani bolesnici, a nastao je temeljem želje i znatiželje za saznavanjem o psihičkom stanju ljudi koji su suočeni sa bolešću srca.

Izrečene ili napisane poruke i zapažanja pacijenata, koji su sudjelovali u istraživanju tijekom prikupljanja podataka za disertaciju, dali su mi srčanost i «ruku» u pisanju sljedećih stranica.

Da bi došlo do realizacije rada svesrdno je pomogla moja mentorica, prof.dr.sc. Ljiljana Moro, kojoj dugujem veliku zahvalnost.

Na dragocjenim savjetima i podsticanju zahvaljujem doc.dr.sc. Tanji Frančisković.

Najsrdačnije zahvaljujem na kontinuiranoj podršci i pomoći cjelokupnom osoblju Odjela za kardiokirurgiju Kirurške klinike i Postkoronarne jedinice Interne klinike, na čelu s doc.dr.sc. Ognjenom Šimićem i prof.dr.sc. Žarkom Mavrićem .

Posebnu zahvalu dugujem prof.dr.sc. Igoru Kardumu koji je statistički obradio prikupljene materijale; veliku pomoć pružila mi je i prof. Mirjana Pernar savjetujući me o psihometrijskom instrumentariju.

Iskreno zahvaljujem na izvedbenoj i stručnoj pomoći, pri izradi i nastajanju ove disertacije, gđi. Ljiljani Švegović, doc.dr.sc.Gordani Rubeša, prof.dr.sc.Ivanki Avelini – Holjevac, Hrvoju Vukiću i njegovom uredu, te knjigovežnici Rožić. I na kraju, stalno je bila uz mene moja obitelj.

SAŽETAK

Proučavanje promjena psihičkog stanja bolesnika koji su suočeni sa ozbiljnom bolešću ili terapijskim zahvatom približava psihijatriju somatskoj medicini i zanimanje za ova dodirna područja buja i u kliničkoj praksi i u znanstvenim istraživanjima. Svjetska epidemija srčanih bolesti posljednjih desetljeća stavlja srčane bolesnike u samo središte zanimanja.

Cilj ovoga rada je ustanoviti utjecaj strategije suočavanja, koje koriste srčani bolesnici, na njihov oporavak i psihičko stanje.

Trebalo je istražiti kako se bolesnici nose s novonastalom situacijom koja je za njih akutna i iznenadna (pretrpljen srčani udar) ili očekivana (izveden kardiokirurški operativni zahvat).

Cilj ovog rada činilo je i osmišljavanje modela za konzultacijsko-suradni psihijatrijski rad sa srčanim bolesnicima, na temelju proučenih stilova suočavanja sa njihovom situacijom nakon preboljelog infarkta miokarda, odnosno nakon što su imali operaciju na srcu.

Ispitana su 147 bolesnika, 74 kardiološka bolesnika i 73 kardiokirurška bolesnika . Mjerenja za ovo prospektivno, longitudinalno istraživanje su prikupljena tijekom 1999-2005. godine. Prvo psihometrijsko mjerenje dobiveno je tjedan dana od pretrpljenog infarkta miokarda odnosno iza operativnog zahvata na otvorenom srcu; upitnici za drugo mjerenje (nakon šest mjeseci) i treće mjerenje (nakon dvanaest mjeseci) bolesnicima su odaslani poštom, a istraživanje je kompletiralo 41% bolesnika (šezdeset bolesnika). Primijenjen je sljedeći instrumentarij: konstruirana ljestvica intenziteta stresa, STAI - ljestvica za mjerenje anksioznosti, BDI- upitnik za depresivnost i COPE-upitnik suočavanja sa stresom.

Dobiveni rezultati ukazali su da se u obje grupe bolesnika oporavak može pratiti kroz smanjivanje procjene stresnosti i smanjivanje depresivnosti kroz razdoblje od godinu dana.

Anksioznost se ne mijenja u tom razdoblju niti u jednoj ispitivanoj grupi. Dvije ispitivane grupe ne razlikuju se u upotrijebljenim strategijama suočavanja, nego u tjelesnim značajkama depresivnosti koje su više izražene kod kardiokirurških bolesnika. Procjena stresnosti ima odloženi efekt na tjelesno i psihičko stanje bolesnika, što se vidi kroz pozitivnu korelaciju s tjelesnim značajkama depresivnosti. Jedina strategija suočavanja koja ima prediktivnu važnost je problemu usmjereno suočavanje koje smanjuje anksioznost bolesnika. Na osnovi rezultata istraživanja mogu se odrediti područja psihičkog suočavanja bolesnika tijekom oporavka koja bi suradni psihijatar trebao zahvatiti u pristupu srčanim bolesnicima i cjelokupnom timu koji skrbi o pacijentima.

SUMMARY

Studies of psychic changes in patients confronted with serious illness or therapeutic procedure bring together psychiatry and somatic medicine, resulting in escalating interest for those intertwining fields in both clinical practice and scientific research.

The aim of this paper is to establish the influence of coping strategies that cardiac patients use, on their recovery and psychic status. It was also supposed to be explored how patients cope with a novel situation, such as an acute, unexpected heart attack or an expected procedure of open heart surgery. The goal of this paper was also to propose a model of implementation of consultation-liaison psychiatric service strategies for cardiac patients, based on established coping styles of cardiac patients confronted with their life situation after myocardial infarction or open heart surgery.

147 patients were examined; 74 cardiac and 73 cardiosurgery patients. Measurements for this prospective, longitudinal study were obtained in 1999-2005 period of time. First psychometric measurement was carried out during the first week after myocardial infarction or open heart surgery; the same psychometric inventories for second (six months after) and third (twelve months after) were mailed to patients; 41% of patients completed the study with all three measurements. The following instruments were used: constructed perception of stress scale; State Trait Anxiety Inventory; Beck Depression Inventory and COPE Questionnaire.

The results obtained showed that in both groups recovery process is marked with reduction in perceived level of stress and reduction of depression. There is no change in anxiety level in both groups throughout the one year period. There is no difference in coping strategies between the groups, but they differ in somatic components of depression – cardiosurgery patients are significantly more depressed when somatic component is in center. Perception of stress has long-term effects on somatic components of depression. Only problem oriented coping has predictive effect on recovery process in cardiac patients, it lessens the anxiety. The results obtained can pinpoint the areas of interest in psychological coping strategies that liaison psychiatrist should address while approaching the cardiac patient and the whole team that is dealing with those patients.

KAZALO

SAŽETAK

SUMMARY

1. UVOD	1
1.1. Psihosomatska medicina	4
1.1.1. Biopsihosocijalni model	7
1.1.2. Psihoneurobiologija i psihosomatika	9
1.1.3. Psihodinamika i psihosomatika	12
1.2. Stres i bolesti srca	17
1.3. Strategije suočavanja sa stresom	22
1.4. Liječenje srčanih bolesnika	29
1.4.1. Koronarne i postkoronarne jedinice	30
1.4.2. Kardiokirurške operacije	32
1.5. Suradna psihijatrija	
1.5.1. Definicija, uloga i zadaća suradne psihijatrije	35
1.5.2. Veza psihosocijalnih čimbenika i tjelesnih bolesti	39
1.5.3. Osmišljavanje uloge suradnog psihijatra	44
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	
2.1. Predmet i cilj istraživanja	48
2.2. Radna hipoteza	49

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ispitanici	50
3.2. Metodika istraživanja	
3.2.1. Instrumenti	51
3.2.2. Postupak	53

4. REZULTATI

4.1. Neke demografske značajke srčanih bolesnika	55
4.2. Procjena utjecaja bolesti i operacije na psihičko stanje, te oporavak srčanih bolesnika	
4.2.1. Rezultati na ljestvici procjene stresa	56
4.2.2. Rezultati na State Trait Anxiety Inventory	57
4.2.3. Rezultati na Beck Depression Inventory	58
4.2.4. Rezultati na upitniku suočavanja sa stresom (COPE)	59
4.2.5. Povezanost dobi i spola s rezultatima na mjerenim varijablama	62
4.3. Utjecaj procjene intenziteta stresa na psihičko stanje i razvijanje strategija prilagodbe na novonastalo stanje	
4.3.1. Odnos rezultata na ljestvici za procjenu intenziteta stresa i upitniku strategija suočavanja	65
4.3.2. Odnos rezultata na ljestvici za procjenu intenziteta stresa i STAI	66
4.3.3. Odnos rezultata na ljestvici za procjenu intenziteta stresa i BDI	67
4.4. Utjecaj strategija suočavanja na oporavak srčanih bolesnika	
4.4.1. Odnos rezultata na COPE upitniku strategija suočavanja kroz sva tri mjerenja	68
4.4.2. Odnos rezultata na COPE upitniku za strategije suočavanja i STAI	70
4.4.3. Odnos rezultata na COPE upitniku za strategije suočavanja i BDI	72

4.4.4. Međusobni utjecaj depresivnosti i anksioznosti	73
4.5. Tjelesne značajke depresivnosti izdvojene u rezultatima na BDI upitniku za depresivnost	74
4.6. Rezultati regresijskih analiza za utvrđivanje odloženih učinaka strategija suočavanja i procjene intenziteta stresa na oporavak srčanih bolesnika	75
4.7. Rezultati dvosmjerne analize varijance	80

5. RASPRAVA

5.1. Utjecaj bolesti i operativnog zahvata na psihičko stanje, te oporavak srčanih bolesnika

5.1.1. Procjena intenziteta stresa	87
5.1.2. Anksioznost srčanih bolesnika	90
5.1.3. Depresivnost srčanih bolesnika	93
5.1.4. Strategije suočavanja nakon infarkta miokarda i kardiokirurškog zahvata	96

5.2. Utjecaj procjene intenziteta stresa na korištenje strategija suočavanja u novonastaloj situaciji

5.2.1. Utjecaj procjene intenziteta stresa na strategije suočavanja	101
5.2.2. Utjecaj procjene intenziteta stresa na anksioznost bolesnika	102
5.2.3. Utjecaj procjene intenziteta stresa na depresivnost bolesnika	103

5.3. Odnos strategija suočavanja i oporavka srčanih bolesnika

5.3.1. Međusobni utjecaj različitih strategija suočavanja u razdoblju oporavka	106
5.3.2. Strategije suočavanja, anksioznost i depresivnost tijekom oporavka bolesnika	108

5.4. Utjecaj somatskih tegoba srčanih bolesnika na psihički status i oporavak

5.5. Osmišljavanje pristupa suradnog psihijatra srčanim bolesnicima	113
--	------------

6. ZAKLJUČCI	118
7. LITERATURA	120
8. PRILOZI	127
8.1. Ljestvica intenziteta stresa	
8.2. STAI upitnik za procjenu anksioznosti	
8.3. BDI Beckov upitnik za depresivnost	
8.4. COPE upitnik suočavanja sa stresom	
ŽIVOTOPIS	134

Mom tati

1. UVOD

*Naše starije srce, prijatelji, tko bi to pomislio,
ono prisno, što jučer nas još je pokretalo,
sad bespovratno? Više ga nitko
neće osjetiti, nitko od još bivajućih
nakon visoke preobrazbe.*

*Jer srce vremena, starije srce još uvijek
neoživljena pravremena
potisnulo je ono blisko, ono polako drugačije,
stečeno naše. I sada je, prijatelji, kraj,
to nenadno traženo srce
troši ono nasilno!*

Rainer Maria Rilke: iz «Pet pjevanja (kolovoz 1914)»

Nakon razbolijevanja od ozbiljnije bolesti ništa više nije kao prije; istovremeno izranja pitanje – a kako je bilo prije? Bolesno srce nosi sa sobom mnoge prizvuke, jer rad srca znači život. Oštećenje, bolest srca sa njegovim simboličkim značenjem esencije ljudskog bića uzdrma bolesnikov osjećaj cjelovitosti i sigurnosti. Ali, srce služi nečemu višem od same fiziološke funkcije – širi se u simboličko značenje emocija. Uz riječ srce odmah pomislimo na mnoge osjećaje - tugu, bol i ljubav...

Prošlost, sadašnjost i budućnost isprepliću se uvijek u temi bolesti, a tako je i u ovome radu. Pišem o ljudima koji se liječe nakon što se razboljelo njihovo srce. Razgovarala sam sa ovim bolesnicima i uspoređujem reakcije i psihičko stanje

bolesnika nakon što su iznenada preboljeli srčani udar i onih koji su prebrodili očekivanu operaciju na otvorenome srcu.

A što je bilo prije? Je li moguće u načinu kako se pacijenti nose s novonastalom situacijom otkriti pravilnost i specifičnost reagiranja u vremenskoj dimenziji, jer na zamišljenoj crti zbivanja pacijenti nisu na istom mjestu? Infarkt miokarda dolazi iznenada, a operacija srca nakon što je netko već izvjesni broj mjeseci ili čak godina suočen sa činjenicom da sa « najvažnijom pumpom» nešto ne valja, te da će morati na operaciju bilo premoštavanja, bilo zamjene srčanog zaliska i slično. Stres kojem su dakle bolesnici izloženi, nema jednaku vremensku i doživljajnu kvalitetu, no je li moguće razlučiti koje se strategije prilagodbe i suočavanja mobiliziraju obzirom na nastanak i trajanje stresnog razdoblja i kako takva cjelokupna situacija utječe na pacijentovo psihičko stanje i oporavak od bolesti i operacije.

Zanimalo me je kako je sada, u prvim danima nakon stresnog događaja, te kako će biti u budućnosti? Kako će se bolesnici nositi sa svojim stanjem, bolešću, doživljenim ograničenjima i promjenama u rekonvalescentnom životu i kako će se strategije prilagodbe mijenjati i utjecati na život bolesnika i njihov oporavak?

Stres i suočavanje sa stresnim zbivanjima su vjerojatno najistraživanije područje u psihologiji. Neki tvrde da je taj opsežan korpus saznanja i rezultata istraživanja pomalo i razočaravajući, jer nije dao jasne odgovore i egzaktno definicije što je djelotvorno, a što nije u adaptaciji čovjeka na stres. Čini mi se da je ovo polje istraživanja još uvijek vrlo živo i ispunjeno s mnogo saznanja o

tome kako se ljudi nose sa stresom, a dostignuća su i te kako značajna kad se radi o stresu zbog bolesti ili tretmana.

Rani interes u području *adaptacijskih procesa ili strategija suočavanja* vodi nas u devetnaesto stoljeće do Sigmunda Freuda i njegovog rada o psihološkim obranama koje je on otkrivao i proučavao da bi razumio kako se ljudi nose s anksioznošću. I kada su se nesvjesni mehanizmi obrane pokazali teškim za procjenjivanje, psiholozi su se okrenuli objektiviziranim, laboratorijskim proučavanjima stresa (Selye) ili koristeći liste zbivanja životnih događaja (Holmes i Rahe).

Iako smo vremenski daleko od navedenih pionirskih istraživanja stresnosti bolesti, područje koje je i moj interes vrlo je živo i plijeni pažnju, jer učestalost psiholoških poremećaja kod bolesnika hospitaliziranih u općim bolnicama je velik. Konzultativni rad na odjelima kardiologije i kardiokirurgije probudio je moj interes da kliničku praksu povežem s istraživanjem. Iz literature je poznato da trećina bolesnika koji su preživjeli srčani infarkt pati od povišene anksioznosti i depresivnog raspoloženja. Kirurški zahvati – operacije na otvorenom srcu zanimala su me jer se na tom odjelu dešava sraz vrlo suvremenog medicinskog rada kod pacijenata koji su već liječeni zbog srčane bolesti, dakle cirkuliraju navedenim odjelima kardiologije i kardiokirurgije. U čemu su i da li prevladavaju sličnosti ili razlike među ovim srčanim bolesnicima i kako se nose sa stresnim zbivanjima nastalim u njihovim životima ?

Moj interes za rad na ovim odjelima i puno otvorenih pitanja koja su se nametnula tijekom praktičnog, konzultativnog rada ondje, bila su mi poticaj za izradu ovog rada i motivacija za istraživanje.

1.1. Psihosomatska medicina

Tijelo i psiha su nerazdvojno povezani. Znanstveni i praktični pristup njima kroz medicinu nije uvijek bio isti, vjerojatno zbog sekularnih zakonitosti napretka u saznanjima iz anatomije, fiziologije i filozofije; mijenjao se od starogrčkog, Hipokratovog holističkog pristupa, preko dualističkog Decartesovog razmišljanja, do revolucionarnog Freudovog povezivanja psihe i tijela. (1,2) Izraz *psihosomatika* iskovao je Johann Heinroth 1818.g., a Felix Deutsch 1922.g. uvodi naziv *psihosomatska medicina*. Početak XX. stoljeća predstavlja rasadište ideja i kolijevku psihosomatske medicine. Radeći na bolničkim odjelima velikih američkih bolnica , psihijatri, psihoanalitičari i još i drugi “somatski” medicinari povezuju, proučavaju i istražuju međusobni utjecaj psihološkog i fiziološkog u nastanku bolesti i oporavku od nje.

Helen Flanders Dunbar je 1935.godine objavila povijesni rad “ Emotions and Body Change” , a radeći na odjelu somatske medicine velike opće bolnice Columbia – Presbyterian, započela je ambicioznu studiju sa 600 pacijenata oboljelih od kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa i s frakturama. Zajedno sa svojim suradnicima objavila je rezultate koji su potvrđivali kako psihološki faktori u znatnoj mjeri djeluju i na etiologiju i tijek bolesti. Oni su predvidjeli kolika će biti potreba za radom psihijataru na odjelima somatske medicine. (3)

Franz Alexander označava "sedam velikih" psihosomatskih bolesti: peptički ulkus, bronhijalnu astmu, esencijalnu hipertenziju, ulcerativni colitis, tireotoksikozu, reumatoidni artritis i neurodermitis. Sve više se razumijeva odnos stresa i bolesti i etablira se gledište da je mnoštvo fizioloških promjena u organizmu izazvano psihosocijalnim čimbenicima.

U ovom pionirskom razdoblju psihosomatske medicine , 1939.godine, u prvom broju časopisa " Psychosomatic Medicine" objavljeno je osnovno gledište opisanog psihosomatskog pristupa. " *Odnos psihološkog i fiziološkog aspekta svih normalnih i patoloških tjelesnih funkcija, kao i integracija somatske terapije i psihoterapije, temelj je psihosomatskoga pristupa bolesti.*" (2,3)

I sada, gotovo stotinu godina od navedenih zbivanja, psihosomatska medicina još nastanjuje međuprostor između psihijatrije i drugih medicinskih grana. Ona proučava ulogu bioloških i psihosocijalnih čimbenika u razvoju, tijeku i ishodu svih bolesti. (4)

Psihosomatska medicina kao da se može prisposobiti svojevrsnom glasniku koji upozorava na opasnosti dehumanizacije i tehnicizma u istraživanjima, ali daje i nadu u to koliko dobra i pomoći može donijeti fantastičan progres medicinskih istraživanja.

Nancy Andreasen lijepo to sažima u predgovoru svoje knjige "Brave New Brain" : "Moramo biti svjesni pogibelji koje prijete od raznoraznih lažnih dihotomija: psiha protiv tijela, medikacija protiv psihoterapije, ili geni protiv

okoline".(5) Danas psihosomatsku medicinu možemo predstaviti kao pulsirajuće kliničko polje u koje neprestano stižu saznanja iz brzo razvijajućih istraživačkih područja, a njena stalna premisa je da je neophodno ne zaboravljati pri tome koliko je nužno svakom pacijentu pristupiti kao zasebnom pojedincu koji trpi. (6)

Kako psihosomatska medicina podrazumijeva jedinstvo uma i tijela, te interakcije između njih, u osnovi ona se bavi učincima psihijatrijskih poremećaja na somatske bolesti, te, vice versa, utjecajem somatskih bolesti na psihu. Konotacija uz izraz *psihosomatski* nužno je i *holistički* pristup, koji znači da se na organizam čovjeka gleda kao na jedinstvenu i nedjeljivu cjelinu, i prožima cjelokupni znanstveni i klinički rad u psihosomatici.(7,8,9,10)

Praktičari psihosomatske medicine su suradni (konzultacijsko – liaison) psihijatri koji rade na bolničkim odjelima ili su integrirani u primarnu zaštitu. Ti specijalisti (u SAD-u od ove godine psihosomatska medicina je priznata kao najnovija subspecijalizacija) bave se s tri velike grupe pacijenata koje čine: pacijenti s komorbidnim psihijatrijskim i somatskim bolestima koje uzajamno kompliciraju njihovo liječenje; pacijenti sa somatoformnim i funkcionalnim poremećajima i pacijenti koji boluju od nekog psihijatrijskog poremećaja koji je izravna posljedica primarne somatske bolesti ili njenog tretmana.(11)

Psihološki faktori važni su u razvitku svih bolesti, bez obzira da li ih uzrokuju, doprinose pogoršanju, egzacerbaciji ili predispoziciji za njih. Shodno tome i izraz "psihosomatski" u Dijagnostičkom i statističkom priručniku

duševnih poremećaja (DSM-IV) zamijenjen je kategorijom “psihološki faktori koji djeluju na medicinsko stanje”. (12)

Slijedećih nekoliko podpoglavlja (Biopsihosocijalni model; Psihoneurobiologija i psihosomatika; Psihodinamika i psihosomatika) razdijelila sam zbog razloga preglednosti, ali u sadašnjoj eri neuroznanosti, u koju je uklopljen suvremeni psihosomatski pristup, ova podjela je umjetna i samo didaktička.

1.1.1. Biopsihosocijalni model

Psihosomatska medicina zastupa jedinstvo uma i tijela, te neizostavnost interakcije između njih. Psihosomatska medicina proučava međudnose psiholoških i socijalnih fenomena i fizioloških funkcija – normalnih i patoloških – te međugre bioloških i psihosocijalnih čimbenika u razvitku, tijeku i ishodu svih bolesti; proučava primjenu *biopsihosocijalnog* pristupa liječenju pacijenta.

U medicinskom setingu baš primjena biopsihosocijalnog modela diktira da se za svaku bolest i za svakog pacijenta u dijagnostičkoj procjeni, tretmanu i praćenju uzimaju u obzir psihološki, socijalni i psihijatrijski čimbenici.(13)Ovakav biopsihosocijalni pristup ujedno znači i prevladavanje nepotrebnih, ali ukorijenjenih i ranije spomenutih lažnih dihotomija (um-tijelo, medikacija – psihoterapija). Evo primjera: za osobe koje imaju koronarnu arterijsku bolest, ili pozitivnu obiteljsku anamnezu za nju, nužan je psihosocijalni pristup – dijeta, tjelovježba i izbjegavanje stresa, a dodatno i

lijekovi ako su potrebni. Isto tako, prva linija liječenja povišenog krvnog tlaka je učenje o prehrani sa smanjenim unosom soli. Lijekovi se koriste kad ovo nije dostatno.

Primjena biopsihosocijalnog modela u praksi odvija se kroz traženje:

- psiholoških odgovora na tjelesnu bolest
- psiholoških i socijalnih resursa
- "coping" stila i crta osobnosti osobe
- mogućih psihijatrijskih poremećaja

Značajnost psihološke komponente u biopsihosocijalnom pristupu svakom bolesniku očita je, jer zaista možemo zaključiti da su psihološki faktori važni u razvitku svih bolesti, bez obzira da li ih uzrokuju, doprinose pogoršanju, egzacerbaciji ili predispoziciji za bolest. Ključno je da psihološki faktori djeluju na izbijanje i na razvitak bolesti ili na odloženi oporavak itd (7,8)

U navedene psihološke čimbenike primjerice uvrštavamo duševne poremećaje (kao predstavnika možemo navesti veliki depresivni poremećaj: simptomi depresije zahvaćaju i djeluju na sve razine razvitka i tijeka bolesti), psihološke simptome (depresivnost, anksioznost, paničnost i drugi simptomi mogu obojiti kliničku prezentaciju svake bolesti u svakoj njenoj fazi), crte osobnosti (poznata je «A» osobnost s hostilnim, požurujućim ponašanjem koje doprinosi kardiovaskularnim bolestima, «B», «C», »D» osobnost itd.), «coping» stil (npr. stil prilagodbe odnosno suočavanja s dijagnozom, terapijskim zahvatom,

lijekovima koji može biti suočavajući ili izbjegavajući, kao recimo poricanje potrebe za kirurškim zahvatom , nepridržavanje režima lijekova, no o tome kasnije detaljnije), te maladaptivno ponašanje (npr. nedostatak tjelesne aktivnosti).

1.1.2. Psihoneurobiologija i psihosomatika

Psihijatrijski rječnik danas vrvi izrazima iz neuroznanosti i neurobiologije (neuroanatomije, neurofiziologije, neuroimunologije, endokrinologije itd.) Ne bez razloga, jer psihosomatska medicina proučava i razumijeva fiziologiju i psihologiju odnosa psihe i tijela. Sam izraz psihosomatika znači visceralni odgovor na emocije kojih je bolesnik dijelom svjestan, ali koje većinom nisu prepoznate u svijesti. (14) Nekako usporedno, 80.-tih godina prošloga stoljeća Engel, Weiner, Schwartz i drugi počeli su koristiti opću sistemsku teoriju, kao i koncepte povratne sprege, samo- regulacije i disregulacije da bi objasnili psihobiološki mehanizma podliježeće u zdravlju i bolesti. Govorili su o terminu *psihobiološke disregulacije* koja može nastati na bilo kojoj razini organizma kojeg promatramo kao sustav.(10)Promatra ga se od staničnog do socijalnog nivoa i rezultira narušenom fiziološkim procesima koji mogu povećati sklonost organizma prema bolesti. U svjetlu ovih istraživanja i arterijska hipertenzija je konceptualizirana kao poremećaj regulacije. Do disregulacije fizioloških procesa može dovesti i promjena u relacijama (objektni odnosi) – opet poveznica s psihodinamikom- proučavalo se to kod

djece gdje odnos majka-dojenče, utječe na regulaciju djetetovog unutarnjeg miliea.

U srži psihosomatike tako je zapravo «jezik organa», jer još je Mac Lean 1973.godine (10) napisao da se kod psihosomatskih poremećaja osjećaji ne iskazuju simbolizacijom riječima preko neokorteksa (mozak za riječi), nego uznemirujuće emocije nalaze neposrednu ekspresiju preko autonomnih i neuroendokrinih putova i tako se prevode u navedeni «jezik organa».

Tih godina saznavalo se sve više o *hemisfericizmu*, kada je znanstveno objašnjena dominacija desne hemisfere mozga u procesiranju i ekspresiji emocija . Osim toga, u pokušajima da integriraju ondašnja recentna znanja iz neurobiologije i psihoanalize, Galin je 1974.g. usporedio neke aspekte funkcioniranja desne hemisfere s primarnim procesom mišljenja (prema Freudu), dok bi mentalni rad lijeve hemisfere odgovarao sekundarnom procesu mišljenja.

1983.godine Davidson i Schwartz su prikazali preliminarna istraživanja o tome da pacijenti s potiskujućim strategijama suočavanja imaju deficit u prijenosu emocionalnih informacija iz desne u lijevu hemisferu.

Istraživanja u ovom području i danas su aktualna, pa čitamo npr. u najnovijem broju časopisa *Psychotherapy and Psychosomatics* kako je aleksitimija (termin koji opisuje nedostatak riječi za osjećaje) posebno zanimljiva kliničarima zbog njene moguće neurološke utemeljenosti i visoke prevalencije među pacijentima koji boluju od određenih bolesti, uključujući hipertenziju kao predstavnika klasičnih psihosomatskih bolesti.(16) Smatra se da bi identificiranje pouzdanih

neuroloških korelata pomoglo u procesu dijagnosticiranja, te utjecalo na tretman povezanih poremećaja. Još uvijek je nepoznata neurofiziološka baza aleksitimije, no model koji se zasniva na slabom prijenosu emocionalnih informacija iz njihovog izvorišta u desnoj hemisferi u govorna područja lijeve hemisfere ima najviše pristalica. Pretpostavka je da mora postojati funkcionirajuća poveznica desne i lijeve hemisfere, tj. intaktan corpus callosum. Prema ovome modelu interhemisferičnog deficita, emocijama nabijen materijal je «odrezan» od govorno izražajne lijeve hemisfere, a umjesto toga se ekspresija odvija fiziološkim kanalima koji su pod kontrolom desne hemisfere, preko kortikotropinskih i autonomnih putova. Tako anksioznosti i negativne emocije nađu izlaz kroz tjelesne simptome. Postoji i gledište da je aleksitimija povezana s poremećajem funkcioniranja desne hemisfere u procesiranju emocija. (17)

Istraživanja su svakako usporedna na više , u konačnici, konvergentnih područja, pa se u zadnjem desetljeću mnogo publicira i o povezanosti psihoneuroimunologije i psihosomatske medicine. Opći su zaključci da se može govoriti o utjecaju psihosocijalnih stresora na imuni odgovor koji onda dovodi do aktualnih poremećaja zdravlja; suvremena medicinska literatura navodi i čitav spektar bolesti (i kardiovaskularne bolesti) na čiji početak i tijekom imaju utjecaj proinflamatorni citokini čija se produkcija povećava pod utjecajem negativnih emocija i stresnih iskustava. (15)

1.1.3. Psihodinamika i psihosomatika

Kada je pedesetih godina prošloga stoljeća psihosomatska medicina zauzela sigurnu poziciju priznate kliničke specijalnosti, njene dijagnostičke, terapijske i istraživačke aktivnosti temeljile su se na psihoanalitičkom konceptu nesvjesnoga psihičkog konflikta koji je nastao studiranjem neurotskih pacijenata. Trebalo je proći još dvadesetak godina da bi se ustoličila nova saznanja o tome da su zapravo defekti u funkcioniranju ega, a ne psihodinamski konflikt u osnovi psihološke disfunkcije najvećeg broja pacijenata s psihosomatskim poremećajima.

Ako želimo opisati ove defekte u funkcioniranju ega koji psihosomatskim pacijentima onemogućavaju opisivanje i razlikovanje osjećaja, kao i kreiranje fantazija (takvu nemogućnost zovemo *aleksitimija*), moramo se vratiti u rani razvoj djeteta kao i prizvati u pomoć ego psihologiju odraslih da bi stvorili psihosomatski koncept funkcioniranja ega. Pri tome stalno imamo na umu da se i u ovim razumijevanjima susreću naša znanja o strukturi ega i strukturi mozga, koja jedna drugo podržavaju, a dihotomiji ovdje nema mjesta. Čini se da bi Sigmund Freud došao na svoje, koji je, mada nikad ne koristeći termin *psihosomatski* u svojim djelima, čvrsto vjerovao da psihičko stanje može utjecati na tjelesno zdravlje . Prema njegovom mišljenju depresivna stanja mogu dovesti do tjelesne bolesti u predisponiranih osoba, dok osjećaji radosti i sreće mogu imati oporavljajući, «pomlađujući» učinak na organizam. Freudov interes međutim nikad nije usredotočen na organske, tjelesne bolesti, nego je intenzivno

istraživao psihološke procese koji uzrokuju konverzivne i hipohondrijske somatske simptome.(18)

Suvremenija saznanja podupiru postojanje bitnog međuprostora između suvremene psihoanalize i neurobiologije . Teorija objektnih odnosa i self psihologija doprinose tome da se naglasak premješta s nagona i obrana na nestalnost i promjenjivost interpersonalnih relacija.Najveća pažnja posvećuje se razumijevanju ranog odnosa majke i djeteta i njegove važnosti za stvaranje i psihosomatskog funkcioniranja i zdrave ličnosti. Psihobiologijska istraživanja i opservacijske studije djece potvrđuju da nedostaci u ranim objektnim odnosima rezultiraju u razvojnim defektima koji reduciraju kapacitet osobe da samoregulira osnovne psihobiološke funkcije i tako je predisponiraju za tjelesne bolesti. (10)

Kad se vratimo malo u povijest moramo istaknuti jednu od začetnica psihosomatskog pristupa bolesnicima Helen Flanders Dunbar (liječnica i psihoanalitičarka). Ona je smatrala simboličku konverziju jedinim načinom kako psihička zbivanja mogu utjecati na somatske funkcije. Prema njenom gledištu većina psihosomatskih simptoma nastaje pražnjenjem nagonске energije u vegetativni sistem tijela. Pokušala je utvrditi povezanost određenih profila ličnosti i specifičnih bolesti. Primjerice, smatrala je da će ambiciozan, prezaposlen rukovodilac biti sklon koronarnoj arterijskoj bolesti. Za pacijente s hipertenzijom smatrala je da su sramežljivi, perfekcionista i rezervirani, ali skloni «vulkanskoj erupciji osjećaja» kad su u konfliktu s autoritetom(1,6,10).

Grinker i Robbins (1953), te osamdesetih godina prošlog stoljeća, Weiner, kritizirali su Dunbar da nije uspjela objasniti izvore crta ličnosti koje je opisala, kao ni utjecaj na specifične psihosomatske bolesti, te to što nije objasnila mehanizme koji započinju i održavaju bolest.No ističe se da je bila jedna od prvih psihoanalitičara koja je zastupala psihosomatski pristup svim tjelesno bolesnim pacijentima.(2,3)

Zanimanje za profile ličnosti se zadržalo, i 1959.g. Friedman i Rosenman opisuju «A» tip ličnosti kojega karakterizira svojstveni obrazac ponašanja. «A» ličnosti su naglašeno kompetitivne, agresivne, nestrpljive, u stalnoj utrci s vremenom i pokazuju stalnu želju da budu priznate i napreduju. Obično su u pojačanom stanju budnosti,napete muskulature, brzog i naglašenog govora. Neki fiziološki parametri su specifični – alterirane vrijednosti lipoproteina, povišeni nivoi kolesterola i triglicerida, veći broj trombocita i druge. Mnoge osobe s narcističkim poremećajem osobnosti pokazuju neka «tip A» ponašanja, no psihosomatsko značenje ove povezanosti nije psihoanalitički istraženo.(6,10)

Psihoanalitičar Franz Alexander smatra se najjačim teoretičarem psihosomatike 30.-tih i 40.tih godina prošlog stoljeća; o psihosomatskim bolestima govorio je kao o *vegetativnim neurozama* u kojima se pacijenti zapravo bore s neriješenim, nesvjesnim konfliktima koji se na ovaj ili onaj način vrte oko zavisnosti, uz razvitak narcističkog protesta i kompenzatornih napora, te kompetitivne agresivnosti. Alexander je smatrao da ukoliko dođe do blokiranja ostvarivanja zavisnih potreba, energija se iskazuje preko *parasimpatikusa* (rezultirajući peptičkim ulkusom, bronhalnom astmom ili ulceroznim kolitisom).

Kad se blokira aktivnost i agresivnost, dolazi do aktivacije *simpatikusa* i razvijaju se esencijalan hipertenzija, hipertireoza i reumatoidni artritis.

Alexandera je posebno i interesirao «izbor» bolesti koji je nesvjesno određen, pa je npr. smatrao da su pacijenti s esencijalnom hipertenzijom u konfliktu zbog iskazivanja svojih agresivnih poriva zbog straha od osвете i osujećivanja njihovih zavisničkih potreba.

Uz ovo, Alexander je zaista uvjerljivo zastupao multifaktorski model bolesti, a navedene specifične konflikte smatrao samo jednim od potrebnih čimbenika za razvoj bolesti. Smatrao je da određene životne situacije, uz vulnerabilnost nekog organa ili tkiva, reaktiviraju neriješeni nesvjesni konflikt i slome ranije uspostavljene primarne obrane od njega.(10)

Polovicom prošlog stoljeća javljaju se interesantne znanstvene ideje o teoriji regresije ega (Schurr, Reiser i dr.) koji navode da se u razvoju prerasta, odnosno desomatizira, nediferencirana tzv. psihosomatska faza razvitka, a pacijent ponovo u nju regredira (anksioznost se resomatizira) kad se ego ne može adekvatno braniti pred stresom.

Šezdesetih godina se pak etabliraju teorije simbolizacije (Piaget, M.Klein, H.Segal, D.Winnicot, R. Bion). Nakon njih Ruesch razmatra tzv. infantilnu osobnost psihosomatskih pacijenata , koji se ne mogu emocionalno separirati od majki, tako da je njihova emocionalna ekspresivnost narušena, kao i narav unutarnjih objekata, a posljedično i interpersonalnih relacija.(6,9,10)

I dolazimo do Sifneosa koji je uočivši poseban komunikacijski stil psihosomatskih pacijenata skovao termin *aleksitimija* , kojim je opisao

nedostatak riječi za emocije, a komunikacijski stil tih pacijenata opisao je kao «sterilan i bezbojan». Površinski, aleksitimične osobe su dobro adaptirane i socijalno uključene, a tek kad se promotri izbliza uočljivo je da imaju malo kontakta s vlastitom psihičkom realnosti i imaju velike teškoće u prepoznavanju vlastitih osjećaja kao signala o njima samima.

Zanimljivo je da je opisana i tzv. sekundarna aleksitimija koja se razvije u stanjima kad je ego pacijenta izmučen velikom boli i trpnjom, tako da te osobe posve izgube zanimanje za vanjski svijet i totalno su apsorbirane u sebe i simptome bolesti, dok se ne oporave. Ovakva stanja bolesnika opisana su u po život opasnim zbivanjima u jedinicama intenzivnoga liječenja, kao i kod hemodijaliziranih i transplantiranih pacijenata itd.(19)

Sva navedena kao i mnoga druga istraživanja na području psihosomatike omogućuju nam da danas možemo zaključiti kako psihosomatska reakcija nastaje kao rezultat sraza konstitucionalne predispozicije (ličnost + specifična fiziološka vulnerabilnost) i značajnog životnog stresa, a neuspjela restitucija i ponovno uspostavljanje psihobiološke integracije rezultira psihosomatskom dekompenzacijom.

1. 2. Stres i bolesti srca

N.C. Andreasen: " Svi mi mislimo da razumijemo stres. On nam se dešava u situacijama kad osjećamo da smo pod pritiskom, preplavljeni i ne možemo držati tempo. Pod stresom smo za vrijeme ispitnog razdoblja, rokova na poslu, planiranja vjenčanja, kad se razvodimo, nastojimo disciplinirati djecu, podnijeti kritiku roditelja, oporaviti se od gripe ili prehlade, kad saznamo da se bliska osoba teško razboljela, kupujemo ili prodajemo stan, brinemo o novcu, brinemo o godišnjem odmoru, brinemo o novoj bebi , brinemo o starom roditelju...lista može ići dalje i dalje."(5)

Stresni životni događaj ili situacija - izvanjska ili unutarnja, akutna ili kronična - stvara previranja na koji organizam ne može adekvatno odgovoriti.

Može se reći da je stres zapravo odgovor na promjenu, prijetnju ili dugotrajnu frustraciju. Spomenuti životni događaji vezani su na prekid uobičajenog tijeka života prosječne osobe (Holmes - Raheova skala stresnih događaja stavlja povredu ili bolest na šesto mjesto bodovanja stresnosti).

Pored ovakvog nespecifičnog stresa, specifični psihički stres odnosi se na neki osobni ili nesvjesni konflikt koji uzrokuje homeostatsku neravnotežu, te ona doprinosi razvitku nekog psihosomatskog poremećaja. Kao primjer može se navesti tzv. "koronarna" osobnost koja je slična već opisanom tipu A obrasca ponašanja ličnosti, koji onda pokreće patofiziološke procese koji su potrebni za nastajanje koronarne arterijske bolesti. Takve osobe su orijentirane akciji, premda sa slabo definiranim ciljevima, koje postižu na kompetitivni, hostilan

način. One su agresivne, nestrpljive, sklone svađi i ljute kad su frustrirane. U stanjima stresa takve osobe pokazat će odklon od uobičajenog obrasca ponašanja, emocionalna ekscitacija se povećava i preplavljuje osobu. Da se izbjegnu stanja dezorganizacije ili gubitka kontrole, uključuju se različiti self-regulatorni procesi. (20,21)

U srčanim bolestima stres je prethodnik, ali i posljedica srčanih bolesti i zahvata. Stresni događaj nastaje zbog stresne vanjske okolnosti (ovdje je to srčani udar i operacija srca) koja izaziva psihičku uznemirenost i neravnotežu, pa prerasta sposobnosti pojedinca da je prevlada i neutralizira njezin učinak (11).

U prethodnim poglavljima navela sam neka obilježja konstitucijske predipozicije za psihosomatsku bolest koja ovisi i o «strukturi ega» i o «strukturi mozga», a okidač za pokretanje psihosomatske reakcije je stres.

Ukratko ćemo razložiti utjecaj stresa na srce i to kad uzmemo u obzir rizik od obolijevanja, utjecaj na tijek bolesti i operativnog zahvata, na zapreke oporavku i sklonost recidivu srčane bolesti.

Ozbiljnija tjelesna bolest je često komplicirana anksioznošću i depresijom, stresom, prilagodbenim teškoćama i nedostatkom socijalnog suporta. Naizgled su ovi čimbenici izvan neposredne medicinske stvarnosti, ali imaju duboki utjecaj na kvalitetu života pacijenta, ozbiljnost simptoma i stupanj invalidnosti i nefunkcionalnosti. Može se reći da je još uvijek primjenjiva hipoteza

H.F.Dunbar: stres – psihosomatske bolesti, koja navodi kako mnoge latentne bolesti čuče unutar tijela i čekaju da budu aktivirane od nekog stresora (1).

Moguće je ujediniti ovu tezu s klasičnom Sellyevom da je stres stranje koje se manifestira specifičnim sindromom, a koji se sastoji od nespecifično izazvanih promjena unutar bioloških sistema. Grinker kaže kako psihosomatski bolesnik regredira zapravo na nivo djeteta koje reagira na stres na totalan način i nastoji odteretiti na sve moguće načine svoju tenziju.

Neki emocionalni poremećaj, naročito anksioznost i depresivnost, mogu biti akutna reakcija na dijagnozu i/ili tretman neke teške bolesti koja je zadesila čovjeka; to može biti odgovor na strategije suočavanja u kroničnoj tjelesnoj bolesti, ili rani pokazatelj razvitka neke bolesti, npr. Parkinsonove, nekih karcinoma i sl.

Čak i u pacijenata koji ne razviju niti jedan psihijatrijski poremećaj na prvoj I osovini, ozbiljna tjelesna bolest gotovo uvijek u sebi predstavlja zapravo seriju stresova koji mogu izazvati psihološke i fiziološke stresne odgovore.(22,23)

Georg Engel je još 1976.g. dokumentirao kako akutni psihički stres prethodi akutnim koronarnim zbivanjima (3), a objavljene su i epidemiološke studije nakon nesreća koje su potvrdile povezanost akutnog stresa i rizika od iznenadne srčane smrti.

Akutni psihički stres je najproučavaniji psihosomatski faktor u animalnim eksperimentalnim modelima.

Prirodne katastrofe pružile su mogućnost prirodnog ekpserimenta i za ljude . Nakon velikog potresa u Kaliforniji 1994.g. u sljedeća dva dana iznenadne srčane smrti javile su se u većem broju kod ljudi koji nisu bili fizički ugroženi

potresom , nego su samo živjeli u blizini; slični nalazi su i nakon tragedije 11.9.2001. u WTC-u (24); u laboratorijskim uvjetima akutni stres dovede do povećanja pulsa i srčanog tlaka, pada parasimpatičke i porasta simpatičke inervacije, i kod zdravih dobrovoljaca i pacijenata s koronarnom arterijskom bolesti jedna trećina do jedne polovice pacijenata s koronarnom arterijskom bolesti iskuse ishemiju tijekom testiranja. U laboratorijskim uvjetima (15) dokazano je i da akutni «laboratorijski» stres dovodi do tranzijentnih imunih promjena. Porast NK stanica aktivnosti; osobe s najjačom kardiovaskularnom reaktivnosti u odgovoru na akutni stresor imale su i najjači kateholaminski odgovor i imunološke promjene; dokazano je i da osobe s najvišom kardijalnom simpatičkom reaktivnosti pokazuju i viši kortizolski odgovor, što pruža odgovor o mogućem mehanizmu i long-term imunomodulacije (i perzistentnija alteracija u imunološkoj funkciji?).

Kad rezimiramo, možemo reći da se stres doživljava psihički, ali da nas pogađa i fizički. U našem tijelu fino regulirani endokrini sistem pomaže nam nositi se sa stresom i funkcionira prema tipu sistema povratne sprege. Kad moždana kora i limbički sistem registriraju neko stresno iskustvo kao emocionalno zabrinjavajuće, naše tijelo dobiva poruku da se treba s time nositi. Poruku dobivaju najprije nadbubrežne žlijezde i luče kortizol čija je dobra opskrba esencijalna za naše preživljavanje u stanjima stresa; hipotalamus i hipofiza stalno imaju informaciju da li ga je dosta i autoregulatorni sistem funkcionira. Kod iscrpljivanja ovog mehanizma nastaju različiti depresivni i anksiozni simptomi o kojima će biti riječi kasnije, a znatno utječu na početak, tijekom i oporavak u srčanim i drugim bolestima.

Stres izazove srčane poremećaje, koji onda predstavljaju stres za osobu koja se razboljela, što je svojevrsni začarani krug spomenutih psihosomatskih/srčanih poremećaja o kojima će biti riječ u ovome radu. Potrebno je mobilizirati adekvatne strategije suočavanja kako bi se osoba nosila s novonastalom situacijom.

1.3. Strategije suočavanja sa stresom

Svaka osoba u svojoj bolesti i liječenju zadržava superiornost jedinstvenosti i nema dva srčana bolesnika koji će na isti način reagirati na bolest i operaciju. R. Lazarus (1999.) je u zdravstvenoj psihologiji načinio prekretnicu kad je tradicionalni model *stimulus - odgovor* zamijenio suvremenijim i sveobuhvatnijim *stimulus – organizam - odgovor* koji naglašava važnost razumijevanja individualnih, subjektivnih iskustava. Samo kroz prizmu osobnih iskustava moguće je objasniti pojedinačne razlike u reakcijama na stresor. Ova subjektivna iskustva teže je otkriti nego situacijski stresor i ponašajni odgovor u stresnoj situaciji bolesti ili operacije. Subjektivno iskustvo je samo po sebi često varavo, neuhvatljivo i zahtijeva «istragu».

Pojam strategija suočavanja se odnosi na sve ono što osoba razmišlja ili čini pokušavajući prevladati teškoće u koje je zapala (problemu usmjereno suočavanje) i regulirati emocionalni odgovor kojeg je problem izazvao (emocijama usmjereno suočavanje) (1).

Dvije osnovne uloge "copinga" (postoji problem korištenja ovog izraza, zbog nedostatka posve dobrog i adekvatnog prijevoda na hrvatski jezik, pa si uzimam za pravo povremeno alternativno koristiti izraz "coping" i strategije suočavanja) su rješavanje problema i regulacija emocionalnog odgovora. Idealna "coping" strategija ima za cilj riješiti problem, te tako preživjeti prijetnju koja je postojala, ali podliježeći, operacionalni cilj je zadržati osjećaj ravnoteže, a izbjeci preplavljenost neželjenim stupnjem emocija.(21)

Proces suočavanja možemo prikazati kroz četiri koraka (Lazarus i Folkman 1984.).

Prvi korak je *procjena* koja se odnosi na značenje događaja i određivanja njegove stresnosti i kontrolabilnosti. Drugo korak je *odabir strategije* suočavanja, nakon što se procijeni koliki su resursi osobe za adekvatno suočavanje, kakav je stresor i kolika je vjerojatnost da će ta strategija biti djelotvorna. Treći korak predstavlja *upotrebu* izabrane strategije suočavanja, a četvrtim korakom *evaluira* se suočavanje i njegova djelotvornost u eliminiranju ili umanjivanju stresa i ovladavanja situacijom.(25)

Strategije suočavanja sa stresom jedan su element u složenom procesu doživljavanja stresa i reagiranja na stresni događaj, One su naučeni, namjerni i smisleni emocionalni i ponašajni odgovor na stresove, s ciljem prilagodbe ili mijenjanja okoline (Smith i Carlson, 1997.) .

Folkman (1) je identificirao osam strategija suočavanja u stresnim situacijama:

1. konfrontirajuće suočavanje (na neprijateljski ili agresivan način želi se izmijeniti stresnu situaciju);
2. distancirajuće suočavanje (pokušaj da se mentalno odvoji od stresne situacije)
3. samokontrolirajuće suočavanje (pokušava se regulirati vlastite osjećaje i postupke);
4. traženje socijalne podrške (naponi da se dobije socijalni suport ili informacija od drugih);
5. prihvaćanje odgovornosti (priznavanje vlastite uloge u problemu);

6. izbjegavanje (kognitivni ili ponašajni napori da se izbjegne ili pobjegne od problema ili situacije);
7. planiranje rješavanja problema (pažljivo promišljanje napora da se izmijeni situacija);
8. pozitivna ponovna procjena (napori da se preuokviri situacija u pozitivnom svjetlu).

Istraživanja su pokazala da u kompleksnoj situaciji kakvu predstavlja bolest i hospitalizacija, pacijenti koriste multiple strategije suočavanja (Lazarus 1999).

Izraz strategija suočavanja, uz pomalo vojni i egzekutivni terminološki prizvuk, upućuje na to da osoba reagira adaptirajući se koliko je god to moguće na tešku situaciju. Strategije “copinga” mogu biti različite: aktivno suočavanje, distanciranje, traženje socijalne podrške, pozitivna procjena problema, prihvaćanje odgovornosti, izbjegavanje, negiranje, uspostavljanje samokontrole.
(26,27)

Stanovište većine istraživača u ovom području jest da je priroda stresnog događaja onaj prvi ključni element koji određuje “coping” odgovor. Način na koji pacijenti prevladavaju stres i koliko se mogu osloniti na okolinske resurse predstavlja drugi ključni element i svakako je od velikog utjecaja na njihovu prilagodbu i u situaciji kad je bolest otkrivena ili je već pod tretmanom i kontrolom.

U zdravstvenoj psihologiji empirijski najviše se bave istraživanjima koja povezuju početnu kognitivnu interpretaciju osobe (npr. procjena, atribucija) o

stresoru s korištenim strategijama suočavanja i psihofiziološkoj prilagodbi. Kognitivna interpretacija da je neko iskustvo "stresno" je ključna i razlikuje se od osobe do osobe i "režira" reakciju na stres i proces suočavanja. Recentna istraživanja pokazuju da procjena stresora prijetnjom je povezana s negativnim psihofiziološkim prilagodavanjem, dok ako se stresor procjeni kao izazov bit će povezan s pozitivnom prilagodbom. (28)

Slikovito se može reći da crte osobnosti i socijalna podrška predstavljaju okvir, a aktualno suočavanje onaj izravni čimbenik koji utječe na to kako se osobe prilagođavaju na promjenu okolnosti (bolest, operacija i sl.). Navedeno se može odvijati u barem tri osnovna stila "copinga": aktivnom, koji je usmjeren rješavanju problema; beznadnom, odustajućem načinu i u stoičkom stilu. Oporavak nakon bolesti ili operativnog zahvata znatno je facilitiran kad je suočavanje prilagodbeno, a inhibiran ako je maladaptivno (21).

O ovome će biti riječi na slijedećim stranicama, uz posebnu primjenu za dvije istraživane skupine bolesnika – pogođeni iznenadnim akutnim zbivanjem – infarktom miokarda, te pacijenti nad kojima je izveden zahvat na otvorenom srcu.

Budući su srčane bolesti primjer životno ugrožavajuće kronične bolesti, one spadaju u bolesti koje najviše izazivaju anksioznost kod oboljelih osoba, a ona svakako otežava i čak blokira mobiliziranje adaptabilnih strategija suočavanja. Neka ranija istraživanja o suočavanju u srčanim bolestima uglavnom su bila usmjerena na ulogu koju poricanje (tipično sagledano kao tradicionalni psihodinamski mehanizam obrane) ima u obrani od straha od smrti.(22)

Kad se razmišljalo o kognitivnim procesima u psihosocijalnoj adaptaciji na infarkt miokarda (Krantz 1980), zaključilo se da upotreba poricanja najbolje objašnjava trenutnu bolničku reakciju na iskustvo srčanog udara (poricanje kao defanzivni manevar da bi se smanjila anksioznost). Nastavljena ondašnja Krantzova istraživanja nisu išla u prilog poricanju kao korisnom u dugotrajnim ishodima i psihosocijalne posljedicama nakon otpusta iz bolnice.(23)

Čitav niz nešto kasnijih istraživanja (Soloff i kolege) zaključila su da poricanje može imati instrumentalnu ulogu u smanjivanju anksioznosti, i moguće smrtnosti, tijekom akutne faze oporavka nakon infarkta, ali njegovo korištenje može biti riskantno kroz kasniju fazu oporavka, jer nesuradljivost s medicinskim tretmanom u toj fazi, povećava mogućnost reinfarkta. Iako se pokazalo da pacijenti koji više poriču imaju manje poremećaja raspoloženja nakon infarkta, pokazalo se da je takav stil suočavanja odgovoran i da imaju manje informacija o samoj srčanoj bolesti te da su veće riziku za daljnje koronarno razbolijevanje, što je uostalom i povezano, te lošiju suradljivost s režimom liječenja ako su rehospitalizirani godinu dana nakon infarkta, jer nastavljaju isti način življenja.(Levine i sur.).(24,25,26)

Recentnija istraživanja su navedena istraživanja o "copingu" u srčanim bolestima proširila na ispitivanje i drugih načina suočavanja i traženje upotrebljivijeg psihometrijskog instrumenta za strategije suočavanja.

I zaista, pokazalo s da bolesnici sa srčanim bolestima koriste široki raspon strategija suočavanja: neke općenite (aktivnost, optimizam) i neke specifične

načine suočavanja (suočavanje u užem smislu, davanje oduška osjećajima, traženje informacija) . (27,28,29)

Danas postoji opsežna baza podataka u literaturi koja govori od odnosu između općih strategija suočavanja i pokazatelja psihosocijalne adaptacije na srčanu bolest. Istraživanja se fokusiraju na nekoliko grupa pitanja: a) represija nasuprot senzitivizacije; b) problemu usmjereno suočavanje nasuprot emocijama usmjereno; c) adaptivno nasuprot maladaptivnog suočavanja; d) raspoloživi (dispozicijski) optimizam ; e) hrabrost i koherentnost; i (f) aktivni nasuprot pasivnog suočavanja.(1)

Neka Folkmanova istraživanja ukazala su da su pacijenti koristiti problemu usmjereno suočavanje kad procijene da se situacija može izmijeniti i da imaju kontrolu nad njome. U stanjima koja smatraju izvan moći svoje kontrole pacijent vjerojatnije izabire emocijama usmjereno suočavanje. U medicinskom setingu suradni psihijatar može pacijentu pomoći upravo u ovoj procjeni situacije i ohrabriti pacijenta da odabere adaptivnije strategije suočavanja.(30)

Obično se misli da budući kardijalna kirurgija nema velikog utjecaja na sliku tijela i nakon operacije većina pacijenata imaju poboljšanu tjelesnu funkcionalnost , neće biti velikog utjecaja na psihološko funkcioniranje pacijenata. Međutim, Oxman i suradnici pokazali su u svojoj studiji iz 1994.g. da 51% pacijenata koji su imali kardiokirurški zahvat razviju poremećaj prilagodbe. Zašto je tome tako? Odgovor izgleda leži u specijalnome značenju što ga srce kao simbol i izvor života ima za ljude, kao neki unitarnji sat koji odbrojava naš život, a kad stane to znači smrt. Kardijalna kirurgija pacijentima približava činjenicu koliko su ozbiljno bolesni i plaši ih. Smatra se da

incidencija preoperativnog distresa korelira s njegovom incidencijom nakon operacije (o čemu svjedoči i moje iskustvo s konzilijarnog rada na Odjelu kardiokirurgije). Osim toga, kardiokirurška operacija može, osobito kod starijih osoba, dovesti do kognitivnih oštećenja, te tim se teže nose s emocionalnim zahtjevima nakon operacije. Stoga ne iznenađuje da mnogi srčani bolesnici i uz dobru restoraciju srčane funkcije nakon operacije ne usuđuju se naprezati i žive u strepnji (to se najočitije vidi u seksualnoj sferi njihovog života i objašnjava čestu pojavnost erektilne disfunkcije i gubitka želje u tih pacijenata). (31)

Pacijentima koji koriste izbjegavajuće strategije suočavanja bi trebalo dati priliku da prorade njihov zamišljeni gubitak funkcije ili intaktnosti, fizičke i emocionalne posljedice zahvata, kao i omogućiti im normalizirajne i prihvatljivost vlastitog osjećaja tuge. Pacijenti koji su skloni senzitivirajućim strategijama najviše će pomoći imati od razgovora s bolesnicima koji su već prošli kroz sličan zahvat i pokazat će im kako je moguće nastaviti kvalitetno živjeti i uz doživljeni dizabilitet.

Sve što povećava mobilnost pacijenta i favorizira ponovno uspostavljanje povjerenja u vlastito tijelo i samopoštovanje olakšava potrebne uvjete za dobar psihofizički oporavak.

1.4. Liječenje srčanih bolesnika

Kardiovaskularne bolesti su vodeći uzrok mortaliteta u razvijenom svijetu.

Mada su neki pacijenti suočeni s iznenadnom, fatalnom bolešću, mnogi se razbole od srčane bolesti koja ima kroničan tijek i značajno utječe na njihove živote.

Odnosi psihijatrije i kardiovaskularnih bolesti je složen, a uključuje i učinke psihosocijalnih faktora na srce i krvožilni sustav i učinke poremećaja kardiovaskularnog sustava na psihičko stanje.

Poznata su mnoga psihološka stanja i osobine koje doprinose riziku za razvitak ili izbijanje srčanih bolesti, uključujući anksioznost, ljutnju, obrazac ponašanja ličnosti tipa "A", depresivnost, stres i poremećaje spavanja. Neki poremećaji ponašanja u koje ubrajamo i prejedanje, pušenje i zlouporabu alkohola također dodaju rizik za srčane bolesti

I obrnuto, iskustvo srčane bolesti izgleda povećava rizik za brojne psihijatrijske probleme, posebno depresiju, anksioznost i kognitivne poremećaje. Složenosti psiholoških događanja u vezi srčanih bolesti dodatno komplicira i to što medikacija i drugi tretmani koji se koriste u liječenju srčanih poremećaja također često rezultiraju psihijatrijskom problematikom.

1.4.1. Koronarne i postkoronarne jedinice

Iako su brojne preventivne akcije koje se provode već sigurno dvadesetak godina, kako bi se faktori koji doprinose koronarnoj bolesti (hipertenzija, pušenje, hiperkolesterolemija, dijabetes i dr.) dale rezultate i dovele do toga da je incidencija koronarne bolesti u svijetu u padu, podatak da je incidencija infarkta miokarda u SAD-u 500 000 slučajeva godišnje zaslužuje pažnju. Podaci govore da jedna trećina pacijenata umire unutar prvog sata od nastajanja simptoma, ne dobivši nikakav tretman. Da li će pacijent preživjeti ovisi o tome koliki je dio srčanog mišića zahvaćen, ali i o brzini i kvaliteti medicinskog zbrinjavanja. (24) Agresivna uporaba trombolitičke terapije, revaskularizacijski postupci , kao i uporaba beta-blokera, ACE inhibitora, statina i antikoagulancija reducirala je mortalitet u onih pacijenata koji dopijaju do koronarne jedinice.

Većina ljudi zna da ima infarkt po tome što se javlja intenzivna bol i pritisak u grudima, koji se širi u lijevu ruku i vrat. Česti simptomi su znojenje, vrtoglavica, trnjenje ruku, mučnina, bol u trbuhu, čak i gubitak svijesti. Bol može potrajati izvjesno vrijeme, a nekad nestaje sama od sebe. Znatno rjeđe se događa da osoba ima infarkt miokarda bez bolova i ostalih pratećih simptoma. Pacijent ga "prohoda", i takav infarkt zove se " tihi infarkt".

Procjenjuje se da je 28-dnevno preživljavanje pacijenata nakon akutnog infarkta miokarda oko 91%. (24,31). Radi se o onim pacijentima kod kojih je liječenje započeto na vrijeme. Smatra se da je razlog još uvijek relativno visoke smrtnosti i invalidnosti koje prate srčani udar je da prođe i nekoliko sati i dana čak, prije

nego bolesnici zatraže pomoć. Neki bolesnici se uopće ne mogu suočiti sa činjenicom da su doživjeli infarkt. Neki simptome minimiziraju i tumače kao blaže poremećaje i sami se liječe. Istraživanja su pokazala da doživljavanje infarkta tijekom dana, kao i prisutnost člana obitelji u toj situaciji, povećava vrijeme od srčanog udara do traženja medicinske pomoći. To je vrijeme dulje čak i kod pacijenata kod kojih je već dijagnosticirana koronarna bolest.

U navedenim podacima nailazi se opet na pokazatelje neophodnosti biopsihosocijalnoga pristupa kardiovaskularnim bolestima. Ovdje je bitno psihosocijalno pitanje vezano uz infarkt miokarda kako potaknuti pacijente da na vrijeme zatraže pomoć. Edukacija je moćno sredstvo, pa pacijente koji su izloženi većem riziku za koronarni incident, kao i članove njihovih obitelji, treba naučiti prepoznati znakove nadolazećeg ili aktualnog srčanog udara, a da se izbjegne otezanje u traženju medicinske pomoći koje ugrožava život pogođenog pacijenta, cijeli kasniji tijek liječenja i oporavka.(32)

Pacijenti koji su sudjelovali u ovom istraživanju nakon što su pretrpjeli infarkt miokarda primljeni su u intenzivnu koronarnu jedinicu .Ondje provode nekoliko dana suočeni sa životno ugrožavajućim stanjem, prikopčani žicama na monitore i drugu aparaturu. Otkucaji srca koji se i čuju i vide registrirani na monitoru, kao da ozvučuju anksioznost bolesnika. Svi istraživači se slažu da je u ovim prvim danima nakon stresnog srčanog udara, korisno potiskujuće i negirajuće suočavanje, jer smanjuje anksioznost. Već nakon premještanja na postkoronarni odjel, potrebno je smanjivanje poricanja , a razvijanje suočavajućih strategija, jer prilagodba mora sadržavati pridržavanje uputa o potrebnim promjenama

životnih navika i reduciranje straha od življenja nezadovoljavajućim životom kronično bolesne osobe. Oporavak pacijenata gotovo redovito se nastavlja u specijaliziranim ustanovama za rehabilitaciju srčanih bolesnika (Thalassoterapija Opatija, Krapinske Toplice i dr.).

1.4.2. Kardiokirurške operacije

“Bypass” ili kirurgija koronarnog premoštavanja čini oko 70% svih srčanih operacija; od onih preostalih 30% gotovo sve se izvode da bi se zamijenili aortalni, mitralni, trikuspidalni, a nešto rjeđe pulmonalni zalisci. Oko dva posto operacija izvode se zbog tumora srca, urođenih defekata i aneurizmi. (1)

Predradnja svakoj operaciji na srcu je kateterizacija srca, koja omogućava dobar pregled arterija i otkriva detalje koji su esencijalni u planiranju kirurškog zahvata. Otkad su se kateterizacije počele izvoditi krajem pedesetih godina prošlog stoljeća do danas tehnika se usavršila, i rizik od zahvata se smanjio, no pacijenti većinom doživljavaju priličnu strepnju od zahvata. Zapravo, u podlozi je često strah od rezultata nalaza, jer dijagnoza srčane bolesti ne postoji dok se kateterizacijom ne potvrdi. Sam zahvat nosi sobom i strah od nepoznatog, neki pacijenti se osjećaju napadnuti ili zaposjednuti i ranjivi. Jedna pacijentica je nakon zahvata izjavila: “Kardiolog je doslovce dodirnuo moje srce, a tamo, na TV ekranu, tako da cijeli svijet vidi, bila je moja duša”.(19) Nakon što se kateterizacijom otkrije blokada lijeve glavne arterije ili drugi patološki nalaz,

operacija se preporuča. Za mnoge pacijente nije joj svrha produženje života, nego redukcija ili eliminacija anginoznih bolova, tako da pacijent živi kvalitetnije.

Važno je napomenuti da kirurgijom koronarnih prenosnica ne liječimo aterosklerotsku bolest, koja je stalno zbivanje; smatra se da zdrave životne navike mogu usporiti taj aterosklerotski proces. Ipak, kirurški zahvat izveden na srcu, nije za uvijek. Predviđa se da mu efekt traje 10 godina; u nekih pacijenata trajanje prenosnice je šokantno kratko, a u drugih iznenađujuće dugotrajno. Stoga nije zanemariva dob bolesnika u kojoj se izvodi operacija na otvorenom srcu, a zabrinuti nas mogu podaci riječkog Odjela kardiokirurgije Klinike za kirurgiju koji govore o većem broju sve mlađih pacijenata na kojima je izveden zahvat.

Posljednjih godina razvila se PTCA (perkutana transluminalna koronarna angioplastika) i često se od pacijenata čuje da mu je ugrađen prsten. Ovakav zahvat je često financijski, a i emocionalno i fizički povoljniji za pacijenta od kardiokirurške operacije, no nije moguć u svakoga, a kod trećine pacijenata su unutar jedne godine opet arterije opstruirane. Angioplastike se mogu ponavljati, a u drugim slučajevima koronarna kirurgija predstavlja odgovarajući, sljedeći korak (11) . Uz dobru pripremu i edukaciju o zahvatu, komplikacije će biti manje. Koronarna kirurgija obično nosi sobom rizik od 3% mogućeg neuspjeha.(24) U skladu s time su i uspjesi riječke Kardiokirurgije. U najvećem broju slučajeva pacijenti se na zahvat pozivaju nakon što su na Odjelu kardiologije obrađeni i pripremljeni na zahvat. Nakon zahvata pacijent provede

postoperativno dan-dva u jedinici intenzivnoga liječenja, a potom dolazi na Odjel kardiokirurgije, gdje je najprije u poluintenzivnoj njezi, te prelazi u bolesničke sobe na odjelu. Nakon desetak do četrnaest dana premješta se u specijalizirane ustanove za rehabilitaciju srčanih bolesnika (Thalassoterapija Opatija i druge).

1.5. Suradna psihijatrija

1.5.1. Definicija, uloga i zadaća suradne psihijatrije

Psihosomatski poremećaj pretpostavlja postojanje nekog tjelesnog, organskog poremećaja. Stoga se bolesnici liječe na različitim, odgovarajućim medicinskim odjelima, a suradna psihijatrija predstavlja granu psihijatrije u razvitku i sve većoj ekspanziji, sa zadaćom premoštavanja jaza između psihijatrije i drugih specijalnosti, te skrbi o svim pacijentima na spomenutim medicinskim odjelima.

U ovom radu je riječ o srčanim psihosomatskim bolesnicima koji se liječe na internim i kirurškim odjelima Kliničkoga bolničkog centra. Cilj ovog odjeljka je ukratko rezimirati opće područje djelovanja suradne psihijatrije s posebnim naglaskom na primijenjenu suradnu psihijatriju u kardiologiji i kardijalnoj kirurgiji, gdje joj je željeni doseg da bude uključena u sve dijagnostičke, terapijske, istraživačke i edukativne razine funkcioniranja ovih odjela. (13)

Suradni psihijatar sa svojim psihosomatskim pristupom uvodi u medicinski, somatski seting medicinsku, neurobiologijsku, psihijatrijsku, psihofarmakologijsku, psihoterapijsku i psihosocijalnu ekspertizu, jednako kao i uvažavanje pacijenta iz sveobuhvatne biopsihosocijalne perspektive. (33)

Psihosocijalne intervencije kod tjelesno bolesnih pacijenata razlikuju se od klasične psihoterapije na nekoliko važnih načina. Pacijenti su psihijatru upućeni od specijaliste koji ih liječi od njihove tjelesne bolesti najčešće zbog sljedećih

tegoba: distres povezan s tjelesnom bolešću, premorbidni psihijatrijski poremećaj i somatski simptomi bez medicinske podloge.

Metodologija, vrijeme primjene i ciljevi psihosocijalnih intervencija u takvih bolesnika određene su:

- interakcijom između faktora bolesti (nastanak, etiologija, tijek, prognoza, stigma) i medicinskog tretmana (izobličenje, bolnost, averzivnost, palijativnost, kompliciranost);
- prirodom emocionalnog distresa (anksioznost, depresivnost, dezorijentacija, posttraumatski stres);
- raspoložućom socijalnom podrškom;
- psihološkim obilježjima bolesnika (premorbidna psihopatologija, crte ličnosti, inteligencija);
- odgovorom na bolest (upotreba strategija suočavanja, poricanje, hostilnost, zavisnost).

Za sve navedeno sve je više dokaza, na temelju rada i istraživanja, da različite psihoterapijske, psihofarmakološke i psihosocijalne strategije liječenja pomažu u reduciranju distresa, anksioznosti i depresivnosti u tjelesno bolesnih pacijenata. Tehnike koje se primjenjuju uključuju psihodinamsku (kratku), suportivno-ekspresivnu i interpersonalnu psihoterapiju, hipnoterapiju, obiteljsku terapiju, kognitivno-bihevioralnu terapiju i psihoedukaciju.

Počeci suradne psihijatrije sežu u početak 20.-tog stoljeća i povezani su s tadašnjom ekspanzijom psihosomatskog pristupa bolestima i bolesnicima koji je

tada bio u zamahu. I do tada je sigurno bilo zanimanja da se psihijatrija primijeni i u pacijenata sa somatskim problemima, no bilo je to pojedinačno i ne još formalizirano. Doprinos etabliranju suradne ili kako se u anglosaksonskom svijetu naziva konzultacijsko – liaison psihijatrije započeo je s B. Rushom, W.Oslerom, A.Meyerom, a.M.Barrettom, G.K.Prattom, G.W.Henryem, H.F.Dunbar i nešto kasnije G. Bibring (koja je usput budi rečeno bila prva žena profesor na Harvard Medical School i provela je opsežne psihosomatske programe u tamošnjim bolnicama prema liaison sistemu rada).

1922.g. Barrett je pisao kako je psihijatrija “ stekla poziciju suradne, vezne znanosti između medicine i socijalnih teškoća”, a 1926. Pratt piše da se “ psihijatrija može dokazati kao povezujući (liaison) agent i integrator koji ujedinjuje, pojašnjava i rješava svo dostupno medicinsko znanje”.Lipowski je smatrao da su Henry i Dunbar, oboje studenti “psihobiologa” Adolfa Meyera zapravo prvi pioniri suradne psihijatrije na američkom tlu. (19) Billings je 1939.g. prvi upotrijevio izraz “ liaison psihijatrija” i prvi opisao organizaciju konzultacijsko – liaison servisa.

Možemo zaključiti da su začeci suradne psihijatrije neizostavno vezani uz razvitak psihosomatske medicine na podlozi psihoanalitičke i psihobiologijske misli tadašnjeg vremena.

A kako je bilo u nas?

U Hrvatskoj se počeci liaison psihijatrije, krajem šezdesetih godina vežu uz psihijatre psihoterapijske edukacije koji uspijevaju ostvariti neku vrst vezne suradnje sa specijalistima somatske medicine. Pionirom liaison psihijatrije u nas svakako se može smatrati Aleksandar Maletić koji je radio s hemodijaliziranim i

transplantiranim bolesnicima. Grupa psihodinamski orijentiranih psihijatarata (Zimonja, Gregurek, Moro i dr.) uspijeva nametnuti sustavniji liaison rad. Pokrenuta je i edukacija iz liaison psihijatrije kroz poseban predmet u okviru poslijediplomske nastave iz Psihoterapije, te prošireno područje suradne psihijatrije u dodiplomskoj nastavi psihološke medicine i psihijatrije. (6,34,35)

Možemo reći da je glavni doprinos suradne psihijatrije medicinskom tretmanu sveobuhvatna analiza pacijentovog odgovora na bolest, procjena psihičkih i socijalnih resursa i "coping" stila i ustanovljavanje psihijatrijskih poremećaja, ako postoje. Naime, studije pokazuju da i do 65% bolnički liječenih pacijenata ima neki psihijatrijski poremećaj, a najčešći simptomi su anksioznost, depresivnost i dezorijentacija.

Od posebnog interesa za suradnu psihijatriju su jedinice intenzivne njege u kojima su pacijenti suočeni sa životno ugrožavajućim stanjima. U koronarnoj jedinici su bolesnici kojima se desila akutna, neočekivana bolest. Oni pak koji su u postoperativnoj fazi, nakon operativnog zahvata na otvorenom srcu susreću se s planiranim i očekivanim zdravstvenim događajem, ali slično su blisko suočeni sa strahom od smrti. Predvidive psihičke reakcije su strah, anksioznost, negacija, poricanje, neprijateljski stav, "acting-out" ponašanje, prekomjerna ovisnost i slično. Postoperativno se najčešće očekuje dezorijentacija radi delirija, depresija, te poremećaj prilagodbe. Važno je ustanoviti razinu stresa i postojanje akutnih psihičkih reakcija i u kardioloških i kardiokirurških bolesnika, te istražiti njihove osobne "coping" stilove, koji mogu značajno utjecati na tijek oporavka tih bolesnika.

Stoga zaključujemo da je osnovna zadaća suradne psihijatrije otkrivanje i razumijevanje međugre somatskih, psiholoških i socijalnih čimbenika koji su mogli utjecati na razvoj i pojavu bolesti, njezin tijek i tijek medicinskog tretmana i oporavka. Uz to, suradni psihijatar stalno promatra i upućuje na važnost odnosa liječnik – bolesnik i odnose u medicinskom timu koji skrbi o bolesniku. (9)

1.5.2. Veza psihološko-socijalnih čimbenika i tjelesnih bolesti

Uz povezivanje prethodna dva psihosomatska poglavlja (neurobiologiju i psihodinamiku), integralnije će se ukratko opisati zbirni utjecaj psiholoških čimbenika na srce i to uzimamo li u obzir rizik od obolijevanja, tijek bolesti ili operativnog zahvata, te zapreke oporavka i sklonosti recidivu bolesti. Zanima nas zapravo široki raspon emocionalnih uzroka i emocionalnih odgovora na tjelesnu bolest.

Psihološki čimbenici:

1. uzrokuju bolest
2. doprinose pogoršanju bolesti
3. uzrokuju egzacerbaciju bolesti
4. stvaraju predispoziciju za bolest
5. utječu na odloženi oporavak

Sve ovo trebamo imati na umu kad smo kao psihijatri pozvani na neki somatski odjel kako bi pomogli u vezi određenog emocionalnog problema nastalog u nekog pacijenta zbog bolesti i/ili hospitalizacije (npr. ljutnja, strah, žalost, sram itd.). Kada smo razumjeli bolesnikovo subjektivno doživljavanje bolesti, njegove dominantne strategije suočavanja, kao i naslutili svojstvene mehanizme obrane, možemo pomoći i tom pacijentu i specijalistu koji ga liječi od somatske bolesti.(9)

Budući je svaki pacijent jedinstven važno je empatično slušati njegovu priču o bolesti , jer tako ćemo razaznati bolesnikov emocionalni odgovor koji je ključ za shvaćanje subjektivnog značenja te bolesti za pacijenta.

Svaka bolest može izazvati mnogostruke emocionalne odgovore na bolest, bilo simultano bili sekvencijalno. Bolest može imati više značenja, ali i značenja se mogu mijenjati kroz tijek bolesti i tretmana. Osim toga, moramo razumjeti i podliježeće povezana osjećajna stanja uz pojedine emocionalne reakcije.

Lazarus (1991.g.) je tako naveo sljedeća sakrivena značenja emocionalnih reakcija: *ljutnja* - ponižavajuća uvreda mene i mojih; *anksioznost* – suočavanja sa nesigurnošću, egzistencijalni strah; *strah* – neposredna, konkretna i preplavljujuća opasnost; *krivica* – prekršen je moralni imperativ; *sram* – mora se živjeti kao ego-ideal; *tuga* – pretrpio se nenadoknativ gubitak; *sreća* – postiže se razuman napredak prema zacrtanom cilju; *zavist* – želi se ono što netko drugi

ima; *olakšanje* – neko uznemirujuće stanje se popravlja ili je nestalo; *nada* – bojati se najgoreg, a čeznuti za boljim. (1,19,24)

Što se tiče socijalnog aspekta nošenja s bolešću, s bolesnikove strane ponašanje također može biti različito, a usko je povezano s navedenim psihološkim stanjima i reakcijama. Razlikujemo adaptivne odgovore na bolest i liječenje: traženje podrške, altruizam, reformuliranje životnih prioriteta, sticanje što više znanja o bolesti.

Kao dva glavna maladaptivna odgovora na bolest navode se: nepridržavanje režima liječenja (razlozi mogu biti psihološki motivirani, primjerice iz ljutnje, osjećaja poniženosti ili npr. kao kontrafobična reakcija, zatim zbog komorbidnog psihijatrijskog poremećaja ili zbog čitavog niza praktičnih razloga) i napuštanje liječenja. Najučinkovitija intervencija je empatizirajuće slušanje bolesnika. Omogućeno mu je na taj način ventiliranje svojih frustracija kao i sticanje osjećaja kako ga se razumije. Takvo empatizirajuće slušanje često ima dramatično smirujući učinak i omogućava zdravstvenom timu da pacijenta ponovo uključi u liječenje.

Najčešće psihičke reakcije bolesnika nakon razbolijevanja su anksioznost i depresivnost (36), zato su one određivane i u ovom uzorku ispitivanih srčanih bolesnika.

Suradni psihijatar zna da je dijagnosticiranje *depresije* u tjelesnih bolesnika otežano iz više razloga:

- mnogi simptomi somatske bolesti odgovaraju onima depresije (npr. umor, gubitak apetita, mršavljenje, nesanica, usporenost, smanjena koncentracija)
- misli o smrti i želja za smrću mogu biti izgovarani od pacijenata u terminalnom stadiju bolesti, a bez depresivnog raspoloženja
- gubitak interesa i volje za aktivnosti može biti rezultat teškog tjelesnog stanja i bolova
- simptomi depresije mogu se prezentirati kao atipični i maskirani znaci depresivnosti (npr. amplifikacija somatskih simptoma, nesuradljivost)
- ozbiljna bolest može biti doživljena kao duboki osjećaj gubitka, pa se javlja reakcija tuge i žalovanja

Smatra se da je depresija najčešći psihijatrijski poremećaj u pacijenata s koronarnom arterijskom bolešću. Podaci od Shapira (1997.) govore da je kod pacijenata s koronarnom bolešću, akutnim infarktom miokarda i nestabilnom anginom utvrđena prevalencija depresije od 15-20 %. U tri studije pacijenata nakon kardiokirurškog zahvata koronarne prenosnice prevalencija depresije bila je 20-30 %.(24,37)

Uzroci *anksioznosti* u tjelesno bolesnih zaista su mnogostruki, a rezimiraju se u tri skupine:

1. psihološka reakcija na doživljaj bolesti (neizvjesnost u vezi dijagnoze, neizvjesna prognoza bolesti i tretmana, tjelesna anksioznost, strah od smrti, strepnja od osiromašenja i ugrožene egzistencije, strepnja od nepoznatih liječnika i napuštenosti u bolnici, nelagoda zbog liječničkog mišljenja);
2. medikamentna anksioznost (tablete, hrana i pića koji sadrže kofein; analgetici; sprejevi i kapi za nos s pseudoefedrinom i sl.)
3. anksioznost kao posljedica općeg zdravstvenog stanja (bolest štitnjače, astma i KOBP, Parkinsonova bolest, anksioznost nakon moždanog udara, postiktalna anksioznost i dr.).

Prevalencija anksioznih poremećaja u koronarnih pacijenata nije tako dobro studirana kao depresivnost. Sullivan (2000.g.) je u svojoj studiji kroničnih srčanih bolesnika dobio prevalenciju anksioznosti od 5-10%. Smatra se da 5-10% pacijenata s paničnim poremećajem ima prolaps mitralne valvule (24).

Delirantna stanja i neurokognitivne disfunkcije, psihijatrijske nuspojave kardijalnih lijekova i seksualne disfunkcije su uz depresivnost i anksioznost najzastupljenija područja rada za suradnog psihijatra na kardiološkim i kardiokirurškim odjelima. (24)

1.5.3. Osmišljavanje uloge suradnog psihijatra

Prema svemu dosadašnjem navedenom proizlazi da je liječenje tegoba nastalih nakon suočavanja s bolešću zahtjevno i svakako treba biti fleksibilno da bi odgovorilo na specifične probleme koji su za svakog pojedinog pacijenta na poseban način povezani s bolešću i pojavljuju se za njenog trajanja i trajanja tretmana.

Pacijentu treba pomoći da zadrži potreban razuman stupanj emocionalne ravnoteže, očuva osjećaj kompetentnosti i mogućnosti djelovanja, očuva odnose s obitelji i prijateljima i stvori si mrežu socijalne potpore, pripremi se tako za neizvjesnu budućnost.

Oboljeli od tjelesnih bolesti često trebaju poboljšati svoje postojeće strategije suočavanja ili naučiti nove, adaptivnije strategije. Oni koji se ne mogu adaptirati na stresove koje je donijela bolest i postupci liječenja, imati će značajnih teškoća u održavanju adekvatnih nivoa emocionalnog, tjelesnog i socijalnog funkcioniranja.(36)

Novija istraživanja (Folkman 2000.g.) pokazuje da niti jedna vrsta strategija suočavanja nije premoćna nad drugima u situaciji tjelesne bolesti, nego široki repertoar i emocijama i problemu usmjerenih strategija suočavanja povećava vjerojatnost da će odgovor na određene zahtjeve stresne zdravstvene situacije biti konstruktivan. Tj., može se reći da je "coping" situaciono specifičan. Upravo zbog toga i intervencije u suradnoj psihijatriji trebaju biti multikomponentne i psihosocijalne, proširujući tako pacijentove strategije suočavanja na fleksibilan način.

Neobično je važna i uvremenjenost i tip intervencije u suradnoj psihijatriji.

Kada je najprikladnije odlučiti se predložiti psihološku i psihoterapijsku intervenciju bolesniku ? Je li to neposredno nakon dijagnoze, nakon završetka hitnog zahvata, upravo nakon relapsa, tijekom kronične faze bolesti, tijekom terminalnog perioda ili kad se pojavi specifičan problem ? Jasno je da nema univerzalno primjenjivog načina, jer specifična obilježja i tijek različitih bolesti čine to nemogućim i nameću zahtjev za pažljivim krojenjem pristupa svakom pacijentu.(37,38)

U kardiološkim bolestima trebamo misliti na višestruko potvrđenu činjenicu da psihosocijalni faktori imaju značajnu ulogu i u razvitku i progresiji srčane bolesti. Velike prospektivne studije pokazale su povezanost između depresivnog afekta i beznadnosti i težine ishemijske bolesti srca, te između anksioznosti i fobične anksioznosti i fatalne koronarne bolesti. Hostilnost je u jednakoj mjeri kao miokardijalna ishemija vezana s ozbiljnošću i progresijom koronarne arterijske bolesti.

Pridodavanje psihosocijalnog tretmana standardnoj kardiološkoj skrbi pomoglo je u redukciji mortaliteta i morbiditeta, psihološkog distresa i nekih biologijskih rizikofaktora (Dusseldorp 1999., Linden et al. 1996.) Rezultati nekih studija to ne podržavaju, ali radi se o istraživanjima koja su se specifično usredotočila na rekurentnost bolesti srca i mortalitet i nisu promatrali pozitivne psihološke ishode. Novija literatura (Linden 2000., Smith i Ruiz 2002.) podržava djelotvornost psihosocijalnih intervencija u umanjivanju stresnosti za srčane bolesnike i povećanju njihove kvalitete života.(38)

Primjer je Blackovo istraživanje s pacijentima koji su bili hospitalizirani zbog angine pectoris, infarkta miokarda, angioplastike i ugradnje srčane prenosnice, a primijenjeno je nekoliko seansi kognitno-bihevioralnih intervencija. Ishod takvih intervencija bio je u smanjenim rehospitalizacijama i u redukciji depresivnosti.

Savjetovanje, emocionalni suport i mogućnost za pacijenta da prodiskutira probleme i tako anticipira teškoće, doveli su do redukcije psiholoških tegoba nakon kardiokirurških zahvata.

Psihoterapijski ciljevi (Cividini-Stranić) (14) su :

- pomoći bolesniku da prihvati bolest
- razbiti tendencije dublje regresije i pasivizacije
- aktivirati ga i motivirati za liječenje u sadašnjosti i budućnosti
- reducirati ili otkloniti otpor liječenju
- ukloniti aktualne konfliktne situacije koje mogu znatno utjecati na terapijski proces

Psihoterapijski pristup nadopunjava liječničku skrb iznad konkretne medicinske pomoći u bolesti od koje se liječi, jer dobiva i očekivanu emocionalnu podršku i razumijevanje.

Suradni psihijatar na taj način djeluje i prema bolesniku i kad je uklopljen u tim stručnjaka koji rade na odgovarajućem odjelu. Svakako je potrebno da surađuje sa svim drugim profilima stručnjaka. Tako bi se uloga suradnoga psihijatra od kompetentnoga konzilijariusa proširila u dijagnostiku, savjetovanje i liječenje svih bolesnika određenoga odjela, te da ga u ovakvoj ulozi vidi i terapijski tim nekoga odjela ili institucije. Suradni, liaison pristup značio bi raditi s cijelom grupom bolesnika, a ne s ograničenim brojem bolesnika upućenih psihijatru koji predstavljaju samo vrh velikog ledenjaka.

Važno je naglasiti da suradni psihijatar nije onaj koji jedini skrbi o psihičkim značajkama bolesnika.

Njegova je zadaća da pomogne osoblju određenog odjela da prepozna, uvažava i razumije psihološke manifestacije svojih bolesnika do granice psihopatologije.

(9)

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

2.1. Predmet i cilj istraživanja

Predmet istraživanja ove studije je uloga psihičkog stanja i uspostavljenih strategija prilagodbe u oporavku srčanih bolesnika i to onih bolesnika koji su preboljeli akutni infarkt miokarda, te onih koji su podvrgnuti kardiokirurškoj operaciji.

Ciljevi ovog rada su:

1. odgovoriti na pitanje kakav je odnos procjene razine stresa kojeg je izazvala bolest/zahvat i razvijanja strategija prilagodbe na novonastalo stanje;
2. utvrditi međusobni utjecaj razine stresa i psihičkoga stanja (anksioznost i depresivnost) bolesnika
3. procijeniti kakav je međusobni utjecaj stila suočavanja (strategije suočavanja ili "coping") i oporavka;
4. istražiti je li moguće identificirati "coping" strategije koje su karakteristične za srčane bolesnike;

2.2. Radna hipoteza

Prilagodbene strategije suočavanja, kao predstavnik psihološke prilagodljivosti čovjeka nakon preživjelog stresnog događaja, utječu na bolji (brži, kvalitetniji, cjelovitiji) oporavak srčanih bolesnika, a njihovo korištenje razlikuje se obzirom na to je li stresni događaj očekivan (kardiokirurška operacija) ili iznenadan (infarkt miokarda).

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ispitanici

U studiji su sudjelovali bolesnici liječeni u razdoblju od 1999. do 2005. godine u Koronarnoj i Postkoronarnoj jedinici Interne klinike KBC-a Rijeka i Odjelu kardijalne kirurgije Kirurške klinike KBC-a Rijeka. U studiju su uključeni svi bolesnici navedenih odjela zatečeni ondje u konzilijarnom danu suradnog psihijatra za pojedini odjel (prosječna frekvencija jednom tjedno). Svim ovim bolesnicima su tijekom prvog tjedna hospitalizacije, nakon preboljelog infarkta odnosno nakon što je nad njima izveden kardiokirurški zahvat, podijeljeni samoprocjenski psihometrijski upitnici kojima se utvrdila razina njihovog distresa, anksioznost, depresivnost i mobilizirane strategije suočavanja. Upitnike je kompletno popunilo u prvom mjerenju 147 bolesnika ; 74 od njih su nakon srčanog udara hospitalizirani u Koronarnoj jedinici, a nakon nekoliko dana, ovisno o psihofizičkom stanju, premješteni su u Postkoronarnu jedinicu, a poslije slijedeća cca dva tjedna u neku ustanovu za rehabilitaciju (najčešće opatijska Thalassoterapija).

73 bolesnika su obrađena na Odjelu kardijalne kirurgije, gdje su operirani nakon što su pozvani s liste čekanja na operativni zahvat na srcu koji je bio indiciran za ranijih liječenja radi srčanih bolesti (najčešće su to operacije ugradbe koronarnih premosnica ili zamjene srčanih zalisaka).

Poslije šest mjeseci i poslije dvanaest mjeseci (prema referentnoj literaturi najčešće prospektivne studije uzimaju vrijeme praćenja oporavka kardijalnih pacijenata u razdoblju od tri, šest ili rjeđe dvanaest mjeseci), dakle za drugo i

treće provedeno mjerenje upitnici su bolesnicima odaslani poštom, s priloženom i markiranom kovertom za povrat upitnika. Nije se kontaktiralo bolesnike koji nisu naveli adresu ili broj telefona na prvom setu upitnika, a ako bolesnici nisu vratili set upitnika nakon drugog mjerenja, tj. nakon šet mjeseci oporavka, nije ih se ponovo kontaktiralo i nisu im se slali upitnici za treće mjerenje.

Sva tri mjerenja cjelovito je popunilo šezdeset bolesnika, dakle za 41% bolesnika moglo se longitudinalno pratiti njihov oporavak. Uzroke ovog smanjivanja broja pacijenata u istraživanju nije se analiziralo.

3.2. Metodika istraživanja

3.2.1. Instrumenti

Bolesnici su prvo na konstruiranom upitniku za procjenu razine stresa (*Likertova skala intenziteta stresa*) odredili intenzitet stresa u kojem procjenjuju da se nalaze (Prilog 8.1.).

Pacijenti su popunili i skale za samoprocjenu anksioznosti. Korištena je najpoznatija skala za mjerenje anksioznosti - Spilberger *State – Trait Anxiety Inventory (STAI)* (39). On se sastoji od dva dijela: 20 čestica koje procjenjuju bolesnikovu anksioznost u vrijeme mjerenja («state») i 20 čestica koje

procjenjuju bolesnikov perzistentni, karakterističan stupanj anksioznosti (« trait»)(Prilog 8.2.) Uspješno se primjenjivao u mnogim istraživanjima tjeskobe tjelesno bolesnih osoba; također se smatra da je koristan u evaluiranju promjena u anksioznosti koju bolesnik osjeća.

Razina depresivnosti određivana je Beckovom ljestvicom (40) (Prilog 8.3.) *Beck Depression Inventory* je najrasprostranjenije korišten mjerni instrument depresivnog stanja. Originalno je zamišljen za korištenje u određivanju težine depresivnih simptoma u psihijatrijskim poremećajima bolesnika. Ta ljestvica s 21 česticom koristila se u brojnim studijama depresivnosti u tjelesno bolesnih pacijenata.

A.T.Beck i suradnici su 1996.godine predložili BDI-II «cutoff» skor od 10 za blagu depresivnost, 16 za blagu do umjerenu depresivnost i 20 za umjerenu do tešku depresiju i 30 za tešku depresiju. Studije u bolesnika s nekom tjelesnom bolešću predlažu «cutoff» skor za depresivnost od 10 do 16, s prijedlozima i 13 i 15.

Strategije suočavanja koje su bolesnici koristili procjenjivane su COPE upitnikom (41).(Prilog 8.3.) Konstruirali su ga Carver, Schneider i Weintraub 1989.g. (The Multidimensional Coping Inventory-COPE), a ovaj upitnik su preveli na hrvatski jezik i prilagodili Hudek-Knežević, Kardum i Vukmirović s Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Rijeci. Ima 71 česticu grupiranu u tri skupine koje određuju tri oblika strategija suočavanja: problemu usmjereno suočavanje, emocijama usmjereno suočavanje i suočavanje izbjegavanjem.

Isti upitnici primijenjeni su i nakon šest i nakon dvanaest mjeseci od prvog ispitivanja.

Navedeni upitnici odabrani su zbog njihove jednostavnosti popunjavanja, relativne kratkoće i standardiziranosti u sličnim istraživanjima. Ove samoprocjenske ljestvice su senzitivne na čimbenike koji mogu utjecati na neuropsihološko funkcioniranje i dozvoljavaju u relativno kratkom vremenu procjenjivanje emocionalnog funkcioniranja bolesnika.

3.2.2. Postupak

Dobiveni podaci iz upitnika preneseni su na elektronički medij i u suradnji sa statističarem podvrgnuti statističkoj obradi na računalu. Pri tom su korišteni statistički programi iz paketa SPSS.

Na cjelokupnom prikupljenom materijalu učinjene su statističke analize s ciljem utvrđivanja metrijskih karakteristika instrumentarija, i to najprije valjanosti i pouzdanosti. Svaki mjerni instrument bit će podvrgnut faktorskoj analizi, dok će se pouzdanost mjernih instrumenata odrediti na dva načina: prvi, kao pouzdanost unutarnje konzistencije (Cronbach-alpha) koja govori o homogenosti primijenjenih mjernih postupaka i drugi, kao test-retest pouzdanost koja govori o vremenskoj stabilnosti korištenih mjera. Potom će se za sve primijenjene mjerne instrumente izračunati osnovni deskriptivni statistički parametri (mjere centralne tendencije, mjere varijabilnosti i mjere koje pokazuju karakteristike dobivenih distribucija), kako bi dobili uvid u osnovna obilježja prikupljenih podataka.

Razlike između grupa ispitivanih bolesnika i unutar višekratno ispitivanih grupa ispitanika utvrdit će se korištenjem multivarijantne analize varijance s ponavljanim mjerenjima ili analognim neparametrijskim testovima (Kruskal-Wallisov test za nezavisne uzorke, odnosno Wilcoxonov i Friedmanov test za zavisne uzorke).

Za utvrđivanje povezanosti između korištenih mjera koristit će se Pearsonov koeficijent korelacije ili koeficijent rang-korelacije. Za ispitivanje međusobnog odnosa istovremeno između većeg broja mjernih instrumenata uporabit će se još neki multivarijantni statistički postupci, kao što su multipla regresijska analiza za ispitivanje mogućnosti predviđanja kriterijskih varijabli na osnovi skupa prediktorskih varijabli, te diskriminantna analiza za utvrđivanje dominantnih razlika među grupama ispitanika.

4. REZULTATI

4.1. Neke demografske značajke

Tablica 1. Dob kardioloških i kardiokirurških bolesnika

DOB BOLESNIKA	KARDIOLOGIJA		KARDIOKIRURGIJA		T; P
	M	SD	M	SD	
		61.67	12.18	59.60	8.51

M – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija

Dvije se ispitivane grupe bolesnika statistički ne razlikuju značajno s obzirom na dob
($t=0.74$), $p=0.466$.

Tablica 2. Spol kardioloških i kardiokirurških bolesnika

SPOL	KARDIOLOGIJA	KARDIOKIRURGIJA	UKUPNO
Ženski	2 6.9%	6 19.3%	8 13.3%
Muški	27 93.1%	25 80.7%	52 86.7%
UKUPNO	29 100%	31 100%	60 100%

4.2. Procjena utjecaja bolesti i operacije na psihičko stanje, te oporavak srčanih bolesnika

4.2.1. Rezultati na ljestvici procjene intenziteta stresa

Tablica 3. Procjena intenziteta stresa s obzirom na grupu i mjerenje

PROCJENA INTENZITETA STRESA	1. MJERENJE		2. MJERENJE		3. MJERENJE		T; P
	M	SD	M	SD	M	SD	
A. Kardiologija	2.29	1.15	2.29	1.05	2.07	1.12	1 = 2 = 3
B. Kardiokirurgija	2.71	1.24	2.16	1.04	1.88	0.93	1 > 2, 3
T; p	A = B		A = B		A = B		

Dvije se grupe ispitanika značajno ne razlikuju niti u jednoj procjeni stresnosti tijekom tri mjerenja u godini dana.

U kardiokirurških bolesnika prva procjena stresnosti je značajno viša od druge i treće procjene ($t_{1-2}=3,179$); $p=0,003$, i ($t_{1-3}=2,717$); $p=0,012$. Između druge i treće procjene stresnosti nema značajne razlike ($t_{2-3}=1,100$); $p=0,282$.

4.2.2. Rezultati na State Trait Anxiety Inventory

Tablica 4. Prosječna anksioznost s obzirom na grupu i mjerenje

<i>ANKSIOZNOST</i>	<i>1. MJERENJE</i>		<i>2. MJERENJE</i>		<i>3. MJERENJE</i>		<i>T; P</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
A. Kardiologija	40.54	12.30	40.33	13.08	39.44	13.83	1 = 2 = 3
B. Kardiokirurgija	45.00	11.37	44.32	14.87	43.50	13.05	1 = 2 = 3
T; p	A = B		A = B		A = B		

Dvije se ispitivane grupe (kardiološki i kardiokirurški bolesnici) značajno ne razlikuju niti u jednom od tri mjerenja anksioznosti tijekom godinu dana.

Ni kod kardioloških, niti kod kardiokirurških bolesnika nema značajne razlike niti između jednog para mjerenja (prvo, drugo i treće mjerenje) unutar jedne od ispitivanih grupa tijekom godinu dana .

4.2.3. Rezultati na Beck Depression Inventory

Tablica 5. Prosječna depresivnost s obzirom na grupu i mjerenje

DEPRESIVNOST	1. MJERENJE		2. MJERENJE		3. MJERENJE		T; P
	M	SD	M	SD	M	SD	
A. Kardiologija	9.42	7.60	8.50	8.34	7.79	8.72	1 = 2 = 3
B. Kardiokirurgija	12.75	12.43	10.46	12.80	10.64	13.96	1 > 2
T; p	A = B		A = B		A = B		

Dvije se ispitivane grupe značajno ne razlikuju niti u jednom mjerenju depresivnosti.

Unutar grupe kardioloških bolesnika nema značajne razlike između tri mjerenja unutar godinu dana.

Kod kardiokirurških bolesnika depresivnost u prvom mjerenju statistički je značajno veća ($M = 12.75$) nego u drugom mjerenju ($M = 10.46$) ($t = 2.11$; $p = 0.044$).

4.2.4. Rezultati na upitniku suočavanja sa stresom (COPE)

Tablica 6. Prosječno problemu usmjereno suočavanje s obzirom na grupu i mjerenje

PROBLEMU USMJERENO SUOČAVANJE	1. MJERENJE		2. MJERENJE		3. MJERENJE		T; P
	M	SD	M	SD	M	SD	
A. Kardiologija	49.32	15.23	44.52	18.40	41.96	17.40	1 > 2, 3 2 > 3
B. Kardiokirurgija	46.71	15.11	42.82	14.57	42.63	12.43	1 = 2 = 3
T; p	A = B		A = B		A = B		

Dvije se grupe značajno ne razlikuju niti u jednom mjerenju problemu usmjerenog suočavanja.

U grupi kardioloških bolesnika niti između jednog para mjerenja nema značajne razlike u problemu usmjerenom suočavanju.

Kod kardiokirurških bolesnika problemu usmjereno suočavanje u prvom mjerenju značajno je veće nego u drugom i trećem mjerenju; ($t_{1-2}=2,137$; $p=0,043$) i ($t_{1-3}=3,271$; $p=0,003$), dok je ono u drugom mjerenju značajno veće od onoga u trećem mjerenju ($t_{2-3}=2,935$; $p=0,007$).

Tablica 7. Prosječno emocijama usmjereno suočavanje s obzirom na grupu i mjerjenje

EMOCIJAMA USMJERENO SUOČAVANJE	1. MJERENJE		2. MJERENJE		3. MJERENJE		T; P
	M	SD	M	SD	M	SD	
A. Kardiologija	17.56	6.76	15.72	7.61	15.03	7.41	1, 2 > 3
B. Kardiokirurgija	20.14	10.04	18.64	10.23	17.24	9.89	1 > 3
T; p	A = B		A = B		A = B		

Dvije se grupe značajno ne razlikuju niti u jednom mjeranju emocijama usmjerenog suočavanja.

Kod kardioloških bolesnika emocijama usmjereno suočavanje u prvom i drugom mjeranju značajno je više nego u trećem mjeranju ($t_{1-3}=2,265;p=0,032$ i $t_{2-3}=2,255;p=0,034$).

Kod kardiokirurških bolesnika emocijama usmjereno suočavanje u prvom mjeranju ($M=20.33$) značajno je veće nego u trećem mjeranju ($M=16.63$) ($t_{1-3}=2.13;p=0.043$).

Tablica 8. Prosječno suočavanje izbjegavanjem s obzirom na grupu i mjerenje

SUOČAVANJE IZBJEGAVANJEM	1. MJERENJE		2. MJERENJE		3. MJERENJE		T; P
	M	SD	M	SD	M	SD	
A. Kardiologija	47.86	17.05	46.12	21.77	44.50	19.23	1 = 2 = 3
B. Kardiokirurgija	58.32	31.45	47.46	21.35	53.55	21.44	1 > 2
T; p	A = B		A = B		A = B		

Dvije se grupe značajno ne razlikuju niti u jednom mjerenju suočavanja izbjegavanjem.

U kardioloških bolesnika nema značajne razlike između tri mjerenja ovog suočavanja tijekom godinu dana.

U kardiokirurških bolesnika suočavanje izbjegavanjem u prvom mjerenju značajno je više (M=58.32) nego u drugom mjerenju (M=47.46) (t= 2.16; p=0.039).

4.2.5. Povezanost dobi i spola s rezultatima na mjerenim varijablama

Tablica 9. Povezanost dobi ispitanika sa svim varijablama

<i>VARIJABLE</i>	<i>KARDIOLOGIJA</i>	<i>KARDIOKIRURGIJA</i>
Procjena intenziteta stresa 1	-0.21	0.12
Procjena intenziteta stresa 2	-0.52**	-0.03
Procjena intenziteta stresa 3	-0.29	-0.06
Problemu usmjereno suočavanje 1	-0.18	0.26
Problemu usmjereno suočavanje 2	0.11	0.36
Problemu usmjereno suočavanje 3	0.08	0.28
Emocijama usmjereno suočavanje 1	-0.05	0.18
Emocijama usmjereno suočavanje 2	0.11	0.25
Emocijama usmjereno suočavanje 3	0.13	0.14
Suočavanje izbjegavanjem 1	0.27	0.40*
Suočavanje izbjegavanjem 2	0.13	0.12
Suočavanje izbjegavanjem 3	0.10	0.30
Depresivnost 1	-0.07	0.02
Depresivnost 2	-0.09	-0.22
Depresivnost 3	-0.25	-0.09
Depresivnost – tjelesni simptomi 1	0.02	0.26
Depresivnost – tjelesni simptomi 2	0.08	-0.20
Depresivnost – tjelesni simptomi 3	-0.03	-0.05
Anksioznost 1	0.12	0.21
Anksioznost 2	-0.17	-0.16
Anksioznost 3	-0.17	-0.02

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

U kardioloških bolesnika dob je značajno negativno povezana s procjenom stresnosti u drugom mjerenju (-0.520 ; $p=0.006$). Što su ispitanici stariji, procjena stresnosti je manja.

Dob nije značajno povezana niti s jednim stilom suočavanja u bilo kojem mjeranju, kao niti s jednom mjerom depresivnosti ili anksioznosti.

U kardiokirurških bolesnika dob je značajno pozitivno povezana sa suočavanjem izbjegavanjem u prvom mjeranju ($0.40; p=0.038$). Što su ispitanici stariji tim više koriste suočavanje izbjegavanjem. Dob nije značajno povezana s procjenom stresnosti, depresivnosti niti anksioznosti.

Tablica 10. Prosječne vrijednosti kardiokirurških ispitanika ženskog i muškog spola sa svim varijablama

<i>VARIJABLE</i>	<i>KARDIOKIRURGIJA</i>				<i>Z; P</i>
	<i>ŽENE</i>		<i>MUŠKARCI</i>		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Procjena intenziteta stresa 1	3.17	0.98	2.58	1.32	Ž = M
Procjena intenziteta stresa 2	2.33	1.03	2.08	1.06	Ž = M
Procjena intenziteta stresa 3	2.20	0.84	1.74	0.93	Ž = M
Problemu usmjereno suočavanje 1	52.80	23.54	45.23	13.28	Ž = M
Problemu usmjereno suočavanje 2	47.33	19.21	41.79	12.78	Ž = M
Problemu usmjereno suočavanje 3	39.50	13.55	42.95	12.01	Ž = M
Emocijama usmjereno suočavanje 1	27.20	14.41	17.64	7.27	Ž = M
Emocijama usmjereno suočavanje 2	25.50	10.52	16.67	8.22	Ž = M
Emocijama usmjereno suočavanje 3	21.50	14.43	15.00	6.59	Ž = M
Suočavanje izbjegavanjem 1	76.40	59.24	52.86	21.27	Ž = M
Suočavanje izbjegavanjem 2	43.00	20.18	47.54	20.30	Ž = M
Suočavanje izbjegavanjem 3	53.17	31.96	52.00	17.43	Ž = M
Depresivnost 1	11.17	8.95	11.05	8.59	Ž = M
Depresivnost 2	6.60	3.05	8.96	9.32	Ž = M
Depresivnost 3	9.00	10.88	8.64	10.12	Ž = M
Depresivnost – tjelesni simptomi 1	8.17	4.79	6.32	4.00	Ž = M
Depresivnost – tjelesni simptomi 2	3.40	0.89	4.38	4.37	Ž = M
Depresivnost – tjelesni simptomi 3	4.67	4.08	4.09	3.75	Ž = M
Anksioznost 1	48.67	16.80	42.90	8.43	Ž = M
Anksioznost 2	50.50	19.27	42.13	12.67	Ž = M
Anksioznost 3	43.17	15.28	42.41	12.29	Ž = M

U kardiokirurških bolesnika niti na jednoj mjerenoj varijabli ne postoji značajna razlika između žena i muškaraca.

U grupi kardioloških bolesnika nije bilo moguće ispitati značajnosti razlikovanja žena i muškaraca, jer su u ovoj grupi bile samo dvije bolesnice.

4.3. Utjecaj procjene intenziteta stresa na psihičko stanje i razvijanje strategija prilagodbe na novonastalo stanje

4.3.1. Odnos rezultata na ljestvici za procjenu intenziteta stresa i upitniku strategija suočavanja (COPE)

Tablica 11. Povezanost procjene intenziteta stresa i stilova suočavanja

<i>STILOVI SUOČAVANJA</i>	<i>KARDIOLOGIJA</i>			<i>KARDIOKIRURGIJA</i>		
	<i>STRES1</i>	<i>STRES2</i>	<i>STRES3</i>	<i>STRES1</i>	<i>STRES2</i>	<i>STRES3</i>
Problemu usmjereno suočavanje 1	0.08	0.26	0.36	0.18	-0.002	0.17
Problemu usmjereno suočavanje 2	-0.02	0.05	0.07	0.37*	0.27	0.10
Problemu usmjereno suočavanje 3	-0.04	0.04	0.03	0.32	0.25	0.10
Emocijama usmjereno suočavanje 1	0.12	0.36	0.36	0.30	0.23	0.22
Emocijama usmjereno suočavanje 2	0.02	0.20	0.02	0.30	0.45*	0.44*
Emocijama usmjereno suočavanje 3	-0.01	0.28	0.12	0.17	0.43*	0.54**
Suočavanje izbjegavanjem 1	0.26	0.19	0.29	0.17	-0.04	0.17
Suočavanje izbjegavanjem 2	0.36	0.36	0.35	-0.04	-0.03	0.08
Suočavanje izbjegavanjem 3	0.35	0.32	0.37	0.15	0.17	0.21

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

U grupi kardioloških bolesnika procjene stresnosti tijekom jednogodišnjeg razdoblja nisu značajno povezane sa stilovima suočavanja.

U grupi kardiokirurških bolesnika prva procjena stresnosti značajno je pozitivno povezana s problemu usmjerenom suočavanjem u drugom mjerenju. Duga i treća procjena stresnosti značajno su pozitivno povezane s emocijama usmjerenim suočavanjem u drugom i trećem mjerenju.

4.3.2. Odnos rezultata na ljestvici za procjenu rezultata stresa i STAI upitnika za anksioznost

Tablica 12. Povezanost procjene intenziteta stresa i anksioznosti

<i>ANKSIOZNOST</i>	<i>KARDIOLOGIJA</i>			<i>KARDIOKIRURGIJA</i>		
	<i>STRES1</i>	<i>STRES2</i>	<i>STRES3</i>	<i>STRES1</i>	<i>STRES2</i>	<i>STRES3</i>
Anksioznost 1	0.30	0.06	0.08	0.20	0.32	0.27
Anksioznost 2	0.34	0.41*	0.51*	0.24	0.52**	0.49*
Anksioznost 3	0.25	0.36	0.59**	-0.14	0.15	0.70**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Kod kardioloških bolesnika druga procjena stresnosti značajno je pozitivno povezana s drugim mjerenjem anksioznosti, a treća procjena stresnosti s drugim i trećim mjerenjem anksioznosti.

Kod kardiokirurških bolesnika druga procjena stresnosti značajno je pozitivno povezana s anksioznošću u drugom mjerenju, te treća procjena s drugim i trećim mjerenjem anksioznosti.

4.3.3. Odnos rezultata na ljestvici za procjenu intenziteta stresa i BDI upitnika za depresivnost

Tablica 13. Povezanost procjene intenziteta stresa i depresivnosti

<i>DEPRESIVNOST</i>	<i>KARDIOLOGIJA</i>			<i>KARDIOKIRURGIJA</i>		
	<i>STRES1</i>	<i>STRES2</i>	<i>STRES3</i>	<i>STRES1</i>	<i>STRES2</i>	<i>STRES3</i>
Depresivnost 1	0.48**	0.31	0.37	0.32	0.36	0.47*
Depresivnost 2	0.31	0.34	0.60**	0.26	0.31	0.43*
Depresivnost 3	0.34	0.38	0.64**	0.22	0.26	0.65**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

U kardioloških bolesnika prva procjena stresnosti značajno je pozitivno povezana s prvim mjerenjem depresivnosti, dok je treća procjena stresnosti značajno pozitivno povezana s drugim i trećim mjerenjem depresivnosti.

U grupi kardiokirurških bolesnika je treća procjena stresnosti značajno pozitivno povezana sa sva tri mjerenja depresivnosti.

4.4. Utjecaj strategija suočavanja na oporavak srčanih bolesnika

4.4.1. Odnos i međusobni utjecaj rezultata na COPE upitniku strategija suočavanja kroz sva tri mjerenja

Tablica 14. Povezanost između stilova suočavanja kroz sva tri mjerenja

<i>STILOVI SUOČAVANJA</i>	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Problemu usmj. suočavanje 1	0.78** 0.50**	0.71** 0.38*	0.64** 0.65**	0.51** 0.26	0.56** 0.18	0.31 0.67**	0.53** 0.43*	0.56** 0.41*
2. Problemu usmj. suočavanje 2		0.97** 0.73**	0.39 0.52**	0.62** 0.70**	0.67** 0.51**	0.46* 0.51**	0.64** 0.43**	0.68** 0.65**
3. Problemu usmj. suočavanje 3			0.25 0.31	0.59** 0.46*	0.62** 0.45*	0.35 0.41*	0.62** 0.43*	0.62** 0.60**
4. Emoc. usmj. suočavanje 1				0.69** 0.70**	0.65** 0.60**	0.47** 0.74**	0.41* 0.52**	0.39* 0.60**
5. Emoc. usmj. suočavanje 2					0.96** 0.89**	0.33 0.41*	0.52** 0.34	0.48* 0.67**
6. Emoc. usmj. suočavanje 3						0.40* 0.35	0.61** 0.47**	0.55** 0.69**
7. Suočavanje izbjegavanjem 1							0.85** 0.55**	0.79** 0.70**
8. Suočavanje izbjegavanjem 2								0.93** 0.78**
9. Suočavanje izbjegavanjem 3								

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; iznad su prikazane korelacije za kardiološke, a ispod za kardiokirurške pacijente

Kod kardioloških bolesnika problemu usmjereno suočavanje u prvom mjerenju značajno je pozitivno povezano sa sva tri mjerenja emocijama usmjerenog suočavanja, te s drugim i trećim suočavanja izbjegavanjem. Problemu usmjereno suočavanju u drugom mjerenju značajno je pozitivno povezano s drugim i trećim mjerenjem emocijama usmjerenog suočavanja, te sa svim trima mjerenjima suočavanja izbjegavanjem. Problemu usmjereno suočavanju u trećem mjerenju značajno je pozitivno povezano s drugim i trećim mjerenjem emocijama usmjerenog suočavanja i suočavanja izbjegavanjem. Osim korelacije između emocijama usmjerenog suočavanja u drugom mjerenju i suočavanja

izbjegavanjem u prvom mjerenju, sve su ostale povezanosti između ova dva stila suočavanja značajne i pozitivne.

Kod kardiokirurških bolesnika problemu usmjereno suočavanje u prvom mjerenju značajno je pozitivno povezano sa sva tri mjerenja suočavanja izbjegavanjem, te s emocijama usmjerenim suočavanjem u prvom mjerenju. Problemu usmjereno suočavanje u drugom i trećem mjerenju značajno je pozitivno povezano sa svim mjerenjima suočavanja izbjegavanjem i emocijama usmjerenog suočavanja, osim što nije značajna povezanost problemu usmjerenog suočavanja u trećem mjerenju s emocijama usmjerenim suočavanjem u prvom mjerenju.

Emocijama usmjereno suočavanje u prvom mjerenju značajno je pozitivno povezano sa sva tri mjerenja suočavanja izbjegavanjem, emocijama usmjereno suočavanje u drugom mjerenju sa suočavanjem izbjegavanjem u prvom i trećem, a emocijama usmjereno suočavanje u trećem mjerenju sa suočavanjem izbjegavanjem u drugom i trećem mjerenju.

4.4.2. Odnos rezultata na COPE upitniku strategija suočavanja i STAI upitnika za anksioznost

Tablica 15. Povezanost stilova suočavanja i anksioznosti

STILOVI SUOČAVANJA	KARDIOLOGIJA			KARDIOKIRURGIJA		
	<i>ANKS1</i>	<i>ANKS2</i>	<i>ANKS3</i>	<i>ANKS1</i>	<i>ANKS2</i>	<i>ANKS3</i>
Problemu usmjereno suočavanje 1	-0.27	0.01	0.24	0.17	0.33	0.28
Problemu usmjereno suočavanje 2	-0.46*	-0.22	-0.32	0.37	0.19	0.23
Problemu usmjereno suočavanje 3	-0.46*	-0.25	-0.32	0.23	0.18	0.11
Emocijama usmjereno suočavanje 1	0.20	0.35	0.56**	0.61**	0.44*	0.32
Emocijama usmjereno suočavanje 2	-0.13	-0.07	-0.09	0.56**	0.49**	0.49**
Emocijama usmjereno suočavanje 3	-0.05	-0.03	0.04	0.50**	0.55**	0.59**
Suočavanje izbjegavanjem 1	0.29	0.32	0.29	0.45*	0.15	0.27
Suočavanje izbjegavanjem 2	-0.12	0.21	0.07	0.33	0.26	0.32
Suočavanje izbjegavanjem 3	-0.16	0.02	0.04	0.46*	0.37*	0.51**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

U grupi kardioloških bolesnika anksioznost u prvom mjerenjku značajno je negativno povezana s problemu usmjerenim suočavanjem u drugom i trećem mjerenju. Što je anksioznost u prvom mjerenju veća, problemu usmjereno suočavanje u drugom i trećem mjerenju su manji. Emocijama usmjereno suočavanje u prvom mjerenju značajno je pozitivno povezano s anksioznošću u trećem mjerenju. Suočavanja izbjegavanjem nije značajno povezano niti s jednim mjerenjem anksioznosti.

U grupi kardiokirurških bolesnika emocijama usmjereno suočavanje u sva tri mjerenja značajno je pozitivno povezano s anksioznošću u svim mjerenjima osim neznčajne povezanosti emocijama usmjerenog suočavanja u prvom mjerenju s anksioznošću u trećem mjerenju.

Suočavanje izbjegavanjem u prvom mjerenju značajno je pozitivno povezano s anksioznošću u prvom mjerenju, a suočavanje izbjegavanjem u trećem mjerenju sa sva tri mjerenja anksioznosti.

4.4.3. Odnos rezultata na COPE upitniku strategija suočavanja i BDI upitniku za depresivnost

Tablica 16. Povezanost stilova suočavanja i depresivnosti

<i>STILOVI SUOČAVANJA</i>	<i>KARDIOLOGIJA</i>			<i>KARDIOKIRURGIJA</i>		
	<i>DEPRI</i>	<i>DEPR2</i>	<i>DEPR3</i>	<i>DEPRI</i>	<i>DEPR2</i>	<i>DEPR3</i>
Problem u smjerenom suočavanju 1	-0.04	0.02	0.22	0.16	0.22	0.21
Problem u smjerenom suočavanju 2	-0.17	-0.10	-0.22	0.34	0.30	0.37*
Problem u smjerenom suočavanju 3	-0.19	-0.17	-0.24	0.30	0.32	0.33
Emocijama u smjerenom suočavanju 1	0.16	0.24	0.45*	0.48**	0.48*	0.41*
Emocijama u smjerenom suočavanju 2	-0.13	0.04	-0.08	0.58**	0.55**	0.61**
Emocijama u smjerenom suočavanju 3	-0.03	0.05	0.02	0.59**	0.62**	0.67**
Suočavanje izbjegavanjem 1	0.50**	0.37	0.36	0.32	0.25	0.30
Suočavanje izbjegavanjem 2	0.41*	0.32	0.22	0.56**	0.46**	0.37*
Suočavanje izbjegavanjem 3	0.46*	0.24	0.25	0.56**	0.56**	0.53**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

U kardioloških bolesnika problemu usmjereno suočavanje nije značajno povezano niti s jednom mjerom depresivnosti. Emocijama usmjereno suočavanje u prvom mjerenju značajno je pozitivno povezano s depresivnošću u trećem mjerenju. Sva tri mjerenja suočavanja izbjegavanjem značajno su pozitivno povezana s depresivnošću u prvom mjerenju.

U kardiokirurških bolesnika problemu usmjereno suočavanje u drugom mjerenju značajno je pozitivno povezano s depresivnošću u trećem mjerenju. Emocijama

usmjerenom suočavanju u sva tri mjerenja značajno je pozitivno povezano s depresivnošću u svim mjeranjima.

Suočavanje izbjegavanjem u drugom mjerenju značajno je pozitivno povezano sa sva tri mjerenja depresivnosti, a suočavanje izbjegavanjem u trećem mjerenju sa sva tri mjerenja depresivnosti.

4.4.4. Međusobni utjecaj depresivnosti i anksioznosti

Tablica 17. Povezanost depresivnosti i anksioznosti

<i>ANKSIOZNOST</i>	<i>KARDIOLOGIJA</i>			<i>KARDIOKIRURGIJA</i>		
	<i>DEPR1</i>	<i>DEPR2</i>	<i>DEPR3</i>	<i>DEPR1</i>	<i>DEPR2</i>	<i>DEPR3</i>
Anksioznost 1	0.28	0.33	0.32	0.60**	0.42**	0.42*
Anksioznost 2	0.42*	0.80**	0.60**	0.50**	0.60**	0.48**
Anksioznost 3	0.38*	0.66**	0.81**	0.54**	0.62**	0.71**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

U grupi kardioloških bolesnika anksioznost u drugom i trećem mjerenju značajno je pozitivno povezana s mjerama depresivnosti u svim mjeranjima.

Kod kardiokirurških bolesnika sve mjere depresivnosti i anksioznosti međusobno su značajno pozitivno povezane.

4.5. Tjelesne značajke depresivnosti izdvojene u rezultatima na BDI upitniku za depresivnost

Tablica 18. Prosječne vrijednosti razine depresivnosti mjerenoj česticama tjelesnih simptoma s obzirom na grupu i mjerenje

DEPRESIVNOST – TJELESNI SIMPTOMI	1. MJERENJE		2. MJERENJE		3. MJERENJE		T; P
	M	SD	M	SD	M	SD	
A. Kardiologija	4.77	3.42	3.77	3.91	3.29	3.56	1 > 3
B. Kardiokirurgija	7.25	5.18	4.89	5.29	4.82	5.16	1 > 2, 3
T; p	B > A		A = B		A = B		

Dvije se grupe bolesnika značajno razlikuju u depresivnosti mjerenoj tjelesnim simptomima u prvom mjerenju ($t=2.40$; $p=0.020$). Ova je depresivnost značajno veća kod ispitanika podvrgnutih kardiokirurškom zahvatu ($M=7.28$) nego kod kardioloških bolesnika ($M=4.55$).

U kardioloških bolesnika depresivnost mjerena česticama koje se odnose na tjelesno zdravlje u prvom je mjerenju statistički značajno veća nego u trećem mjerenju. ($t_{1-3}=2,100$; $p=0,045$)

U kardiokirurških bolesnika depresivnost mjerena česticama koje se odnose na tjelesno zdravlje u prvom mjerenju značajno je veća od depresivnosti u drugom i trećem mjerenju

($t_{1-2}=3,246$; $p=0,003$) i ($t_{1-3}=3,525$; $p=0,002$).

4.6. Rezultati regresijskih analiza kojima se utvrđuju odloženi učinci strategija suočavanja i procjene intenziteta stresa na oporavak srčanih bolesnika

Na kraju, izveden je niz regresijskih analiza. Kao zavisne (kriterijske varijable) korištene su mjere depresivnosti, «tjelesne» depresivnosti i anksioznosti u sva tri mjerenja. Kao nezavisne (prediktorske varijable) korištene su percepcija stresa i stilovi suočavanja.

Nezavisne varijable dodavane su u skladu s mjerenjima, tako da su za zavisne varijable u prvom mjerenju također korištene nezavisne varijable iz prvog mjerenja, međutim, za zavisne varijable iz drugog mjerenja korištene su nezavisne varijable iz prvog i drugog mjerenja, a za zavisne varijable iz trećeg mjerenja nezavisne varijable iz sva tri mjerenja.

Na taj je način bilo moguće ispitati i odložene efekte pojedinih nezavisnih varijabli na zavisne. Dobiveni su rezultati sumirani u sljedećim tablicama.

Tablica 19. Rezultati regresijske analize s depresivnošću kao zavisnom varijablom

depresivnost – 1. mjerenje				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	F	BETA
Emocijama usmjereno suočavanje 1	0.57	0.32	2.71*	0.56*
depresivnost – 2. mjerenje				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	F	BETA
Emocijama usmjereno suočavanje 2 Problemu usmjereno suočavanje 2	0.75	0.56	2.87*	0.68* -0.64*
depresivnost – 3. mjerenje				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	F	BETA
Procjena stresnosti 3	0.84	0.71	2.02	0.61*

* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001; prikazane su samo statistički značajne nezavisne varijable

Depresivnost u prvom mjerenju statistički se značajno može predvidjeti samo na osnovi emocijama usmjerenog suočavanja. Što je ono više, viša je i depresivnost. Depresivnost u drugom mjerenju statistički značajno predviđaju niže problemu usmjereno suočavanje i više emocijama usmjereno suočavanje (oba iz drugog mjerenja). Dakle, depresivnost u drugom mjerenju je viša kod onih s višim emocijama usmjerenim suočavanjem i nižim problemu usmjerenim suočavanjem. Značajan prediktor depresivnosti u trećem mjerenju je samo viša procjena stresnosti u trećem mjerenju. *Iz rezultata se također može vidjeti da nezavisne varijable nemaju značajnih odloženih efekata na depresivnost.*

Tablica 20. Rezultati regresijske analize s depresivnošću operacionaliziranom tjelesnim simptomima kao zavisnom varijablom

depresivnost (tjelesni simptomi) – 1. mjerenje				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	F	BETA
Procjena stresnosti 1 Emocijama usmjereno suočavanje 1	0.69	0.48	5.30**	0.33* 0.46*
depresivnost (tjelesni simptomi) – 2. mjerenje				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	F	BETA
Procjena stresnosti 1 Problemu usmjereno suočavanje 2 Emocijama usmjereno suočavanje 2 Suočavanje izbjegavanjem 2	0.75	0.56	2.86*	0.54* -0.64* 0.78* 0.62*
depresivnost (tjelesni simptomi) – 3. mjerenje				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	F	BETA
Procjena stresnosti 1	0.79	0.62	1.36	0.63*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; prikazane su samo statistički značajne nezavisne varijable

Depresivnost operacionaliziranu tjelesnim simptomima u prvom mjerenju značajno predviđaju procjena stresnosti i emocijama usmjereno suočavanje. Što su te dvije varijable više, viša je i depresivnost. Depresivnost u drugom mjerenju značajno predviđa procjena stresnosti iz prvog mjerenja, te sva tri stila suočavanja iz drugog mjerenja. Dakle, depresivnost je više izražena kod osoba s višom procjenom stresnosti u prvom mjerenju, višim emocijama usmjerenim suočavanjem i suočavanjem izbjegavanjem, te nižim problemu usmjerenim suočavanjem u drugom mjerenju. Depresivnost u trećem mjerenju značajno predviđa samo viša procjena stresnosti iz trećeg mjerenja. *Rezultati ovih analiza pokazuju da kada se depresivnost operacionalizira tjelesnim simptomima, tada*

procjena stresnosti na nju ima odloženi efekt, jer procjena stresnosti iz prvog mjerenja značajno predviđa depresivnost ne samo u prvom mjerenju, nego i u drugom i trećem.

Tablica 21. Rezultati regresijske analize s anksioznošću kao zavisnom varijablom

anksioznost – 1. mjerenje				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	F	BETA
Problemu usmjereno suočavanje 1 Emocijama usmjereno suočavanje 1	0.69	0.48	5.12**	-0.45* 0.67**
anksioznost – 2. mjerenje				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	F	BETA
Problemu usmjereno suočavanje 1 Procjena stresnosti 2	0.78	0.61	3.72**	0.58* 0.48*
anksioznost – 3. mjerenje				
NEZAVISNE VARIJABLE	R	R ²	F	BETA
Procjena stresnosti 3 Suočavanje izbjegavanjem 3	0.89	0.78	3.00*	0.70* 0.56*

* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001; prikazane su samo statistički značajne nezavisne varijable

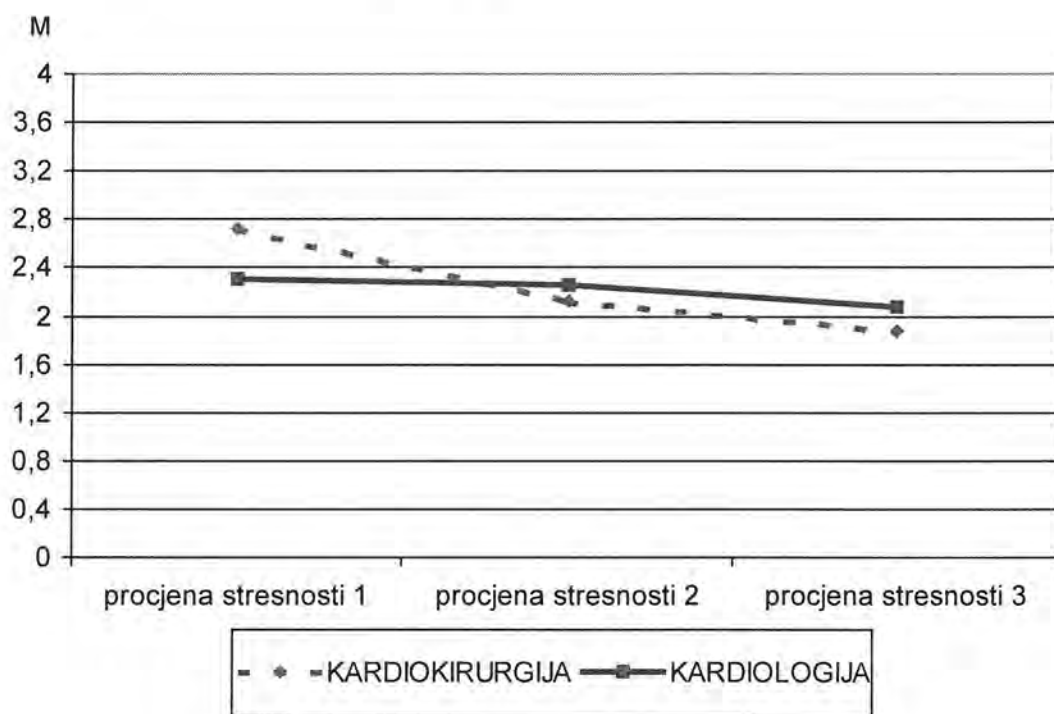
Anksioznost u prvom mjerenju značajno predviđaju problemu i emocijama usmjereno suočavanje iz prvog mjerenja. Anksioznost je veća kod ispitanika koji imaju niže problemu i više emocijama usmjereno suočavanje. Anksioznost u drugom mjerenju značajno predviđaju problemu usmjereno suočavanje iz prvog mjerenja i procjena stresnosti iz drugog mjerenja. Anksioznost je veća kada

je problemu usmjereno suočavanje u prvom mjerenju veće, te kada je veća procjena stresnosti u drugom mjerenju. Anksioznost u trećem mjerenju značajno predviđaju procjena stresnosti i suočavanje izbjegavanjem iz trećeg mjerenja. Anksioznost je veća kada je procjena stresnosti veća i kada je veće suočavanje izbjegavanjem. *Jedino problemu usmjereno suočavanje iz prvog mjerenja ima odloženi efekt, i to na anksioznost u drugom mjerenju.*

4.7. Razlike među dvjema grupama na temelju dvosmjerne analize varijance

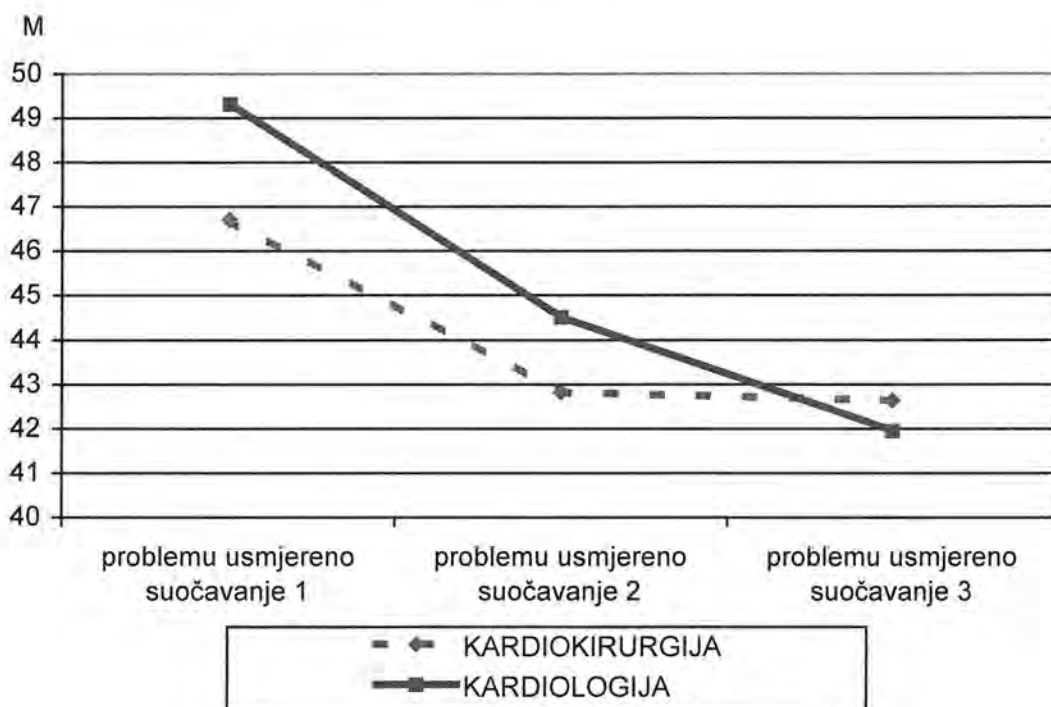
Razlike među dvjema grupama ispitane su i dvosmjernom analizom varijance s ponavljanim mjerenjima na jednom faktoru. Tom se analizom može dobiti značajan efekt grupe (kardiologija-kardiokirurgija), mjerenja (prvo, drugo, treće) i interakcija između grupe i mjerenja.

Slika 1. Prosječne procjene stresnosti kod kardiokirurških i kardioloških pacijenata



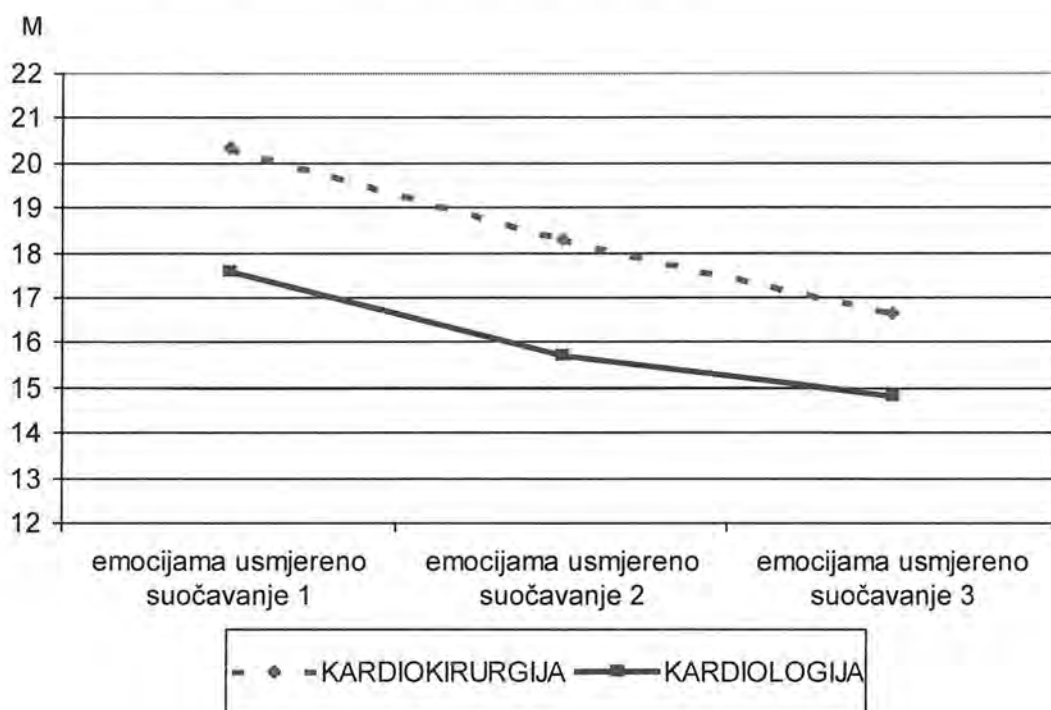
Dobiven je statistički značajan efekt procjene stresnosti ($F= 3.71$; $p=0.006$), koji pokazuje da su procjene stresnosti kroz tri mjerenja (kroz obje grupe zajedno) značajno različite. Efekt grupe i interakcijski efekt grupe i mjerenja nisu značajni.

Slika 2. Prosječne procjene problemu usmjerenog suočavanja kod kardiokirurških i kardioloških pacijenata



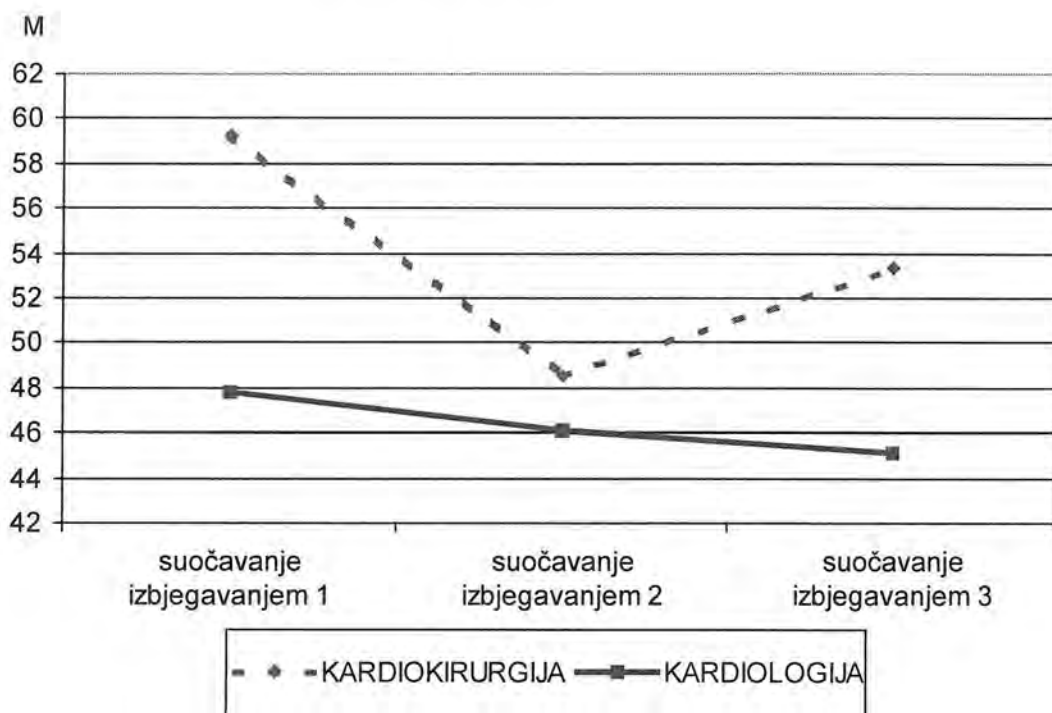
Dobiven je statistički značajan efekt problemu usmjerenog suočavanja ($F = 7.24$; $p=0.001$), koji pokazuje da je problemu usmjerenog suočavanja kroz tri mjerenja (kroz obje grupe zajedno) značajno različito. Efekt grupe i interakcijski efekt grupe i mjerenja nisu značajni.

Slika 3. Prosječne procjene emocijama usmjerenog suočavanja kod kardiokirurških i kardioloških pacijenata



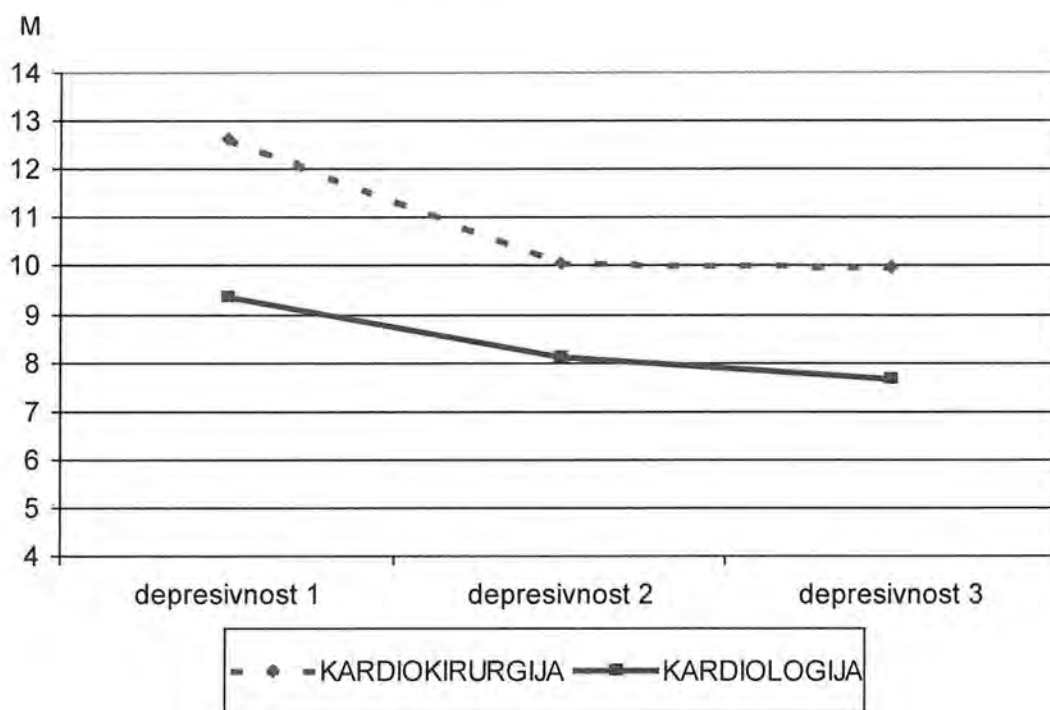
Dobiven je statistički značajan efekt emocijama usmjerenog suočavanja ($F = 7.11$; $p=0.001$), koji pokazuje da je emocijama usmjerenom suočavanju kroz tri mjerenja (kroz obje grupe zajedno) značajno različito. Efekt grupe i interakcijski efekt grupe i mjerenja nisu značajni.

Slika 4. Prosječne procjene suočavanja izbjegavanjem kod kardiokirurških i kardioloških pacijenata



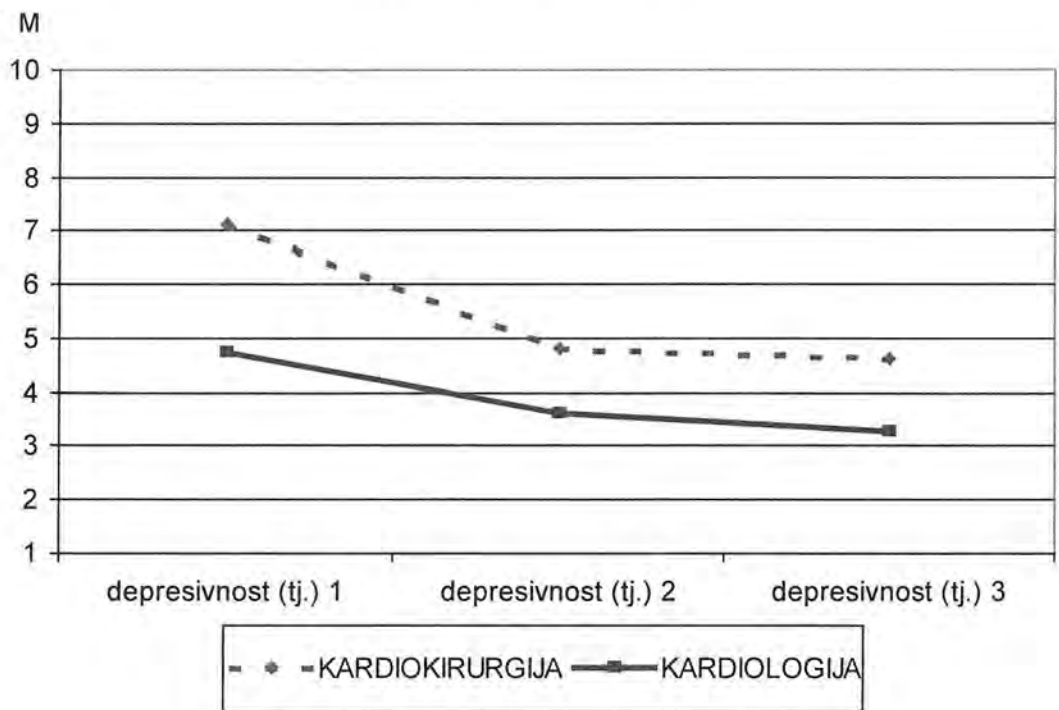
Dobiven je statistički značajan efekt suočavanja izbjegavanjem ($F = 3.45$; $p=0.036$), koji pokazuje da je suočavanje izbjegavanjem kroz tri mjerenja (kroz obje grupe zajedno) značajno različito. Efekt grupe i interakcijski efekt grupe i mjerenja nisu značajni.

Slika 5. Prosječne procjene depresivnosti kod kardiokirurških i kardioloških pacijenata



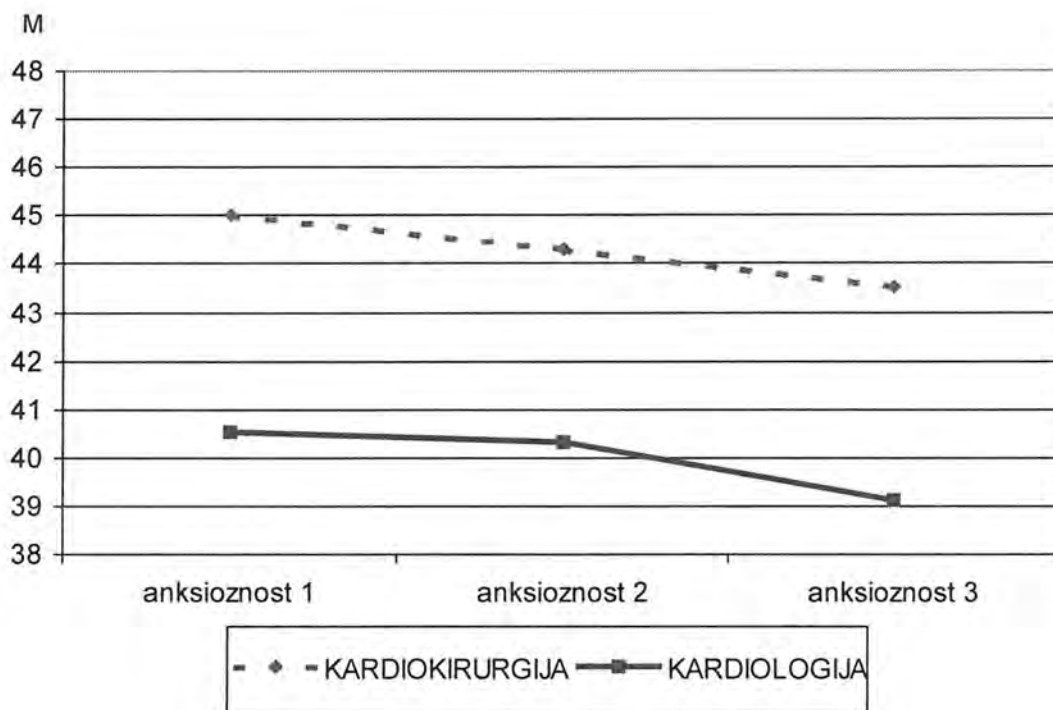
Dobiven je statistički značajan efekt depresivnosti ($F = 3.71$; $p=0.028$), koji pokazuje da je depresivnost kroz tri mjerenja (kroz obje grupe zajedno) značajno različita. Efekt grupe i interakcijski efekt grupe i mjerenja nisu značajni.

Slika 6. Prosječne procjene depresivnosti (tjelesni simptomi) kod kardiokirurških i kardioloških pacijenata



Dobiven je statistički značajan efekt depresivnosti mjerene česticama tjelesnog zdravlja ($F = 11.44$; $p < 0.001$), koji pokazuje da je depresivnost kroz tri mjerenja (kroz obje grupe zajedno) značajno različita. Efekt grupe i interakcijski efekt grupe i mjerenja nisu značajni.

Slika 7. Prosječne procjene anksioznosti kod kardiokirurških i kardioloških pacijenata



Niti jedan od efekata (grupa, interakcija, interakcija mjerenja) nije statistički značajan (anksioznost se značajno ne mijenja).

5. RASPRAVA

5.1. Utjecaj bolesti i operativnog zahvata na psihičko stanje, te oporavak srčanih bolesnika

5.1.1. Procjena intenziteta stresa

Već je naglašena sveprisutnost stresa u našim uobičajenim životima. Stres zbog bolesti, akutne i kronične, te nužnog liječenja spada u značajne stresore (podsjetimo da na Holmes-Raheovoj skali zauzima visoko šesto mjesto).

U nacrtu ovog istraživanja hipotetski značajno mi se činilo je li stresnost događaja za bolesnike iznenadna, dakle akutna i neočekivana ili je čekana, pripremana i dugotrajnija. Na temelju toga sam i razdijelila ispitivane bolesnike u dvije skupine – srčani udar ili očekivani zahvat na srcu.

Rezultati se za ove dvije grupe razlikuju u tome što su kod kardioloških bolesnika sve tri procjene stresnosti značajno pozitivno povezane, ali ne razlikuju se između mjerenja (kroz cijeli vremenski period od godinu dana mjerenja pacijenti osjećaju jednaki stres). (Tablica 3.)

Kod kardiokirurških bolesnika, prva procjena stresnosti u prvom tjednu nakon operacije je statistički značajno viša od procjene nakon šest i dvanaest mjeseci, dakle procjena stresnosti se smanjuje kroz vrijeme.

Od rezultata u vezi procjene stresnosti navela bih i to da se pokazalo da procjena intenziteta stresnosti djeluje odmah, u situaciji «ovdje i sad» – kod obje grupe ispitanika više procjena stresnosti nakon godinu dana od infarkta ili

operacije na srcu bila je značajan je prediktor depresivnosti, tjelesnih tegoba i anksioznosti u bolesnika u tom periodu, a kod bolesnika nakon infarkta, ako su u prvom tjednu nakon infarkta intenzitet stresa procijenili višim i to je bio značajan prediktor za njihovu depresivnost tada.

Što se tiče odloženog, dugotrajnijeg učinka procjene stresnosti, iz rezultata je uočljivo i to da procjena stresnosti ima i odloženi učinak – no samo kod bolesnika nakon operacije na otvorenom srcu u vezi «tjelesne depresivnosti». Ako su pacijenti svoje stanje odmah nakon operacije procjenjivali stresnijim, to je predviđalo depresivnost iskazanu tjelesnim tegobama u tom prvom tjednu, ali i nakon šest mjeseci i poslije godinu dana. Osjećali su se bolesnijima.

Već je navedeno da su stresovi zbog tjelesne bolesti i hospitalizacije i važni i brojni. Ako samu bolest ostavimo sa strane, i bolničko okruženje je često stresogeno (43). Mnogima bolnica predstavlja zastrašujuće mjesto povezano s bolnim osobnim ili obiteljskim sjećanjima. Bolnica osobu odvaja od njezine uobičajene okoline i socijalne podrške, u svojoj srži je izolacijska. U koronarnoj jedinici ili JIL-u nakon operacije, pacijent je gol ili u bolničkom haljetku, a to dovodi do deindividualizacije, osjećaja gubitka kontrole i gubitka privatnosti. Aparati u intenzivnoj njezi, intravenski putovi, susreti s nepoznatim osobama, susjedni bolesni ljudi svi doprinose stresu zbog hospitalizacije, bez obzira na pacijentovu specifičnu tjelesnu bolest. Saznanje da za osnovne životne potrebe mora ovisiti o tuđoj pomoći, za mnoge pacijente je vrlo stresogeno. Jednim dijelom i značajno više prva procjena stresnosti u kardiokirurških pacijenata u prvom tjednu nakon zahvata smije se tumačiti ovim «bolničkim faktorom».

Za razliku od kardiokirurških bolesnika, srčani bolesnici nakon infarkta osjećaju stalan stres tijekom praćenog razdoblja od godinu dana.

Perry i Viederman su opisali tri sukcesivna (povremeno i preklapajuća) zadatka koje pacijenti kad su suočeni s tjelesnom bolešću moraju savladati: 1.) priznati sebi i drugima da su bolesni; 2.) regresivna ovisnost o drugima koji ga njeguju i 3.) obnova normalnog funkcioniranja nakon oporavka. Ovi autori smatraju da svaki od navedena tri zadatka nosi u sebi više stresova, a pacijent se mora suočiti sa svakim da bi se uspješno nosio s bolesti i hospitalizacijom. (31,43)

Akutni, iznenadni događaj kao što je srčani udar i očekivana hospitalizacija radi zahvata na otvorenom srcu dovedu pacijenta na različite načine u isto stresogeno hospitalno okruženje i mobiliziraju njegove strategije suočavanja.

Čini mi se da se na osnovi prethodno navedenih rezultata može govoriti da akutni događaj svojim kronificiranjem pacijenta ostavlja u stalnoj potrebi da se nekako nosi sa stresom kojeg stalno i osjeća, procjenjuje i nosi se sa njime, a kod pacijenata kod kojih očekivani operativni zahvat predstavlja točku na kraju već dužeg ili kraćeg razdoblja bolovanja od srčane bolesti i predstavlja svojevrsnu prekretnicu nakon koje se stresnost smanjuje i manje neprestano mobilizira potrebu za nošenjem sa bolešću.

Stres zbog bolesti uvijek je zajedno sa dotadašnjim životnim iskustvima, temperamentom i karakterom pokretač promjena, u: strategijama suočavanja, značenju bolesti koje bolesnik pridodaje stresnom zbivanju i psihološkim obranama koji sve formiraju psihološke odgovore na bolest.(44,45)

I rezultati istraživanja ovog rada potvrdili da je stres i zbog bolesti i uslijed liječenja, uz anksioznost, depresivnost, poremećaj prilagodbe, interpersonalne

probleme i nedostatak socijalne podrške najčešća komplikacija srčane bolesti , što su našli i drugi istraživači (38).Dokumentirana je važnost psihosocijalnog distresa koji je pratilac razbolijevanja i tretmana (Kosslyn i sur. 2000.)(46,47,48,49), što se indirektno iskazuje i u ovom radu, jer oporavak se odvija bolje ukoliko je psihosocijalni distres manji, a suočavanje sa stresom aktivnije.

5.1.2. Anksioznost srčanih bolesnika

Anksioznost je neugodno iskustvo, predstavlja anticipaciju nesnosnog stanja razdraženosti i preplavljenosti vanjskim i unutarnjim silama. To je afektivno stanje, no usporedno se javljaju i organski i vegetativni simptomi, te tako u cjelini obuzima čovjeka. Eferentni put se u mnogim simptomima preklapa sa simptomatikom srčanih tegoba, pa bolesnika i dodatno opterećuje i straši moguće pogoršanja njegovog srčanog poremećaja ili funkcije. (50)

Rezultati mjerenja anksioznosti u obje ispitivane skupine u ovom istraživanju pokazuju da nema razlika na svim trima mjerenjima anksioznosti tijekom jednogodišnjeg razdoblja. I srčani bolesnici nakon infarkta miokarda i srčani bolesnici nakon njihovog operativnog zahvata stalno su jednako tjeskobni. Ovo potvrđuju i rezultati nakon dvosmjerne analize varijance gdje nema niti efekta grupe, niti efekta mjerenja niti njihove interakcije kroz vrijeme – anksioznost ne pada.(Tablica 4.)(51)

Studije su pokazale da je uz depresivnost, anksioznost također bitan prediktor ishoda bolesti. Programi i akcije liječenja koje su se bazirale samo na depresivnosti srčanih bolesnika nisu bile uspješne (52,53).

Navedeni rezultat govori o ipak značajnom efektu bolesti, koja svakako ima značajke kroničnosti i gurne osobu u regresivnost. Ovdje treba psihodinamski razmišljati. Anksioznost upozorava da se osoba našla u situaciji kad se javlja stanje bespomoćnosti, ugroženosti i nezaštićenosti, koje oponaša situaciju primarnog straha koji se javlja kod djeteta kad ostaje samo bez osoba koje mu služe za gratifikaciju njegovih nagonskih poriva. Sigmund Freud je tako pisao da je anksioznost konvertirana libidna investicija, tj. da nemogućnost zadovoljenja libidnog poriva dovodi do pretvaranja libida u strah. Regresivna anksioznost može se usporediti s ranim infantilnim reakcijama u tome što se doživljena opasnost gotovo izjednačava s traumatskom situacijom. Možemo u nekim slučajevima uvažiti proširenje dijagnostičke kategorije u DSM-IV posttraumatskog stresnog poremećaja, njegovog A kriterija, koji je uveo suočenje s potencijalno smrtonosnom bolešću kao traumatizirajući događaj, a ima u novije vrijeme dosta literature koja u kardiokirurških pacijenata nailazi na PTSP simptome (saopćenja - Munchen kongres, Graz).

Regresivni dio ega pokušava u mnogim situacijama anksioznosti opet uspostaviti realističku procjenu situacije naknadnom uspostavom sekundarnog procesa (problemu usmjereno suočavanje npr. !), te tako nastaje kontrolirana anksioznost. Za srčane bolesnika svojstveno je reagiranje iz psihosomatski strukturiranog ega, tako da se zbiva resomatizacija, te neugodni aferentni i eferentni simptomi anksioznosti traju. (10,11).

Pored toga, smatra se da je kod srčanih bolesnika tjelesno stanje odgovorno za javljanje vitalne anksioznosti . Vitalna anksioznost potječe iz vlastitog tijela, a iz rezultata ovog istraživanja vidljivo je da je značajna uzajamna povezanost s depresivnosti i procjenom intenziteta stresa u kojem se srčani bolesnik nalazi.

A uz ovo, bolesnici s infarktom miokarda i bolesnici nakon kardiokirurškog zahvata imaju iskustvo i egzistencijalne anksioznosti. Ona je posljedica doživljaja da je egzistencija ugrožena bolešću i da je ovaj put bolesnik dobio bitku za život, ali ostaje iskustvo straha bliskog suočenja sa smrću. Strah od smrti i uništenja je osnovni izvor anksioznosti i depresivnosti. Bolesnika je njegovo tijelo izdalo i izvjestan vremenski period (kraći kod iznenadnog srčanog udara, a duži kod neke kronične kardiomiopatije, te čekanja na operaciju srca) bio je preplavljen vitalnom anksioznošću, kad onda strah od smrti pokreće egzistencijalnu anksioznost i dolazi do promjene u ponašanju i osjećajima. Beard naglašava kako je strah od življenja nezadovoljavajućim životom kronično bolesne osobe jednako poguban kao i biti suočen sa strahom prijeteće smrti (21,36). Strahovi ispitivanih dviju grupa bolesnika tako se implicitno gotovo izjednačavaju; njihova anksioznost se i u ovoj studiji značajno ne razlikuje.

S navedenim strahom od življenja nekvalitetnim životom bolesne osobe povezane su i anksioznost i depresivnost, a ovo područje straha kod svakog bolesnika nastanjeno je i ispunjeno različito operacionaliziranim strategijama suočavanja koje diskutiramo u sljedećim poglavljima.

5.1.3. Depresivnost srčanih bolesnika

Iako se depresivnost dviju ispitivanih grupa srčanih bolesnika statistički značajno ne razlikuje, unutar grupe kardiokirurških bolesnika uočava se jedna pojava koje nema u grupi bolesnika s infarktom miokarda - bolesnici su pola godine tijekom oporavka nakon kardiokirurškog operativnoga zahvata značajno manje depresivni nego u prvom tjednu poslije operacije. Kod bolesnika nakon infarkta miokarda depresivnost se ne mijenja kroz tri mjerenja – jednako su depresivni tijekom cijele godine praćenja nakon razbolijevanja. (Tablica 5.) Depresija se svakako javlja kao reakcija na bolest i očituje se već poznatim simptomima - sniženim raspoloženjem, bezvoljnošću, tromošću, lošom koncentracijom, gubitkom samopoštovanja, zanemarivanjem sebe i svog izgleda i mnogim somatskim simptomima. (54) Depresivan bolesnik ne vjeruje da ima snagu i sposobnost izmijeniti bilo što u svojoj budućnosti.

Vidljivo je da je depresija česta u srčanih bolesnika, čak vrlo česta, i to kako iza akutne faze infarkta miokarda, tako i u dugom postinfarktnom razdoblju.(55)

Međutim, simptomi depresije se često podcjenjuju, jer se krivo smatraju «normalnima» za bolesnikovo stanje. Ponekad ih bolesnik i nesvjesno maskira. Jednako je loša činjenica da je depresija povezana s znatno lošijom prognozom u pogledu kardiovaskularnog morbiditeta i mortaliteta zbog složenih višestrukih patofizioloških mehanizama. (56) Zato osoblje koje svakodnevno prati bolesnika treba aktivno tražiti i obraćati pažnju na simptome depresivnosti, posebno na početku bolničkog liječenja zbog akutnog koronarnog događaja.

Jednako vrijedi i za bolesnika na kojem je izveden kardiokirurški operativni zahvat , jer on predstavlja «arteficijelan akutni koronarni događaj»!

U nekim navodima iz literature (57) iščitava se da se depresija samo rijetko dešava za vrijeme hospitalizacije nakon infarkta, nego da joj puno veću važnost treba pridodati tijekom rekonvalescencije.

Postinfarktna malodušnost se potvrdila i u ovom istraživanju, jer razina depresivnosti se ne mijenja tijekom cijele prve godine nakon srčanog udara. Čak i u slučajevima bolesnika koji se dobro oporavljaju i nema komplikacija postoji osjećaj gubitka i neki autori govore o «ego infarktu» . Pacijenti se osjećaju oštećeni i ranjiviji za daljnje povrede.

Psihodinamski gledano psihička energija se povlači s objekata i usmjerava na sebe i svoje tijelo.

U svjetlu Bibringova gledišta (58) da se depresija pojavljuje iz nesklada ideala i realnosti, kad tri visoko narcistički investirana nastojanja - da se bude vrijedan i voljen, jak i nadmoćan, te dobar i sposoban voljeti - budu iznevjerena. Kad ego percipira svoju stvarnu ili imaginarnu nesposobnost da zadovolji tim standardima, nastaje depresija. Kao posljedica ovog, depresivna osoba se osjeća bespomoćna i bez snage. Bibring vjeruje da bilo koja narcistička povreda ili frustracija koja narušava samopoštovanje može precipitirati kliničku sliku depresije.

Neki autori smatraju (59) da disforija i vegetativni simptomi kod izvjesnog broja pacijenata koji su pretrpjeli srčani udar, prerastu u veliki depresivni poremećaj, no da se tijekom kraja prvog mjeseca psihičko stanje , uz sve veću moguću tjelesnu aktivnost popravlja. U navedenom istraživanju približno 85% pacijenata se nakon tri mjeseca nakon nekomplikiranog IM vraća na posao, a

preostalih 15% razviju ili veliki depresivni poremećaj, srčanu neurozu ili neku tjelesnu komplikaciju.

Za usporedbu, rezultati istraživanja ove disertacije, ne govore o redukciji depresivnih simptoma u bolesnika. 52% bolesnika nakon infarkta miokarda nije bilo depresivno, u 35% slučajeva radi se o blagoj depresivnosti, 10% umjerenoj, a u 3% težoj depresivnosti.

Kod operiranih bolesnika situacija je u ovom istraživanju drugačija. Pacijenti su pola godine nakon operacije značajno manje depresivni nego što su bili neposredno nakon operativnoga zahvata. Osjećaj poboljšanja zdravlja i redukcija srčanih i drugih tjelesnih tegoba koja ih je i dovela do suočavanja da je zahvat na srcu neizbježan. Rezultati su vidljivi, pacijenti se osjećaju zdraviji i kao da se uspio preokrenuti niz gubitaka u zdravstvenoj sferi koji ih je u najvećoj mjeri i gurnuo u depresivnost. Zaliječenje je moguće i nade su se ostvarile (nada zapravo spada u strategije suočavanja – pacijent strahuje od najgoreg, nadajući se da se to sve neće ostvariti). Medicina je u ovoj bitci izvojevala pobjedu. Zanimljivo je da u generalno procijenjenoj depresivnosti ovu redukciju depresivnosti uočavamo samo kod kardiokirurških bolesnika, a kod kardijalnih nakon infarkta ne. (61,62,63)

No kada su izdvojene tjelesne tegobe koje zauzimaju sedam čestica BDI upitnika (15. do 21. čestica), i kod jedne i kod druge grupe bolesnika bilo je uočljivo reduciranje «tjelesne» depresivnosti, vjerojatno uzrokovane, kod jednog broja bolesnika tjelesnim tegobama i lošim općim stanjem, ali kod jednog broja bolesnika može se raditi o simptomima maskirane depresije. Odnosno, pacijenti su se nakon godinu dana osjećali značajno manje bolesni, i

nakon preboljelog infarkta i nakon kardiokirurške operacije . Ovo se može smatrati i očekivanim uspjehom liječenja.

5.1.4. Strategije suočavanja nakon infarkta miokarda i kardiokirurških operacija

Za srčane bolesnike njihova tjelesna bolest predstavlja tjelesni i emocionalni problem. U ovome radu se proučava kako stresno iskustvo razbolijevanja i liječenja mobilizira bolesnikove strategije suočavanja sa stresom i utječe na njegovo psihičko stanje i oporavak.

U situaciji kad im se zbiva događaj koji i kardijalni i kardiokirurški pacijenti procjenjuju stresnim, obje grupa najviše koriste emocijama usmjerene strategije suočavanja i kod obje grupe bolesnika te strategije (koje se još zovu i pasivnima, sekundarnima) značajno manje koriste nakon godinu dana. Ovo možemo tumačiti osnovnim zadatkom strategija suočavanja, a to je uspostavljanje ravnoteže i uklanjanje nemira kojeg je stresna situacija bolesti i operacije unijela u život bolesnika. Strategije djeluju promptno, nakon procjene akutne situacije.

Dakle, rezultati mjerenja utjecaja «copinga» na anksioznost u prvom tjednu nakon infarkta miokarda i nakon operacije na srcu u ove dvije grupe se ne razlikuje, odnosno bolesnici se ponašaju prema istom obrascu reagiranja. Pacijenti reagiraju emocionalnim strategijama suočavanja («pasivno», »sekundarno» suočavanje) i koriste ih statistički značajno više u prvom tjednu liječenja nego nakon godinu dana od događaja, i to obje grupe(Tablica 7.). Tako

se prilagođavaju izvoru stresa bez njegovog mijenjanja. Ovakvo se suočavanje i upotrebljava češće kad se smatra da je stresor teško kontrolirati.(22,25,27)

I kod kardioloških i kod kardiokirurških bolesnika nisko korištenje , u ovome razdoblju, problemu usmjerenog suočavanja i visoko korištenje emocijama usmjerenog suočavanja - u prvom tjednu bolničkog liječenja, značajno ukazuje na višu anksioznost bolesnika tijekom tog razdoblja. Iz ranijih rezultata vidljivo je da pacijenti ostaju anksiozni tijekom cijelih godinu dana od bolesti ili zahvata. Mjerenja utjecaja «copinga» na anksioznost u prvom tjednu nakon infarkta miokarda i nakon operacije na srcu u ove dvije grupe se ne razlikuje, odnosno bolesnici se ponašaju prema istom obrascu reagiranja.

Kardiokirurški bolesnici razlikuju se u cjelogodišnjem praćenju utoliko što se također iz ranijih rezultata može uočiti da su nakon šest mjeseci značajno manje depresivni i stresnost razdoblja procjenjuju manjom. Oni koji, vjerojatno na osnovi ovih promjena u svom psihičkom stanju, promijene način suočavanja u aktivniji, bit će anksiozniji. Može se diskutirati zašto je tome tako, je li u pitanju «strah od ozdravljenja» i tjeskoba zbog uvijek mogućeg pogoršanja. Budući da je emocionalan ekscitacija povećana i preplavljuje osobu, anksioznost perzistira (65). Bolesnik reagira adaptirajući se koliko je god moguće na tešku situaciju.

U prvom tjednu ispitivanja, bolesnici su se prilagodili situaciji, prema obrascu ponašanja za stresor kojega je teško kontrolirati, a kako oporavak teče promatramo što se zbiva sa strategijama suočavanja.

Što se tiče kardiokirurškog zahvata, iako se može smatrati da se njime rješava velik dio tegoba uzrokovanih srčanom bolesti i da ne nosi sobom faktor

iznenadnosti i nepripremljenosti, dakle stresogenost se teoretski može kontrolirati, za pacijente on ne mobilizira strategije suočavanja na takav teoretski mogući, «problem-solving» način.(66)

U kardiokirurških pacijenata uočljiv je značajan pad izbjegavajućih strategija suočavanja nakon šest mjeseci od operacije; ovo se smatra dobrom prilagodbom, jer poričući «coping» ima adaptabilne koristi na kratke staze (odmah nakon operacije smanjuje anksioznost), ali nije poželjan na duge staze, jer može negativno utjecati na oporavak.

Treba prokomentirati i jedinu razliku u vezi strategija suočavanja koja je statistički značajna obzirom na dob bolesnika (inače se dvije ispitivane skupine ne razlikuju u dobi, niti je dob značajno povezana sa suočavanjem, depresivnošću ili anksioznošću), osim što je kod kardiokirurških bolesnika starija dob značajno povezana s izbjegavajućim suočavanjem neposredno nakon operacije na otvorenom srcu.(66,67) Takva adaptacija je dobra i vjerojatno ju se može pripisati životnom učenju i iskustvu s nošenjem sa stresogenim zbivanjima (jer strategije suočavanja se mogu učiti , mijenjati i poboljšavati).

Razlika između prethodno navedenog izbjegavajućeg «copinga» između skupina je što u ispitivanoj grupi kardijalnih bolesnika nakon infarkta miokarda nije uočeno ovo znakovito smanjivanje izbjegavajućih strategija suočavanja, a kod operiranih bolesnika jest . Može se zaključiti kako očekivani operativni zahvat inokulira bolesnika s gotovo istim stupnjem stresogenosti kao i srčani infarkt, i obje grupe se suočavaju sa njima stresogenom situacijom na isti način (emocionalni «coping» u prvom tjednu). S protekom vremena oporavka , stres zbog operacije se «ponaša» na drugačiji način nego stres zbog preboljelog infarkta miokarda. Prema rezultatima ovog rada kardijalni bolesnici stalno

«izbjegavaju» na isti način, a kardiokirurški sve manje koriste izbjegavajuće strategije suočavanja. Pored toga, kardijalni bolesnici sve manje koriste problemu usmjerene strategije suočavanja, a kod kardiokirurških bolesnika nema razlika u njihovom korištenju tijekom godinu dana. (Tablice 6.,8.)

U studijama koje su uspoređivale problemu usmjereno suočavanje i emocijama usmjereno suočavanje (Keckeisen, Nyamathi 1990) pacijenti koji su preživjeli infarkt miokarda a koristili više “problem-solving” strategije suočavanja imali su bolju socijalnu i psihološku prilagodbu nakon otpusta iz bolnice.

Slična studija u pacijenata nakon infarkta miokarda (Webster i Christman, 1988.) pokazala je da percipirana nesigurnost dovodi do uporabe emocijama orijentiranog “copinga” i obrnuto . Njihovi rezultati su također pokazali da osobe s emocijama usmjerenom suočavanju navode veću razinu emocionalnog distresa, uočljiviju anksioznost i depresivnost.

U skladu s prethodnima, Terryjeva studija iz 1992.g. opet demonstrira povezanost između emocionalnog “copinga” i višeg stupnja psiholoških simptoma (anksioznost kao stanje) i narušenost socijalnih i rekreativnih aktivnosti, te lošije samoprocijenjena općenita funkcionalnost. (29)

Strategije suočavanja zapravo uključuju izbore – kako izabrati najsvrsishodniji obrazac ponašanja, osjećaja i mišljenja. Tjelesni bolesnici su suočeni s novonastalom situacijom kako zbog same bolesti tako i zbog zahtjeva tretmana. Potrebno je očuvati razumnu emocionalnu ravnotežu , održati osjećaj kompetencije i kontrole nad situacijom, potkrijepiti odnose sa članovima obitelji i prijateljima i pripremiti se za neizvjesnu budućnost. Za sve to neki pacijenti

trebaju poboljšati već postojeće strategije suočavanja, ili naučiti nove, prilagodbenije stilove.

Oni koji se ne mogu adaptirati na stresove nastale zbog medicinske bolesti ili tretmana s velikim teškoćama će održati adekvatne razine emocionalnog, fizičkog i socijalnog funkcioniranja, no o ovome još kasnije u raspravi.

5.2. Utjecaj procjene intenziteta stresa na korištenje strategija suočavanja u novonastaloj situaciji

5.2.1. Utjecaj procjene intenziteta stresa na strategije suočavanja

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na to da procjena stresnosti stanja u kojem se pacijenti nalaze nakon srčanog udara nije značajno povezana sa stilovima suočavanja niti u jednom vremenskom razdoblju mjerenja, a kod kardiokirurških bolesnika povezana je s problemu usmjerenom suočavanju ako ga pacijenti više koriste nakon operacije u prvom tjednu oporavka: Procjene stresnosti nakon šest i dvanaest mjeseci više su ako se pacijenti koriste strategijama koje su usmjerene na emocije.(Tablica 11.) (29,70)

Rezultati utjecaja procjene intenziteta stresnosti ukazuju da su anksioznost i depresivnost bolesnika značajni prediktori procjenjivanja stresnosti o čemu u sljedećim potpoglavljima.(Tablice 12.,13.)

5.2.2. Utjecaj procjene intenziteta stresa na anksioznost bolesnika

Poznato je da reakcija na stres može inducirati ishemiju srca i/ili maligne ritmije. Odgovor na stres može biti izmijenjen u osoba koje su depresivne. Istraživanja su pokazala da postoji znatan porast iznenadnih srčanih smrti i infarkta miokarda u satima koji uslijede nakon izrazito stresnih zbivanja kao što su prirodne katastrofe ili ozbiljne emocionalne traume.

Odgovor na stres obično izaziva stimulaciju alfa adrenergičkih neurona koja onda dovodi do vazokonstrikcije i time porasta krvnoga tlaka. Pod normalnim okolnostima, koronarne arterije se dilatiraju da bi odgovorile na povećani krvni tlak. No kod pacijenata s koronarnom bolešću inducirana je koronarna vazokonstrikcija. U istraživanju Duke univerziteta neki psihički stres se pokazao prediktivnijim za provociranje kardijalnog distresa od fizičkog napora. (24) Vjerojatno stoga pacijenti koji su depresivniji imaju prenaplašen odgovor na stresogene situacije i u začaranom su krugu.

5.2.3. Utjecaj procjene intenziteta stresa na depresivnost bolesnika

Procjena stresnosti odmah nakon operacije ima odloženi efekt na depresivnost bolesnika, dakle predviđa depresivnost bolesnika nakon operativnog zahvata u prvom tjednu, nakon šest i dvanaest mjeseci.

Osim toga, i kod kardijalnih i kardiokirurških bolesnika procjena stresnosti u razdoblju od godine dana nakon infarkta i nakon operacije, značajno je povezana s time koliko su bolesnici bili depresivni u razdoblju od godine dana nakon stresnog događaja, izmjereno na spomenutim trima mjerenjima.(70)

U zapadnim zemljama trećina populacije je tijekom života imala depresivnu epizodu, a 15-20% dijagnozu kronične depresije. Kako su kardiovaskularne bolesti danas vodeći uzrok smrti i morbiditeta u industrijaliziranom svijetu. Budući da su obje bolesti tako česte, biti će puno pacijenata s ove dvije dijagnoze. Ali ne radi se o tome, jer zbog poznatih interakcija između depresije i kardiovaskularnih bolesti, postoji i međusobni pojačavajući učinak kad se kombiniraju.

Međutim, prepoznati i razumjeti potrebe bolesnika koji je pogođen s obje bolesti može biti otežano. Otežano je time što je žalba na srčane tegobe ta koja dovodi pacijenta liječniku, cilj je prepoznati depresivnog srčanog bolesnika i tretirati oba problema.

Sve više referenci iz literature (1,22,24,32,37,52) govori da prisutnost depresivnog poremećaja može dovesti do razvitka koronarne arterijske bolesti. Depresivni pacijenti često imaju zapravo više prisutnih riziko faktora od

bolesnika koji nisu depresivni, a uz to mogu poklanjati pažnje njihovom ispravljaju.

Drugim riječima još uvijek se ne može apsolutno tvrditi da depresivnost uzrokuje koronarnu arterijsku bolest; depresivnost uzrokuje ponašanja koja vode u bolest srca. Implicitno je stoga znatnu pozornost pokloniti proučavanju, mijenjanju i tretiranju strategija suočavanja koje su bitan čimbenik u ponašanju nakon bolesti.(49)

Studija Frasure – Smitha i suradnika pokazala je da depresivnost može služiti kao marker, a možda i doprinoseći čimbenik lošije prognoze kardiovaskularnih bolesti.

Može se postaviti pitanje je li takav i uzročni čimbenik i negativni prognostički faktor depresija sama po sebi ili se tu može raditi i o anksioznosti, stresu zbog posla, “tip A” ponašanja, neprijateljski stav, nedostatak socijalne podrške itd.(71)

Postoji i opcija da su depresivni pacijenti bolesniji, da su srčani bolesnici koji su i depresivni u gorem kardiovaskularnom stanju nego pacijenti koji nisu depresivni. Odnosno, da su depresivni jednostavno zato što imaju ozbiljniju srčanu bolest (72,73); ovo je teško područje za istraživanje, zbog subjektivnosti psiholoških simptoma, pa je psihometrija nužna .

Dokazano je i da depresivnost utječe na suradljivost bolesnika i da srčani bolesnici koji su depresivni ne uzimaju lijekove redovito kao oni bolesnici koji nisu depresivni, manje su fizički aktivni i manje sudjeluju u rehabilitaciji nakon infarkta miokarda (Carney)(55).

I pacijenti s depresijom i pacijenti koji su imali akutni infarkt miokarda pate od autonomne disfunkcije, koja se iskazuje nepravilnostima srčanog ritma.

Dijagnostika velike depresije u pacijenata s koronarnom arterijskom bolešću može biti teška, jer mnogi simptomi depresije, kao što je gubitak interesa za uobičajene aktivnosti, umor, teškoća sa spavanjem obično se pripisuju razdoblju u kojem se bolesnik nalazi neposredno nakon operacije, infarkta ili sličnim stanjima koje zadese pacijente s koronarnom bolesti.(74) Smatra se da je u ovim slučajevima poželjna određena veća inkluzivnost, pa navedene simptome treba smatrati za znakove tzv. tjelesne depresivnosti. To se postiže korištenjem BDI upitnika za depresivnost koji su bolesnici ispunjavali i u ovom istraživanju. Osim toga ako kliničar s pacijentom razgovara i na neki načine destigmatizira postojanje psihičkog ili čak psihijatrijskog simptoma, lakše će se prevladati skanjanje da se o depresivnosti uopće razgovara tijekom vizita, kontrola i liječenja srčanih bolesnika.

5.3. Odnos strategija suočavanja i oporavka srčanih bolesnika

5.3.1. Medusobni utjecaj različitih strategija suočavanja u razdoblju oporavka

U ovom istraživanju kojemu je osnovni cilj rada utvrditi utjecaj strategija suočavanja na cjeloviti oporavak srčanih bolesnika, nisu se dobile statistički značajne razlike u strategijama suočavanja između dvije ispitivane grupe bolesnika. Bolesnici s infarktom miokarda i nakon kardiokirurške operacije ne razlikuju se u korištenju niti problemu usmjerenog suočavanja, niti emocijama usmjerenog suočavanja niti suočavanja izbjegavanjem. Srčani bolesnici suočavaju se dakle isto bez obzira na vrstu kardijalnog događaja. (Tablica 14.)(75,76)

Jedina značajna strategija suočavanja koja ima neki odloženi učinak, je problemu usmjereno suočavanje u prvom tjednu nakon operacije na srcu, koje predviđa razinu anksioznosti bolesnika i šest mjeseci nakon operacije. I u kardijalnih i kardiokirurških bolesnika uočava se da što je njihova anksioznost u prvom tjednu mjerenja bila manja ,manje će biti problemu usmjerenih strategija suočavanja nakon šest odnosno dvanaest mjeseci. Emocijama usmjereno suočavanje iz prvog tjedna mjerenja pozitivno je povezano s anksioznosću nakon godine dana od infarkta miokarda, a kod kardiokirurških bolesnika sva tri mjerenja emocijama usmjerenog suočavanja povezana su s anksioznošću.(77,78)

U ranijim istraživanjima o suočavanju kod srčanih bolesnika i utjecaju infarkta miokarda na stilove suočavanja, uglavnom se bolesnike prema načinima suočavanja dijelilo u one koje koriste poricanje i one koji ga ne koriste. U obrani od anksioznosti i straha od smrti poricanje se koristi kao defanzivni manevar da bi se minimizirala anksioznost). (79,80)

Smatralo se da poricanje obilježava neposrednu reakciju bolesnika kad se nade u bolnici odmah nakon infarkta miokarda, kad ima svoje adaptabilne koristi.

Takve strategije nisu korisne u dugotrajnom oporavku i psihosocijalnoj adaptaciji nakon otpusta iz bolnice (Krantz 1980.). U ovom pak disertacijskom istraživanju kod kardiokirurških bolesnika izbjegavajuće suočavanje u prvom tjednu nakon operacije i nakon što je prošla godina dana pozitivno je povezano s razinom anksioznosti u tom razdoblju.

Soloff i suradnici su zaključili da poricanje može imati instrumentalnu ulogu u smanjivanju anksioznosti i vjerojatno mortaliteta tijekom akutne faze oporavka, ali korištenje može biti riskantno tijekom dugotrajnije rehabilitacije zbog predmijevanih učinaka na suradljivost (Levine 1987.). (75,78)

Novija istraživanja specifičnije istražuju «coping», kojeg dijele na globalni (aktivni, optimistični) i specifični (suočavajući, ventiliranje emocija, traženje informacija i sl.). (29,72,74)

U izbjegavajuće tendencije spada i represija – Shaw je istražio da represori stiču manje informacija o srčanoj bolesti i riziko faktorima, imaju višemedicinskih komplikacija i lošije funkcioniranje (psihofizičko) u praćenju nakon šest mjeseci. I u ovom istraživanju izbjegavajući i emocionalni «coping» se dosta prate, odnosno zajedno javljaju, te utječu na perzistiranje anksioznosti u bolesnika.

5.3.2. Strategije suočavanja, anksioznost i depresivnost tijekom oporavka bolesnika

Emocionalno suočavanja sa svojim stanjem i nakon infarkta i nakon operacije značajno je pozitivno povezano s depresivnošću i uočava se kod bolesnika koji su depresivni i nakon godinu dana od stresnog događaja. (Tablica 15.;16.)U istraživanjima je nađeno da pacijenti koji su skloni emocionalnom suočavanju i spadaju u «senzitivce» iznose lošije razine socijalnog funkcioniranja. (79) Denollet i kolege (1991., 1992.) našli da pacijenti koji su skloniji emocionalnom suočavanju, dakle vjerojatnije je da se nalaze u generaliziranom distresu, iznose veći stupanj depresivnosti, psihološkog distresa i tjelesnih tegoba, ali i somatskog distresa. Oni smatraju da represori imaju manje značajki A tipa osobnosti koja je obilježena hostilnošću, točnošću i perfekcionizmom, od onih koji se suočavaju emocionalnim strategijama.

Iz studije koju su proveli Keckeisen i Nyamathi 1990.g. u pacijenata koji su preživjeli srčani udar i koristili opće problemu usmjereno suočavanja iznosili su bolju psihosocijalnu adaptiranost nakon otpusta iz bolnice, od onih koji su pretežito koristili emocijama usmjerene strategije suočavanja.

Ries i drugi autori su uspoređivali emocijama i problemu usmjereno suočavanje i njihov utjecaj na strategije suočavanja koje se u pacijanata nakon infarkta miokarda mobiliziraju da bi se bolesnici nosili s emocionalnim distresom. Već spomenuti stupanj nesigurnosti i ambiguiteta povezan je s većom upotrebom emocijama usmjerenog suočavanja, no ako se ta nesigurnost smanji više će se koristiti problemu orijentirano suočavanje.(80)

Ti Riesovi rezultati (1988.) ukazuju i na nešto što je dobiveno u rezultatima i ovoga rada. Emocijama usmjereno suočavanja bilo je značajno povezano s anksioznošću i depresivnošću i kardiokirurških i kardijalnih bolesnika.

U istraživanju ove disertacije ispitivana je i veza anksioznosti i depresivnosti, koja je potvrđena i u kardijalnih i kardiokirurških bolesnika.(81) Ili – u bolesnika s infarktom miokarda i anksioznost i depresivnost i tjelesna depresivnost bolesnika, značajno su međusobno pozitivno povezane na svim trima mjerenjima. I kod kardiokirurških bolesnika sve mjere anksioznosti i depresivnosti su pozitivno povezane (ako su bolesnici anksiozniji onda su i depresivniji). (Tablica 17.)

Terry (1992.) je također našao vezu između emocijama usmjerenog suočavanja i povećane psihološke simptomatike (STAI 1 anksiozno stanje), prekid socijalnih i rekreacijskih aktivnosti i loše vlastito procjenjivanje načina kako se općenito nositi s novonastalim stanjem nakon što su preživjeli infarkt miokarda. U Vingerhoetsovom istraživanju praćeni su pacijenti jedan dan prije operacije na otvorenom srcu, 7 dana i 6 mjeseci iza zahvata. 80 pacijenata s visokom, umjerenom ili niskom anticipatornom anksioznošću u prvom mjerenju, imaju i u ponovljenim mjerenjima (7 i 180 dana poslije zahvata) istu anksioznost. Našlo se i da je pojačana podražljivost, «arousal» ista.(82)

U istraživanju ove disertacije dobila se anksioznost koja se ne mijenja ni 180 ni 365 dana nakon operacije na otvorenom srcu.

U Vingerhoetsovom istraživanju istraživanju su također izdvojili «somatske» čestice na mjernom instrumentu za depresivnost i nisu dobili razlike na razini

depresivnosti u mjerenjima. U ovom istraživanju one su dobivene (značajno veća «tjelesna» depresivnost u prvome mjerenju (1 .tjedan), nego nakon šest i dvanaest mjeseci.

Iako pokušavamo uopćiti, povezati i grupirati rezultate istaživanja, stalno smo svjesni činjenice da je svaki bolesnik osoba za sebe – strukturira emocije kroz učinkovite modele «copinga».

5.4. Utjecaj somatskih tegoba srčanih bolesnika na psihički status i oporavak

U svim dosadašnjim rezultatima ovog istraživanja, bolesnici iz dviju skupina srčanih bolesnika, tj. nakon infarkta miokarda i nakon kardiokirurškog operativnog zahvata, se statistički značajno ne razlikuju niti na jednoj od mjerenih varijabli (procjena intenziteta stresa, anksioznost, depresivnost, strategije suočavanja sa stresom).

U članku « Postmyocardial Infarction Mortality in Relation to Depression: A Systematic Critical Review » Sorensena, Friis-Hasche, Haghfelta i Becha (72), posebno se izdvojilo somatske simptome depresivnosti koji se registriraju na Beck Depression Inventory (upitnik koji je korišten i u ovom radu). Na temelju ovih podataka, provjereno je koliki se dio depresivnosti u ispitivanih srčanih bolesnika može pripisati njihovom somatskom stanju. (Tablica 18.) Pojavio se rezultat koji govori da je «tjelesna depresivnost» jedina varijabla u kojoj se grupe kardijalnih i kardiokirurških bolesnika statistički značajno razlikuju u ovome radu. Kardiokirurški bolesnici u prvom tjednu nakon operacije imaju značajno više somatskih simptoma depresivnosti na BDI (M=7.28) od bolesnika nakon infarkta miokarda (M=4.55). Ovdje nema logičkog iznenađenja – pacijenti kojima je bila neophodna operacija srca su bolesniji, njihova bolest duže traje i njihovi simptomi tjelesnog zakazivanja su istaknutiji. Ono što je zanimljivo i u oporavku ovih bolesnika uočljivo je da on teče «glatkije», pacijenti procjenjuju razdoblje tijekom prve godine od operacije sve manje stresnim i depresivnost (i ukupna i «tjelesna») im se smanjuje

tijekom tog jednogodišnjeg razdoblja. Drugačije rečeno, zahvat djeluje kao lječidbeni čimbenik, a jasno je da srčani infarkt djeluje kao razbolijevajući čimbenik.

Razlika postoji i kad se promatra depresivnost kardijalnih bolesnika nakon infarkta miokarda u kojih nije bilo promjena u razini depresivnosti tijekom mjerenja u prvoj godini oporavka. I kod ovih bolesnika je depresivnost određena kroz somatske simptome statistički značajno viša u prvom tjednu nakon infarkta, nego nakon što je prošla godina dana.

U ovom rezultatu zanimljivo je što na viša depresivnost izražena kroz somatske tegobe utječe na višu procjenu stresnosti iz prvog tjedna. Ona pak pokazuje odloženi efekt – procjena stresnosti iz 1. mjerenja predviđe «tjelesnu» depresivnost u 1., 2. i 3. mjerenju.

I na temelju ovih rezultata može se pitati što dolazi prije – bolest srca ili depresija? Sve više autora istraživača slažu se da može zvučati malo zbunjujuće, ali odgovor je oboje, i jedno i drugo. (83.-89.)

Poznat je podatak da Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje da će 2020. godine veliki depresivni poremećaj biti drugi uzrok obolijevanja i dizabiliteta u svijetu (iza ishemijske bolesti srca!).

5.5. Osmišljavanje pristupa suradnog psihijatra srčanim bolesnicima

Tema završnog odlomka ovog rada je osmišljavanje pristupa suradnog psihijatra srčanim bolesnicima na temelju specifične uloge strategija suočavanja u psihičkom stanju srčanih bolesnika tijekom oporavka nakon srčane bolesti i operacije.

Rezultati ovog rada pokazali su da anksioznost bolesnika traje tijekom cijele godine ispitivanja, a da se razina i promjene u anksioznosti mogu dobro «uhvatiti» i evaluirati primjenom STAI upitnika. Nekoliko studija (Whitmarsh 2003.) ukazuje da naglašena anksioznost može biti prediktor smanjene suradljivosti u medicinskom režimu tijekom kardijalne rehabilitacije.

Interesantan je nalaz u ovome disertacijskom istraživanju da se izbjegavajuće strategije suočavanja, kojima je osnovni cilj umanjiti preplavljujući utjecaj anksioznosti, smanjuju kod kardiokirurških bolesnika, a kod kardijalnih ne. Ovdje se može navesti i kako obje grupe bolesnika u razdoblju nakon šest mjeseci otkad se dogodio srčani udar ili izveden zahvat na srcu, procjenjuju stresnost razdoblja na osnovi jačine tjeskobe u kojoj se nalaze, a nakon godinu dana procjena stresnosti bit će viša što su bolesnici i nakon šest mjeseci i nakon godinu dana bili anksiozniji. (Tablice 19.,20.,21.) (89,90)

Strategije suočavanja bolesnika su bitan dio područja rada suradnog psihijatra s mogućnošću utjecaja na načine suočavanja bolesnika s bolesti od koje su se razboljeli ili tretmana koji je bolesnicima nužan. Već je navedeno da je pristup suradnog psihijatra sveobuhvatan – preko biopsihosocijalnog modela, jer se zna

da je vrlo važna podrška u emocionalnom životu – obitelji, uže okoline, osoblje koje ga neguje i sl. (91)

Psihološki impakt i kardiokirurškog zahvata i srčanog infarkta naizgled nije jednak zbog pozitivnosti zahvata, a negativnosti stresa bolesti. Pa ipak smatra se da oko 50% bolesnika nakon operativnog zahvata ima neke adaptacijske smetnje koje čak zadovoljavaju dijagnostičke kriterije anksioznog poremećaja prilagodbe. Međutim, radi se o srcu, a kako srce ima simboličko značenje izvora života i dok ono kuca živi smo. Kardiokirurški zahvat, potreba za njim i najčešće njegova neophodnost suočava bolesnike s ozbiljnošću njihova stanja i prouzrokuje strah. U tome se ispitivane dvije grupe srčanih bolesnika približavaju. Zato možda i ne čudi što pacijenti ostaju i anksiozni i ustrašeni i oprezni, ne usudujući se «normalno» živjeti i kada ih i nalazi pretraga i specijalist koji ih liječi uvjeravaju da je srčana funkcija u redu. Strah ostaje. I ovdje vidimo zahtjevan prostor za suradnu psihijatriju - suportivni rad s bolesnikom i liaison suradnja s kardiolozima i kardiokirurzima, kad suradni psihijatar kao «bona fide» član tima može ukazati na specifičnosti reakcija bolesnika i njihovom vrlo važnom utjecaju na oporavak srčanih bolesnika koje navedeni specijalisti liječe.

Psihoterapijsko savjetovanje u formi informiranja i savjetovanja prije operativnog zahvata, emocionalni suport i druge intervencije nakon zahvata važan su dio sveobuhvatnog terapijskog i rehabilitacijskog pristupa bolesniku. Na taj način daje se pacijentu mogućnost da prodiskutira probleme i nelagode koje ga očekuju (jednako vrijedi i za srčane bolesnike nakon infarkta miokarda koji imaju bezbroj, najčešće neizrečenih pitanja o svojem oporavku, ograničenjima itd.). Reference iz literature potvrđuju da se na taj način reducira

prevalencija psiholoških problema nakon kardiokirurških zahvata, mastektomije i mnogih drugih zahtjevnih operacija (92,93,94,95).

Ako je operativni zahvat planiran, a takav je slučaj u praktički svim operativnim zahvatima na riječkom Odjelu kardijalne kirurgije (uz rijetke izuzetke – operacija aneurizmi i sl.), pacijenta se treba pripremiti kako na zahvat tako i na kratkoročne i dugoročne posljedice zahvata koje ga očekuju. Praksa je da to obavi operater koji će pacijenta operirati i takav način je funkcionalan na Odjelu kardijalne kirurgije; konzultativna uloga suradnog psihijatra još uvijek nadmašuje liaisonsku !

Što se tiče razdoblja nakon operacije koja je kod mnogih pacijenata ipak dovela do osjećaja gubitka funkcije (nepokretnost u početku boravka u «šok-sobi» , brojni šavi noge i prsišta) koja najčešće rezultira snižavanjem raspoloženja i malodušnošću, a treba pratiti da li se već radi o poremećaju raspoloženja. (96)

Gotovo jednako tako važno je otkriti kako se članovi obitelji nose sa novonastalom situacijom liječenja njihovoga člana. Već smo napomenuli da članovi obitelji predstavljaju važan suportivni sistem za bolesnika i treba ga uzimati u obzir (97,98,99).Iako,primjerice, prezaštitničko ponašanje obitelji može djelovati usporavajuće na oporavak bolesnika,neki radovi su dokumentirali kako bolesnicima koji su imali više posjeta nakon operacije na sreću oporavak teče bolje, s manje komplikacija (Pimm).

Pacijenti koji više koriste zamagljujuće, izbjegavajuće strategije suočavanja trebaju mogućnost razgovora u kojem će im se ukazati mogući utjecaji gubitka i «normalizirati» žalovanje sa njegovim tjelesnim i emocionalnim posljedicama.

Opet, ne smije se upasti u zamku minimiziranja depresivnih simptoma , koje treba prepoznati i tretirati.

Oni pacijenti koji su emocionalno osjetljiviji i koriste više emocijama usmjerene strategije suočavanja, najviše koristi bi mogli imati od bolesnika koji su već prošli isti operativni zahvat i mogu na neki način pacijenta uvjeriti da je moguće kvalitetno živjeti i s izvjesnim oštećenjem zdravlja i ograničenjima.

U cijelosti, a odnosi se i na kardijalne i kardiokirurške bolesnike, skrb o bolesnicima koja se temelji na povećavanju pacijentove pokretljivosti i povjerenju u vlastite snage, i zato ojačava bolesnikovo samopoštovanje, olakšati će potrebne prijelazne zahtjevne i fizičke i psihičke faze oporavka.

Literatura kaže (100,101) da je to iznimno važno nakon kardiokirurških zahvata kad bračni partneri, ponekad čak i liječnici i medicinske sestre potcrtavaju bolesnikove strahove, tretirajući onda bolesnike kao ekstremno oslabljene i fragilne.(102)

Kardiokirurški pacijenti su dugo prije operacije bili bolesni i vjerojatno čeznuli za danom kad će se osjećati zdraviji, mirniji i jači. Operativni zahvat najčešće čekaju s izmiješanim osjećajima nade i straha. Strah je ovdje vrlo nepoželjan, a tako uobičajen, jer može iskreirati ono čega se pacijenti najviše boje – simptome srčanih smetnji. Poznato je da tjelesne manifestacije straha, hiperventilacija i disfunkcija autonomnog živčanog sistema, pacijenti mogu krivo protumačiti kao simptome tjelesne bolesti.

U svim navedenim područjima suradni psihijatar ima što ponuditi, ali i osmisliti stvaranje mreže medicinskog tima koji brine o pacijentima, za vrijeme sadašnjeg liječenja na određenom odjelu, ali i nakon otpusta kući, kad sve značajnija postaje skrb liječnika obiteljske medicine. Pored specijaliste kardiologa kojem će se pacijent redovito javljati na kontrole i nakon operacije i nakon srčanog

infarkta, treba se sjetiti da je ključna i nezamjenjiva uloga liječnika primarne zaštite čiji suport će najduže trebati srčanim bolesnicima.

Suradni pristup podrazumijeva razmišljanje , planiranje i provođenje ovakvog cjelovitog pristupa srčanom bolesniku kojeg liječimo uvijek u okviru njegovog biopsihosocijalnog jedinstva.(103,104)

6. ZAKLJUČCI

1. Tijekom oporavka, procjena razine stresa srčanih bolesnika kojeg je izazvala bolest nije povezana sa njihovim strategijama prilagodbe, a u bolesnika nakon zahvata na srcu procjena stresnosti je pozitivno povezana s emocijama usmjerenom suočavanjem;
2. Anksioznost i depresivnost srčanih bolesnika viša je uz višu procjenu stresnosti novonastale situacije zbog bolesti ili operacije;
3. Izbjegavajući i emocionalni stilovi suočavanja javljaju se uz višu procjenu stresnosti, kad su i anksioznost i depresivnost bolesnika veće;
4. Visoka anksioznost srčanih bolesnika rezultira manjim korištenjem problemu usmjerenog suočavanja; korištenje emocionalnog «copinga» svojstveno je pacijentima s infarktom miokarda, a izbjegavajući «coping» za operirane bolesnike; anksioznost perzistira tijekom oporavka u obje skupine bolesnika.

U dodatku navedenim zaključcima može se navesti kako rezultati istraživanja ukazuju na područja koja bi suradni psihijatar trebao zahvatiti u pristupu i srčanim bolesnicima i timu koji skrbi o navedenim pacijentima. Oni uključuju kako reduciranje simptoma poput anksioznosti i depresivnosti, tako i treniranje, mijenjanje i učenje korisnijih i prilagodbenijih strategija suočavanja sa srčanom bolesti.

7. LITERATURA

1. Groves MS, Muskin PR. Psychological Responses to Illness. U: Levenson JL, ur. Textbook of Psychosomatic Medicine. Washington DC-London: American Psychiatric Publishing, 2005; str.67-91.
2. Lipowski ZJ. C-L Psychiatry; the First Half Century. Gen Hosp Psych 1986;8:305-315
3. Lipowsky ZJ. History of Consultation-Liaison Psychiatry. U: Rundell JR, Michael MG, ur. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. Washington DC, London, England: American Psychiatric Press, 1998; str.3-11.
4. Gregurek R. Suradna (Liaison) psihijatrija. U: Klain E, ur. Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing, 1999; str. 371-404
5. Andreasen NC. Brave New Brain. Oxford University Press, 2001
6. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998
7. Grković J, Moro Lj, Frančišković T, Galić-Milljanović R. Suradna psihijatrija. U: Moro Lj, Frančišković T, ur. Psihijatrija .Rijeka: Glosa, 2004; str. 216-229.
8. Rundell JR, Wise MG. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. Washington D.C. American Psychiatric Press, 1996
9. Gregurek R. Psihoterapijski aspekti liječenja bolesnika transplantacijom koštane srži. Doktorska disertacija. Zagreb, 1994.
10. Taylor GJ. Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis .Connecticut: International Universities Press, Inc. 1987
11. Moro Lj. Psihički aparat. U: Moro Lj, Frančišković T, ur. Psihijatrija. Rijeka: Glosa, 2004. str. 48-55.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington D.C. American Psychiatric Association; 1994

13. Ryff CD, Singer BH. Biopsychosocial Challenges of the New millennium. *Psychother Psychosom* 2000;69 (4) str.178-181.
14. Cividini-Stranić E. Psihosomatika. U: Klain E, ur. Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing, 1999; str 346-358.
15. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Psychoneuroimmunology and Psychosomatic Medicine: Back to the Future. *Psychosom Med* 2002;64, str. 15-28.
16. Tabibnia G, Zaidel E. Alexithymia, Interhemispheric Transfer, and Right Hemispheric Specialization: A Critical Review 2005;74:81-92.
17. Fava GA. The Cult of Mediocrity. *Psychother Psychosom* 2005;74:1-2.
18. Freud S : Mourning and Melancholia. Standard Edition XV. London Hogarth Press, 1917.
19. Pimm JB, Jude JR, Cohan C. Coping with Heart Surgery and Bypassing Depression: A Family's Guide to the Medical, Emotional, and Practical Issues. Psychosocial Press, 1998.
20. Golik S. Odnos socijalne podrške, optimizma i pesimizma, suočavanja i opće dobrobiti pacijenata s infarktom miokarda. Diplomski rad. Rijeka, 1998.
21. Grković J. Kvaliteta života pacijenata na redovitoj hemodijalizi. Magistarski rad. Rijeka, 1997.
22. Livneh H. Psychosocial Adaptation to Heart Diseases: The Role of Coping Strategies. *Journal of Rehabilitation*, July-Sept 1999.
23. Joynt KE, Whellan DJ, O'Connor CM. Depression and Cardiovascular Disease: Mechanisms of Interaction. *Biol Psychiatry* 2003;54:248-261.
24. Shapiro PA. Heart Disease. U: Levenson JL, ur. Textbook of Psychosomatic Medicine. Washington DC_London; American Psychiatric Publishing 2005, str.423-445.
25. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 1984;46:839-852.
26. Horwitz M. Stress and Coping. U: Review of General Psychiatry, American Psychiatric Publishing ;1984.
27. Maguire P, Parks CM. Coping with Loss: Surgery and Loss of Body Parts. *British Medical Journal* 1998;316: 106-8.
28. Roesch SC, Weiner B, Allison AV. Cognitive Approaches to Stress and Coping. *Curr Opin Psychiatry* 2002;15(6):627-632.

29. Frydenberg E. Beyond Coping .Oxford University Press, 2002
30. Willner AC,Rabiner CJ.) Psychopathology and cognitive disfunction five years after open-heart surgery.Compreh Psych 1997;20:409-417
31. Oxman TE, Barrett JE, Freeman DH, Manheimer E. Frequency and correlates of adjustment disorder related to cardiac surgery in older patients. Psychosomatics 1994;557-65.
32. Mourad TI. Depresija i karadiovaskularna bolest. Servier , 2004.
33. Ormont MA, Weisman HW, Heller SS. The Timing of Psychiatric Consultation requests; Utilization, Liaison and Diagnostic Considerations. Psychosomatics 1997; 38: 38-44
34. Maletić A. Psihološki aspekti transplantacije bubrega. Soc psih 1985;13:38-51.
35. Zimonja-Krišković J. Psihosocijalni aspekti i kvaliteta života bolesnika liječenih transplantacijom koštane srži.Liječn Vjesn 1985;107:196-198
36. Beard BH. Fear of death and fear of life.Arch Gen Psych 1969;21:373-380.
37. Fava M, Abraham M, Pure J. Cardiovascular Risk Factors in Depression; The Role of Anxiety and Anger. Psychosomatics 1996; 37:31-37
38. Kaupp JW, Rapoport-Hubschman N,Spiegel D. Psychosocial Treatments.U: Levenson JL,ur. Textbook of Psychosomatic Medicine, Washington DC-London: American Psychiatric Publishing 2005, str.923-957.
39. Spilberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE,et al: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto,CA:Consulting Psychologists Press,1983.
40. Beck AT, Ward CH, Mendelson M,Mock J,Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-571
41. Law WA, Mapon RL,Spector J, Kay GG. Neuropsychological and Psychological Evaluation. U: Levenson JL,ur. Textbook of Psychosomatic Medicine.Washington DC_London; AmericanPsychiatricPublishing 2005.
42. Carver CS, Scheier MF. Situational Coping and Coping Dispositions in a Stressful Transaction. Journal of Personality&Social Psychology 1994;66:184-195.

43. Wyszynski AA, Wyszynski B. Manual of Psychiatric Care for the Medically Ill. Washington DC-London, American Psychiatric Publishing, Inc. 2005
44. Eytan A, Bovet L, Gex-Fabry M, Alberque C, Ferrero F. Patients' satisfaction with hospitalization in a mixed psychiatric and somatic care unit. *European Psychiatry* 2004;19:499-501.
45. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S et al. Association of psychosocial risk factors with risk factors of acute myocardial infarction (the INTERHEART study): Case-control study. *Lancet* 2004;364:953-962.
46. Kosslyn SM, Thompson WL, Costantini-Ferando MF et al. Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. *Am J Psychiatry* 2000;157:1279-1284.
47. Krumholz Hm, Butler J, Miller J et al. Prognostic importance of emotional support for elderly patients hospitalized with heart failure. *Circulation* 1998; 97:958-964.
48. Trzcienka-Green A, Steptoe A. Stress management in cardiac patients: a preliminary study of the predictors of improvement in quality of life. *Journal of Psychosomatic Research* 1994;(38)4:267-280.
49. Rafanelli C, Roncuzzi R, Milaneschi Y, et al. Stressful Life Events, Depression and Demoralization as Risk Factors for Acute Coronary Heart Disease 2005;74:179-184.
50. Nikolić S. Mentalni mehanizmi. U: Klain E, ur. Psihološka medicina. Zagreb, Golden marketing, 1999; str. 233-251.
51. Strik J, Denollet, Lousberg R, Honig A. Comparing Symptoms of Depression and Anxiety as predictors of Cardiac Events and Increased Health Care Consumption after Myocardial Infarction. *JACC*, 2003;42:1801-7.
52. Writing Committee for the ENRICHD Investigators. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction. The enhancing recovery in coronary heart disease patients. *JAMA* 2003;289:3106-16.
53. De Jong M, Erdman R, Van den Brand, Verhage F, Trijsburg RW, Passchier J. Home measures of anxiety, avoidant coping and defence as predictors of anxiety, heart rate and skin conductance level just before invasive cardiovascular procedures. *Journal of Psychosomatic Research*, 1994;4:315-322.

54. Lolas F. Somatization, somatic symptoms and depression. U: Moussaoui D, Lopez-Ibor J, Okasha A, Maj M, ur. *Depression in General Practice* 2001.
55. Carney RM, Blumenthal JA, Stein PK et al. Depression, heart rate variability and acute myocardial infarction. *Circulation*, 2001;104:2024-2028.
56. Porter V. Depression and Stress Hit Hard on the Heart. *Medscape Cardiology* 2003:1-11.
57. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 1995;91:999-1005.
58. Bibring GL, Dwyer TF. A study of psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationships. *Psychoanal Study Child* 1961;16:9-72
59. Hackett TP, Rosenbaum FJ, Cassem NH. *Cardiovascular Disorders*. U: Kaplan HI, Saddock BJ, ur. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 1994.
60. Williams SA, Kasl SV, Heiat A, Abramson JL, Krumholz HM, Vaccarino V. Depression and risk of heart failure among the elderly: a prospective community based study. *Psychosom Med* 2002;64:6-12.
61. Okasha A. Management of concomitant depression and physical illness. U: Moussaoui D, Lopez-Ibor J, Okasha A, Maj M, ur. *Depression in General Practice* 2001
62. Von Ammon Cavanaugh S, Furlanetto LM, Creech SD, Powell LM. Medical Illness, past depression and present depression: a predictive trial for in-hospital mortality. *Am J Psychiatry*, 2001;158:43-48.
63. Shabetai R. Depression and Heart Failure. *Psychosom Med*, 2002, 64:13-14
64. Frasure-Smith N, Lesperance F. Depression: a cardiac risk factor in search of a treatment (ed.) *JAMA* 2003;289:317.
65. Constans JI, Mathews A, Brantley PJ, James T. Attentional reactions to an MI: the impact of mood state, worry and coping style. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999;46:415-423.
66. Konertz W. Coping as a Mediator in Recovery from Cardiac Surgery. *Psychol&Health* 1996;1-16.
67. Bolger N. Coping as a Personality Process; A prospective study. *Journal of Personality and social Psychology* 1990.

68. Endler NS, Parker JDA. Multidimensional Assessment of Coping; A Critical Evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991; 844- 854.
69. Michalsen A, Grossman P, Lehmann et al. Psychological and Quality-of-Life Outcomes from a Comprehensive Stress reduction and Lifestyle Progrsm in Patients with Coronary Artery Disease: Results of a Randomized Trial. *Psychother Psychosom* 2005;74:344-352.
70. BegovacI, Begovac B. Psihološki i psihijatrijski aspekti hipertenzije u dječjoj i adolescentnoj dobi. *Soc psihijat* 2003; 31:198-202.
71. Pagano ME, Skodol AE, Stout RL. Stressful life events as predictors of functioning: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disordered Study. *Acta Psychiat Scand* 2004;110:421-429.
72. Sorensen C, Friis-Hasche, Haghfelt T, Bech P. Postmyocardial mortality in relation to Depression; a systematic critical review. *Psychother Psychosom* 2005;74:69-75.
73. Brostedt EM, Pedersen NL. Stressfull life events and affective illness. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:208-215.
74. Chiou A, potempa K, Buschmann MB. Anxiety, depression and "coping" methods of hospitalized patients with myocardial infarction in Taiwan *Int Journal of Nursing Studies*, 1997; 34:305-311.
75. Carney RM, Freedland KE, Eisen SA, Rieh MW, Skala JA, Jaffe AS. Adherence to a prophylactic medication regimen in patients with symptomatic versus asymptomatic ischaemic heart disease. *Behav Med* 1998;24:35-39.
76. Tennant C, Mihailidou A, Scott A et al. Psychological symptom profiles in patients with chest pain. *Journal of Psychosomatic Research* 1994;38:365-371.
77. Carver Ch, Scheier M, Weintraub JK. Assessing Coping Strategies; A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989;56:267-283.
78. Raffaelli C, Roncuzzi R, Finos L et al. Psychological assessment in cardiac rehabilitation. *Psychother Psychosom* 2003;72:343-349.
79. Roesch SC, Weiner B. A meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter. *J Psychosom Res* 2001; 50:205-219.
80. Sauro MD, Jorgensen RS, Larson CA et al. Sociotropic cognition moderates stress-induced cardiovascular responsiveness in college woman. *J Behav med* 2001;24:423-439.

81. The coexistence of depression and anxiety. U: Moussaoui D, Lopez-Ibur, Okasha, Maj. Depression in general practice. Servier, 2001.
82. Alonzo AA, Reynolds NR. The structure of emotions during acute myocardial infarction: a model of coping. Soc. Sci. Med Vol. 46, 1998, p.p. 1099-1110.
83. Hudek Knežević J. Obilježja ličnosti, biološki spol i percepcija socijalne podrške kao korelati suočavanja sa stresnim situacijama. Godišnjak Odsjeka za psihologiju, 1994; 47-53.
84. Steinke EE. A videotape intervention for sexual counseling after myocardial infarction. Heart&Lung 2002;31:348-354.
85. Raffety BD, Smith RE, Ptacek JT. Facilitating and Debilitating Trait anxiety, Situational Anxiety and Coping with an Anticipated stressor; A Process Analysis. Journal of Personality and Social Psychology 1997;72:892-906.
86. Haslam SA, Jetten A, O'Brien A, Jacobs E. Social Identity, social influence and reactions to potentially stressful tasks: support for the self-categorization model of stress. Stress and Health, 2004; 20:3-11.
87. Ebata AT, Moss RH. Coping and Adjustment in Distressed and Healthy adolescents. Journal of Applied Developmental Psychology 1991; 12:33-54.
88. Vingerhoets G. Perioperative Anxiety and Depression in Open Heart Surgery. Psychosomatics 1998; 39:30-37.
89. Joynt KE, Whellan DJ, O'Connor CM. Depression and Cardiovascular Disease: Mechanisms of Interaction. Biol Psychiatry 2003; 54:248-261.
90. Chung MC, Werrett J, Easthope Y, Farmer S. Coping with posttraumatic stress: young, middle aged and elderly comparisons. Int J Geriatr Psychiatry 2004;19:327-332.
91. Ruddy R, House A. Meta-review of high-quality systematic reviews of interventions in key areas of liaison psychiatry. British Journal of Psychiatry 2005;187:09-120.
92. Medved V, Grubišić J, Hotujac Lj. Komorbiditet tjelesnih bolesti i depresije – specifičnosti liječenja. Soc Psihijat, 2000; 28:79-84.
93. Allan R, Scheidt S. Group Psychotherapy for patients with coronary heart disease. Int J Group Psychother 1998;48:187-214.
94. Bauer M, Whybrow PC. Depression and other psychiatric illnesses associated with medical condition. Curr Opin Psychiatry 1999;12:325-329.

95. Marx A, Bollmann, Dunbar SB, et al. Psychological reactions among family members of patients with implantable defibrilators. *Int J Psychiatry* 2001;31:375-387.
96. Salkovskis PM. Somatic problems. U: Hawton K, ur. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. A practical Guide.* Oxford University press, 1989.
97. Linden W. Psychological treatments in cardiac rehabilitation; review of rationales and outcomes. *J Psychosom Research* 2000; 48:443-454.
98. Guthrie E. Emotional disorder in chronic illness-psychotherapeutic interventions. *Br J Psychiatry* 1998;168:265-285.
99. Shabetai R. Depression and Heart Failure. *Psychosomatic Medicine* 2002;64:13-14
100. Ladwig K-H, Schoefinius A, Dammann G, Danner R, Gurtler R i R. Hermann. Long-Acting Psychotraumatic Properties of a Cardiac Arrest Experience. *Am J Psychiatry* 1999;156:912-919.
101. Holmback AM, Sawe U, Fagher B. Training after myocardial infarction: lack of long-term effect on physical capacity i psihologijske razlike *Arch Phys Med Rehabil*, 1994.
102. Rigatelli M, Ferrari S, Uguzzoni U, Natali A. Teaching and training in the Psychiatric-Psychosomatic Consultation-Liaison setting. *Psychother Psychosom* 2000; 69:221-228.
103. Wise TN. Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics; Strange Bedfellows. *Psychother Psychosom* 2000;69:181-183.
104. World Federation for Menal Health Ed. *The Relationship Between Physical and Mental Health: Co-occurring Disorders.* 2004.

8. PRILOZI

8.1. PROCJENA INTENZITETA STRESA

Ime i prezime _____
Godina rođenja _____

Molimo Vas da na skali od pet stupnjeva procijenite koliko jakim osjećate stres kojem ste u ovom trenutku izloženi, teko da zaokružite jedan od brojeva na predloženoj skali.

Stupnjevi na skali označavaju:

- 1 - vrlo blagi stres
- 2 - blagi stres
- 3 - umjereni stres
- 4 - jaki stres
- 5 - vrlo jaki stres

1 2 3 4 5

Radi budućih kontakata (nakon 6 i 12 mjeseci), molim Vas navedite Vašu punu adresu i broj telefona:

.....
.....

Zabilješke i komentari:

8.2. STAI x-1

Uputa:

U upitniku koji je pred Vama, nalazi se niz tvrdnji pomoću kojih možete sebe opisati. Molim Vas, pročitajte pažljivo svaku tvrdnju i odaberite onaj od četiri predložena odgovora koji najbolje određuje kako se SADA osjećate. Uz svaku tvrdnju podcrtajte ili prekrižite broj odgovora koji najbolje opisuje vaše sadašnje stanje. Predloženi odgovori su:

1 = uopće ne

2 = malo

3 = dosta

4 = jako

Ovdje nema točnih ili netočnih odgovora, pa nemojte dugo razmišljati nad pojedinim tvrdnjama već nastojte uvijek odabrati onaj odgovor koji najbolje opisuje Vaše sadašnje stanje.

1	Miran sam	1	2	3	4
2	Osjećam se sigurno	1	2	3	4
3	Osjećam se napeto	1	2	3	4
4	Žalostan sam	1	2	3	4
5	Opušten sam	1	2	3	4
6	Uzbuđen sam	1	2	3	4
7	Zabrinut sam da nešto ne pođe naopako	1	2	3	4
8	Osjećam se odmoreno	1	2	3	4
9	Uznemiren sam	1	2	3	4
10	Osjećam se dobro	1	2	3	4
11	Siguran sam u sebe	1	2	3	4
12	Nervozan sam	1	2	3	4
13	Nemiran sam	1	2	3	4
14	Sav sam u grču	1	2	3	4
15	Smiren sam	1	2	3	4
16	Zadovoljan sam	1	2	3	4
17	Zabrinut sam	1	2	3	4
18	Sav sam razdražen	1	2	3	4
19	Veseo sam	1	2	3	4
20	Osjećam se sretnim	1	2	3	4

Molim Vas provjerite da li ste odgovorili na sve tvrdnje

STAI x-2

Uputa:

U upitniku koji je pred Vama, nalazi se niz tvrdnji pomoću kojih možete sebe opisati. Molim Vas, pročitajte pažljivo svaku tvrdnju i odaberite onaj od četiri predložena odgovora koji najbolje određuje kako se **OPĆENITO OSJEĆATE**. Uz svaku tvrdnju podcrtajte ili prekrižite broj odgovora koji Vas najbolje opisuje. Predloženi odgovori su:

- 1 = skoro nikad
- 2 = katkad
- 3 = često
- 4 = gotovo uvijek

Ovdje nema točnih ili netočnih odgovora, pa nemojte dugo razmišljati nad pojedinim tvrdnjama već nastojte uvijek odabrati onaj odgovor vrijedi za Vas.

1	Raspoložen sam (dobre volje)	1	2	3	4
2	Brzo se umaram	1	2	3	4
3	Plačljiv sam	1	2	3	4
4	Vjerujem da mi je gore nego drugim ljudima	1	2	3	4
5	Propuštam dobre prilike, jer se ne mogu dovoljno brzo odlučiti	1	2	3	4
6	Osjećam se odmoreno	1	2	3	4
7	Miran sam i opušten	1	2	3	4
8	Čini mi se da me moje poteškoće polako savladavaju	1	2	3	4
9	I suviše mislim o nevažnim stvarima	1	2	3	4
10	Sretan sam	1	2	3	4
11	Sklon sam sve preozbiljno shvatiti, sve me pogađa	1	2	3	4
12	Nedostaje mi samopouzdanja	1	2	3	4
13	Osjećam se sigurno	1	2	3	4
14	Brinem se zbog mogućih nevolja	1	2	3	4
15	Osjećam se utučeno	1	2	3	4
16	Zadovoljan sam	1	2	3	4
17	Nevažne misli me gnjave i opterećuju	1	2	3	4
18	Razočaranje me tako pogađa, da ih ne mogu zaboraviti	1	2	3	4
19	Uravnotežen sam	1	2	3	4
20	Kada mislim na svoj sadašnji posao, postajem nemiran i nervozan	1	2	3	4

Molim Vas provjerite da li ste odgovorili na sve tvrdnje

8.3. BDI

Na ovom upitniku nalaze se skupine tvrdnji. Molim pročitajte pažljivo svaku skupinu tvrdnji. Tada odaberite onu tvrdnju u svakoj skupini koja najbolje opisuje kako ste se osjećali *PROTEKLI TJEDAN* uključivo *DANAS*. Zaokružite broj ispred tvrdnje koju ste odabrali. Ako vam se čini da se više tvrdnji može primijeniti jednako dobro, zaokružite svaku od njih. Svakako pročitajte sve tvrdnje u pojedinoj skupini prije nego što odaberete.

1. 0 Nisam žalostan.
1 Osjećam se žalosno.
2 Cijelo vrijeme sam žalostan i ne mogu to prekinuti.
3 Tako sam žalostan ili nesretan da to ne mogu izdržati.
2. 0 Nisam naročito obeshrabren u pogledu budućnosti.
1 Osjećam se obeshrabren u vezi s budućnosti.
2 Osjećam da nemam što očekivati.
3 Osjećam da je budućnost beznadna i da se stvari ne mogu popraviti.
3. 0 Ne osjećam se kao promašena osoba.
1 Promašen sam više nego prosječna osoba.
2 Kad se osvrnem na svoj život, sve što mogu vidjeti je mnogo promašaja.
3 Osjećam se da sam potpuno promašena osoba.
4. 0 Jednako sam zadovoljan stvarima kao i prije.
1 Ne uživam u stvarima na način kako sam uživao prije.
2 Nemam više pravog zadovoljstva ni u čemu.
3 Nezadovoljan sam svime i sve me gnjavi.
5. 0 Ne osjećam se naročito krivim.
1 Dobar dio vremena osjećam se krivim.
2 Osjećam se prilično krivim veći dio vremena.
3 Stalno se osjećam krivim.
6. 0 Ne osjećam da sam kažnjavao.
1 Osjećam da bih mogao biti kažnjen.
2 Očekujem da ću biti kažnjen.
3 Osjećam da sam kažnjavao.
7. 0 Ne osjećam se razočaran samim sobom.
1 Razočaran sam samim sobom.
2 Gadim se sam sebi.
3 Mrzim sama sebe.
8. 0 Ne osjećam se lošijim od drugih.
1 Kritičan sam prema sebi zbog svojih slabosti ili pogrešaka.
2 Stalno se okrivljujem zbog svojih pogrešaka.
3 Okrivljujem se za sve loše što se događa.
9. 0 Uopće ne razmišljam o samoubojstvu.
1 Pomišljam na samoubojstvo, ali ne bih mogao to učiniti.
2 Želio bih se ubiti.
3 Ubio bih se kad bih imao prilike.
10. 0 Ne plačem više nego obično.
1 Plačem više nego ranije.
2 Sada stalno plačem.
3 Mogao sam plakati, ali sad ne mogu plakati, iako želim.

11. 0 Sada nisam više razdražljiv nego ranije.
 1 Lakše se razdražim ili naljutim nego ranije.
 2 Cijelo se vrijeme osjećam razdražen.
 3 Uopće me ne razdražuju stvari koje su me ranije razdraživale.
12. 0 Nisam izgubio interes za druge ljude.
 1 Manje me zanimaju drugi ljudi nego ranije.
 2 Izgubio sam velikim dijelom interes za druge ljude.
 3 Potpuno sam izgubio interes za druge ljude.
13. 0 Donosim odluke jednako dobro kao i uvijek.
 1 Ođgađam donošenje odluka češće nego ranije.
 2 Imam velikih teškoća u donošenju odluka nego prije.
 3 Ne mogu više uopće donositi odluke.
14. 0 Ne osjećam da izgledam lošije nego ranije.
 1 Brinem se da li izgledam star ili neprivlačan.
 2 Osjećam da se događaju stalne promjene u mom izgledu zbog kojih izgledam neprivlačan.
 3 Vjerujem da izgledam ružno.
15. 0 Mogu raditi dobro kao i prije.
 1 Treba mi poseban napor da započnem nešto raditi.
 2 Moram se jako prisiliti da učinim bilo što.
 3 Ne mogu raditi nikakav posao.
16. 0 Mogu spavati dobro kao i inače.
 1 Ne spavam kao obično.
 2 Budim se 1-2 sata ranije nego obično i teško ponovo zaspim
 3 Budim se nekoliko sati ranije nego obično i ne mogu ponovo spavati.
17. 0 Nisam umoran više nego obično.
 1 Umaram se brže nego prije.
 2 Umorim se gotovo od svega.
 3 Preumoran sam da učinim bilo što.
18. 0 Moj apetit nije lošiji nego obično.
 1 Apetit mi nije tako dobar kao ranije.
 2 Apetit mi je sad mnogo lošiji.
 3 Uopće više namam apetita.
19. 0 Nisam izgubio mnogo na težini, ako sam uopće izgubio u posljednje vrijeme.
 1 Izgubio sam više od 2,5 kg.
 2 Izgubio sam više od 5 kg.
 3 Izgubio sam više od 7,5 kg.
 Namjerno pokušavam izgubiti težinu jedući manje. DA NE
20. 0 Nisam zabrinut za svoje zdravlje više nego obično.
 1 Zabrinut sam oko fizičkih problema, kao što su bolovi, probadanja, mučnina ili opstipacija.
 2 Vrlo sam zabrinut oko svojih fizičkih problema, pa mi je teško misliti na drugo.
 3 Tako sam u brizi oko fizičkih problema, da ni na što drugo ne mogu misliti.
21. 0 Ne primjećujem sada nikakvih promjena u svom interesu za seks.
 1 Manje sam zainteresiran za seks nego ranije.
 2 Moj interes za seks je sad značajno manji.
 3 Potpuno sam izgubio interes za seks.

8.4. UPITNIK SUOČAVANJA SA STRESOM (COPE)

Zanima nas što ljudi obično čine i što doživljavaju kada se suočavaju sa stresnim situacijama u svakodnevnom životu.

Živimo u vremenim koja obiluju napetošću i sukobima, kako unutar nas samih tako i sa ljudima u našoj okolini. Ne samo tragična zbivanja, već i svakodnevne sitnice kao što su žurba, trzavice u obitelji i na radnom mjestu, dovodi do stresa – neugodnog doživljaja, odnosno stanja koje štetno djeluje na naše fizičko i mentalno zdravlje. Ljudi se razlikuju po načinima kojima se suočavaju sa stresnim situacijama. Iako različiti događaji kod istog čovjeka dovode do različitih reakcija, molimo Vas da razmislite o različitim stresnim situacijama i o Vašim najčešćim reakcijama na takve situacije.

Na svaku tvrdnju odgovorite tako da zaokružite jedan od pet ponuđenih odgovora. Molimo Vas da odgovorite na svaku tvrdnju posebno, nezavisno od bilo koje druge tvrdnje u upitniku. Neke tvrdnje su slične, pa ipak odgovorite na svaku od njih. Ovdje nema “dobrih” i “loših” odgovora. Zato odaberite onaj koji je za Vas najtočniji, a ne onaj koji je po Vašem mišljenju točan za “većinu ljudi”.

OZNAČITE ŠTO VI OBIČNO ČINITE I ŠTO DOŽIVLJAVATE U STRESNIM SITUACIJAMA U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU.

Molimo Vas da na skali od 0 do 4 procijenite koliko se navedene tvrdnje odnose na Vas.

Na predloženim skalama brojevi znače: (0) – NIKADA se tako ne ponašam
(1) – KATKADA se tako ponašam
(2) – OBIČNO se tako ponašam
(3) – ČESTO se tako ponašam
(4) – UVIJEK se tako ponašam

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Takve situacije nastojim iskoristiti kao vrijedna životna iskustva. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Uznemiren sam i otvoreno iskazujem svoje osjećaje. | | | | | |
| 3. Obraćam se nekom za savjet o tome što da radim. | | | | | |
| 4. Svom snagom pokušavam nešto učiniti u vezi s tim problemom. | | | | | |
| 5. Sam sebe uvjeravam da to nije istina, da to nije moguće. | | | | | |
| 6. Uzdam se u Boga. | | | | | |
| 7. Nastojim pronaći šaljivu stranu tih situacija. | | | | | |
| 8. Priznajem si da to ne mogu riješiti, pa prestajem pokušavati. | | | | | |
| 9. Trudim se da ne reagiram prebrzo. | | | | | |
| 10. Razgovaram s nekim o svojim osjećajima. | | | | | |
| 11. Popijem alkoholno piće ili tablete za smirenje da bih se osjećao bolje. | | | | | |
| 12. Pokušavam se priviknuti na nastle situacije. | | | | | |
| 13. Razgovaram s nekim da bih se bolje snašao. | | | | | |
| 14. Nastojim da me ne ometaju misli i aktivnosti koje nisu u vezi sa tom situacijom. | | | | | |
| 15. Maštam o drugim stvarima. | | | | | |
| 16. Nadam se Božjoj pomoći. | | | | | |
| 17. Planiram različite postupke kojima bih uspio riješiti problem. | | | | | |
| 18. Prihvaćam da se to dogodilo (događa) i da se može promijeniti. | | | | | |
| 19. Ne činim ništa dok to situacije ne dozvole. | | | | | |
| 20. Pokušavam dobiti emocionalnu podršku od prijatelja i rodbine. | | | | | |
| 21. Jednostavno odustajem od pokušaja da ostvarim svoje ciljeve. | | | | | |

- 0 1 2 3 4
22. Probleme pokušavam riješiti na druge načine.
 23. Pokušavam se opustiti, pa popijem piće ili tabletu za smirenje
 24. Naprosto odbijam vjerovati da se to dogodilo.
 25. Otvoreno iskazujem svoje osjećaje.
 26. Pokušavam takve događaje sagledati u drugom svjetlu i učiniti Da izgledaju povoljnije
 27. Pokušavam smisliti kako se ti problemi mogu riješiti na druge načine.
 28. Koncentriram se na rješavanja tih problema, i ako je potrebno Druge stvari ostavljam po strani.
 29. Tražim od nekoga suosjećanje i razumijevanje,
 30. Pijem ili uzimam tablete za spavanje kako bih o tim situacijama Manje razmišljao.
 31. Šalim se na račun toga.
 32. Odustajem od pokušaja da postignem ono što želim.
 33. Pokušavam sagledati bolju stranu takvih situacija.
 34. Razmišljam kako na najbolji način mogu riješiti te probleme.
 35. Pravim se kao da se ništa nije dogodilo.
 36. Ne reagiram prenamerno da probleme još više ne otežam.
 37. Trudim se da me druge stvari ne ometaju pri rješavanju tih problema.
 38. Idem u kino ili gledam tV kako bih o tome što manje razmišljao.
 39. Prihvaćam realnost takvih situacija.
 40. Pitam ljude s različitim iskustvima što bi oni u tim situacijama učinili.
 41. Teško mi je i to jasno pokazujem.
 42. Utjehu pronalazim u religiji.
 43. Čekam pravi trenutak da uradim nešto u vezi s tim problemom.
 44. Ismijavam te situacije.
 45. Sve se manje trudim oko rješavanja tih problema.
 46. Pričam s nekim ljudima o tome kako se osjećam.
 47. Posežem za alkoholom i tabletama koje pomažu da prebrodim probleme.
 48. Učim se živjeti s tim problemima.
 49. Ostavljam po strani sve druge aktivnosti i usmjeravam se na te probleme.
 50. Razmišljam o koracima koje valja poduzeti kako bi se ti problemi riješili.
 51. Ponašam se kao da se to nije dogodilo.
 52. Postupno radim ono što mislim da treba učiniti u vez s tim problemima.
 53. Učim iz iskustva.
 54. Molim se bogu više nego obično.
 55. Pojačano se bavim nekom od fizičkih aktivnosti.
 56. Ulažem dodatni napor da riješim te probleme.
 57. Glimim sigurnost i smirenost.
 58. Povlačim se u sebe.
 59. Tražim novi izlaz iz tih problema.
 60. Suzdržavam svoje osjećaje.
 61. Izbjegavam društvo i razgovore kako bih razmislio o tom problemu.
 62. Želim biti sam.
 63. Pitam ljude što bi učinili na mom mjestu.
 64. Pušim više nego obično kako bih se smirio.
 65. Radim sve samo da bih se rastresao.
 66. Bavim se bilo kakvim aktivnostima, samo da bih se rastresao.
 67. Skrивam svoje osjećaje.
 68. Pravim se kao da mi sve to ništa ne znači.
 69. Šećem po svježem zraku.
 70. Izbjegavam kontakte s drugim ljudima.
 71. Nadam se da će netko drugi riješiti tu situaciju.

ŽIVOTOPIS

Rođena sam 1962. godine u Rijeci. Osnovnu školu završila sam u Ičićima i Opatiji. Opću srednju školu pohađala sam u Opatiji, te usmjerenom obrazovanju u Centru za obrazovanje kadrova u zdravstvu u Rijeci i maturirala 1980.godine. 1985.godine diplomirala sam na Medicinskom fakultetu u Rijeci.

Od 1988. godine zaposlena sam u Zavodu za socijalno-zdravstvenu zaštitu Lopača, a na Klinici za psihijatriju zaposlena sam od 1995. godine. Specijalistički ispit položila sam 1993. godine.

Magistarski rad pod naslovom “ Kvaliteta života bolesnika na redovitoj hemodijalizi” obranila sam 1997. godine pred povjerenstvom pri Medicinskom fakultetu u Rijeci.

Od 1993. do 1997. godine uključena sam u izobrazbu iz grupne analize pri Institutu za grupnu analizu u Zagrebu.

Član sam više hrvatskih strukovnih udruženja (Hrvatska liječnička komora, Zbor liječnika, Hrvatski liječnički sindikat, Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju, Psihoterapijska sekcija Rijeka).

Do sada sam objavila nekoliko radova u domaćim i stranim publikacijama, većinom iz područja suradne psihijatrije. Niz radova prikazano je na kongresima u Hrvatskoj i inozemstvu.

Uže područje mog interesa je područje psihološke medicine, psihosomatske medicine i psihotraume.

Adresa: Jakova Jurčića 1
51415 Lovran
e-mail: jasna.grkovic@ri.t-com.hr