

Značenje psiholoških čimbenika u razvoju zloćudnih tumora glave i vrata

Petrić, Daniela

Doctoral thesis / Disertacija

2011

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:188:441646>

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

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



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI

MEDICINSKI FAKULTET

Daniela Petrić

ZNAČENJE PSIHOLOŠKIH ČIMBENIKA U RAZVOJU ZLOĆUDNIH
TUMORA GLAVE I VRATA

Doktorski rad

Rijeka, 2011.

Mentor rada: Prof.dr.sc. Tanja Frančišković

Doktorski rad obranjen je dana _____ u _____

_____ pred povjerenstvom u sastavu :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Rad ima _____ listova.

UDK : _____

Zahvaljujem se mentoru, Prof.dr.sc. Tanji Frančišković na pomoći u izradi doktorskog rada.

*Zahvaljujem se svim dragim suradnicima na Klinici za psihijatriju i Klinici za
maksilofacijalnu kirurgiju.*

Svojoj obitelji dugujem zahvalnost za pomoć i strpljivost.

Ovaj rad posvećujem sinu Valentinu koji uči prve medicnske korake.

SAŽETAK

Uvod: Utjecaj psiholoških čimbenika kod ovisnika o alkoholu i razvoja zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa gotovo je potpuno neistražen. Ovo istraživanje pretpostavlja važnost obrambenih mehanizama, crta osobnosti i korištenja strategija suočavanja u formiranju psihosomatskog odgovora.

Cilj: Istražiti rane obiteljske relacije, korištenje mehanizama obrane, crte osobnosti, stilove suočavanja i razinu stresa u bolesnika oboljelih od zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa, koji su ujedno ovisnici o alkoholu, u odnosu na ovisnike o alkoholu i zdravu populaciju

Ispitanici i postupci: U istraživanju je sudjelovalo 79 bolesnika, ovisnika o alkoholu koji su oboljeli od zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa, od čega je 51 bolesnik zadovoljio uključne kriterije. Istraživanje je provedeno na Klinici za maksilofacijalnu kirurgiju u Kliničkom Bolničkom Centru Rijeka u periodu 2005-2009. godine. Ujednačene usporedne skupine bile su ovisnici o alkoholu i zdrava populacija. Provedena je psihijatrijska anamneza i MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) upitnik. Ispitanici su ispunili opći demografski nestandardizirani upitnik, Upitnik životnog stila i obrambeni mehanizmi (ŽS), Profil indeksa emocija (PIE), Upitnik stilova suočavanja sa stresnim situacijama (COPE) i Ljestvicu životnih događaja (SRRS).

Rezultati: Prosječna dob prve skupine ispitanika bila je $57,02 \pm 8,87$ godina, bilo je 21,6% žena i 78,4% muškaraca. Većina je ispitanika imala je srednju (36 (70,6%)) ili nižu (13 (25,5%)) stručnu spremu. Ispitne skupine su se značajno razlikovale po teškom djetinjstvu ($p < 0,001$) uz zlostavljanje ($p = 0,004$). Ovisnici o alkoholu oboljeli od zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa znatno su manje koristili primitivne obrane: regresiju ($p = 0,004$), i premještanje ($p = 0,013$), a ovisnici o alkoholu više su koristili neurotske obrane: kompenzaciju ($p = 0,005$) i intelektualizaciju ($p < 0,001$). Statistički značajna razlika između tri

grupe ispitanika nađena je na slijedećim varijablama: *reprodukcija* ($F=3,356$; $p=0,038$), *inkorporacija* ($F=4,377$; $p=0,014$), *opozicionalnost* ($F=5,941$; $p=0,003$) i *bias (pristranost)* ($F=4,517$; $p=0,012$). Najniže rezultate na varijabli agresivnosti postigla je prva skupina. Statistički značajna razlika dobivena je na *faktoru 3* gdje ispitanici iz prve ($M=52,90\pm 14,06$; $p=0,010$) i ispitanici iz druge skupine ($M=52,90\pm 12,37$; $p=0,048$) postižu značajno više rezultate od ispitanika iz treće skupine ($M=45,16\pm 16,75$). Analiza *stresnih događaja* pokazala je statistički značajne razlike ($F=3,602$; $p=0,030$). Ispitanici iz druge skupine ($M=265,69\pm 177,00$) postižu statistički značajno više rezultate od ispitanika iz treće skupine ($M=188,04\pm 146,34$; $p=0,008$).

Zaključak: Rezultati istraživanja pokazuju važnu ulogu psiholoških čimbenika u razvoju zloćudnih tumora usne šupljine i orofarinksa u multifaktorijskoj etiopatogenezi te bolesti.

Ključne riječi: Ovisnost o alkoholu; Psihodinamika; Psihosomatska bolest; Tumori, zloćudni, glave i vrata; Tumori, zloćudni, usne šupljine i orofarinksa

SUMMARY

Introduction: Influence of psychological factors in alcoholics with oral and oropharyngeal cancer has barely been explored. The hypothesis in this research is that defense mechanisms, personality traits and the use of coping strategies have considerable importance in formation of psychosomatic response.

Aim: To examine early family relations, personality traits, the use of defense mechanisms, coping styles and the level of stress in alcohol dependent patients diagnosed with oral and oropharyngeal cancer, compared to alcohol dependent persons without malignant tumors and healthy population.

Participants and methods: The research included 79 alcohol dependent persons diagnosed with malignant tumor of the oral cavity and oropharynx, of which 51 satisfied the research inclusion criteria. The research was conducted at the Maxillofacial Clinic, University Hospital Center Rijeka, Croatia, from 2005 to 2009. The matching control groups consisted of alcoholics and healthy population. We established the history of psychiatric diseases and applied the Mini International Neuropsychiatric Interview. Participants also corresponded to a general demographic non-standardized questionnaire, the Revised Questionnaire of Life Style and Defense Mechanisms, the Profile Index of Emotion (PIE), the COPE Questionnaire and the Social Readjustment Rating Scale (SRRS).

Results: The first group of participants had the mean age of 57.02 ± 8.87 years; 21.6 % were women and 78.4% men. Majority of the participants had secondary (36 (70.6%)) or primary education (13 (25.5%)). The research groups showed significant differences relating to difficult childhood ($p < 0.001$) including abuse ($p = 0.004$). Alcohol dependent participants suffering from oral and oropharyngeal cancer significantly less frequently used primitive defense mechanisms of regression ($p = 0.004$) and displacement ($p = 0.013$) compared to alcoholics without malignant tumors, who significantly more often used neurotic defense

mechanisms – compensation ($p=0.005$) and intellectualization ($p<0.001$). The three groups of participants showed statistically significant differences in the following variables: *reproduction* ($F=3.356$; $p=0.038$), *incorporation* ($F=4.377$; $p=0.014$), *oppositonality* ($F=5.941$; $p=0.003$) and *bias* ($F=4.517$; $p=0.012$). As for aggression variable, the first group had the lowest scores. Furthermore, the groups significantly differed in *factor 3* – the first group ($M=52.90\pm 14.06$; $p=0.010$) and the second group of participants ($M=52.90\pm 12.37$; $p=0.048$) had significantly higher scores than the third group ($M=45.16\pm 16.75$). The analysis of stressful events also showed statistically significant differences ($F=3.602$; $p=0.030$). The second group had statistically higher scores than the third group ($M=265.69\pm 177.00$; $M=188.04\pm 146.34$; $p=0.008$).

Conclusion: The research results suggest that psychological factors have an important role in development of oral and oropharyngeal cancer and its multifactoral etiopathogenesis.

Key words: alcohol dependence, psychodynamics, psychosomatic disease, tumors, malignant, head and neck, tumors, malignant, oral and oropharyngeal

SADRŽAJ

1. UVOD (PRIKAZ PODRUČJA)	1
1.2. PSIHOSOMATSKA MEDICINA	3
1.2.1. Povijest psihosomatske medicine	3
1.2.2. Etiologija psihosomatskih bolesti	4
1.2.2.1. Engelov biopsihosocijalni model	4
1.2.2.2. Psihobiologija i psihosomatika	5
1.2.2.3. Psihodinamika i psihosomatika	6
1.3. PSIHODINAMSKI PRISTUP NASTANKA ZLOĆUDNIH TUMORA	8
1.3.1. Psihodinamski pristup nastanka zloćudnih tumora usne šupljine i orofarinksa	10
1.3.1.1. Psihodinamski pristup nastanka ovisnosti o alkoholu	11
1.4. RAZVOJNE TEORIJE LIČNOSTI	13
1.4.1. Psihoanalitička teorija ličnosti	13
1.4.1.1. Topografski sustav	13
1.4.1.2. Strukturni sustav	14
1.4.1.3. Freudova teorija ličnosti	15
1.4.1.3.1. Glavne karakteristike oralne faze razvoja	16
1.4.1.3.2. Psihopatologija oralne faze	17
1.4.1.3.3. Osnovne karakteristike analne, falusne faze razvoja i genitalnog stadija	17

1.4.1.4. Teorije objektnih odnosa	18
1.4.1.4.1. <i>Kleinijanska teorija razvojnih procesa</i>	20
1.4.2. Razvojna ego psihologija	20
1.4.3. Razvojna self psihologija	21
1.4.3.1. Winnicotova teorija selfa	21
1.4.4. Klasična teorija privrženosti J. Bowlbyja	22
1.5. MENTALNI MEHANIZMI	23
1.5.1. Mehanizmi obrane	23
1.5.5.1. Kellermanov model odnosa emocija, obrambenih mehanizama i kliničkih manifestacija	26
1.5.2. Načini suočavanja sa stresom (Coping mehanizmi)	28
1.6. ZLOĆUDNI TUMORI USNE ŠUPLJINE I OROFARINKSA	31
1.6.1. Incidencija zloćudnih tumora usne šupljine i orofarinksa	33
1.6.2. Uzroci nastanka zloćudnih tumora usne šupljine i orofarinksa	33
1.6.3. Klinička slika zloćudnih tumora usne šupljine i orofarinksa	35
1.6.4. Dijagnostički postupci	38
1.6.5. Liječenje zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa	38
1.7. PRIDRUŽENE PSIHIČKE BOLESTI U ZLOĆUDNIH TUMORA USNE ŠUPLJINE I OROFARINKSA	41
1.7.1. Ovisnost o alkoholu	41
1.7.1.1. Uvod	41
1.7.1.2. Etiologija ovisnosti o alkoholu	42

1.7.1.3. Posljedice ovisnosti o alkoholu	43
1.7.1.4. Liječenje ovisnosti o alkoholu	43
1.7.1.5. Prevencija ovisnosti o alkoholu	44
1.7.2. Ovisnost o nikotinu	44
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	46
2.1. HIPOTEZA ISTRAŽIVANJA	46
2.2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA	46
3. ISPITANICI I METODE	48
3.1. ISPITANICI I POSTUPCI	48
3.2. METODE	53
3.2.1. Instrumentarij	53
3.2.1.1. Strukturirani nestandardizirani upitnik	53
3.2.1.2. Kratki strukturirani dijagnostički intervju – MINI upitnik	53
3.2.1.3. Upitnik životnog stila i obrambenih mehanizama (ŽS)	54
3.2.1.4. Profil indeksa emocija (PIE)	55
3.2.1.5. Upitnik stilova suočavanja sa stresnim situacijama	58
3.2.1.6. Ljestvica životnih događaja	58
3.3. STATISTIČKA OBRADA PODATAKA	59
4. REZULTATI	60
4.1. DEMOGRAFSKE OSOBINE ISPITANIKA	60
4.2. REZULTATI RANIH OBITELJSKIH ODNOSA	63
4.3. REZULTATI MEHANIZAMA OBRANE	65

4.4. REZULTATI NA PROFILU INDEKSA EMOCIJA	68
4.5. REZULTATI NA UPITNIKU SUOČAVANJA SA STRESOM	71
4.6. REZULTATI ŽIVOTNIH DOGAĐAJA	75
5. RASPRAVA	76
5.1. RANI OBITELJSKI ODNOSI	76
5.2. KORIŠTENJE OBRAMBENIH MEHANIZAMA	77
5.3. ZNAČAJKE OSOBNOSTI	80
5.4. STILOVI SUOČAVANJA	83
5.5. ŽIVOTNI DOGAĐAJI	86
6. ZAKLJUČCI	89
7. LITERATURA	91
8. PRILOZI	115
8.1. UPITNIK DEMOGRAFSKIH PODATAKA, RANIH OBITELJSKIH RELACIJA I NAVIKA	115
8.2. UPITNIK ŽIVOTNOG STILA I OBRAMBENIH MEHANIZAMA (ŽŠ)	118
8.3. PROFIL INDEKSA EMOCIJA (PIE)	123
8.4. UPITNIK STILOVA SUOČAVANJA SA STRESNIM SITUACIJAMA (COPE)	124
8.5. LJESTVICA ŽIVOTNIH DOGAĐAJA	128
ŽIVOTOPIS	131

1. UVOD (PRIKAZ PODRUČJA)

Zloćudni tumori glave i vrata spadaju među deset najčešćih malignih tumora u svijetu, a prosječno zauzimaju šesto mjesto (1). Broj oboljelih od ove bolesti svake se godine povećava. Zloćudni tumori glave i vrata obuhvaćaju i zloćudne tumore kože, usne šupljine i paranazalnih sinusa. Svi ostavljaju vidljive tragove i metastaziraju u vrat. Svaka lokalizacija ima svoje specifičnosti javljanja i liječenja, a posebnu težinu za bolesnike ima lokalizacija usne šupljine i orofarinksa. Među općom populacijom malo se zna o ovim zloćudnim tumorima, njihovim simptomima, čimbenicima rizika te dijelovima tijela koje mogu zahvatiti.

Praksa pokazuje da malen broj bolesnika dolazi pravodobno na pregled. Pomoć zatraže tek kad imaju subjektivne tegobe (otežano žvakanje, govor, bol). Liječnici prečesto ne prepoznaju početnu leziju i predugo liječe bolesnike neprimjerenim metodama, a posljedica je prekasni dolazak bolesnika u specijalističku ustanovu. Ovi zloćudni tumori jedni su od najtraumatičnijih zbog kompleksnosti regije koju zahvaćaju (usna šupljina, orofarinks), ali i malog prostora koji zahtijeva opsežne radikalne zahvate koji su funkcionalno i estetski izrazito mutilirajući, često vezani uz potrebu rekonstrukcije “žrtvovanih” organa što još više otežava liječenje (2, 3). Uvažavajući navedeno, kirurg najčešće, već po vrsti svog posla, premalo razmišlja o tome kako na bolesnika djeluje saznanje da nakon operacije može uslijediti gubitak funkcije gutanja, funkcije disanja i funkcije govora. Vrlo često bolesniku može djelovati nerazumljivo i neshvatljivo sve ono što treba operativno napraviti. Kirurg se često nađe u teškoj situaciji punoj dilema između želje da naglasi ozbiljnost bolesti i težinu predstojećeg zahvata i želje da to bolesnik shvati, prihvati i sudjeluje kako bi izlječenje uspjelo, iako zna da je ovo ponekad teško shvatljivo čak i bolesnicima s određenim medicinskim znanjem. Uza sve, svjestan je činjenice kako nema puno vremena za razmišljanje jer je zloćudna bolest kirurška hitnoća. Osobito ako se zna kako svaki milimetar

napredovanja malignih stanica u regiji usta i vrata otežava operativne zahvate, čineći ih zahtjevnijima i više mutilirajućima. Time je i prognoza teža, a preživljavanje kraće. Sama činjenica da je kirurško liječenje zloćudnih tumora napredovalo u želji smanjenja recidivizma i smrtnosti ne znači da se kirurzi bave i problemima s kojima se bolesnici susreću u trenutku saznanja o svojoj bolesti i svemu što će uslijediti nakon kirurškog liječenja. Teškoće za bolesnike su brojne - oni se sučeljavaju s psihološkim, funkcionalnim i socijalnim problemima. Kirurzi koji se bave liječenjem oralnih zloćudnih tumora dobro su upoznati s činjenicom da su bolesnici koji oboljevaju od ove bolesti u velikom postotku ovisnici o alkoholu, a nerijetko postaju i veliki problem u poslijeoperativnom razdoblju zbog delirantnih stanja (4-7). Smiriti takvog bolesnika da bi se izbjegle kirurške komplikacije vrlo je teško. Stoga se u ovom liječenju nametnula potreba za suradnim psihijatrom koji povezuje psihijatriju i somatsku medicinu. Poznavanje i razumijevanje psihološkog konteksta ovih bolesnika je od važnosti zbog pomoći svakom bolesniku da se lakše nosi sa svojom bolesti kako predoperativno tako i nakon operativnog zahvata (8).

U svom višegodišnjem radu s različitim psihičkim profilima kroničnih bolesnika, osobito bolesnika sa zloćudnim bolestima, uočila sam važnost određivanja psihičkih doprinosa razvoju zloćudnih bolesti. Na Klinici za maksilofacijalnu i oralnu kirurgiju kao suradni psihijatar uočila sam da su bolesnici oboljeli od zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa više od 90 % slučajeva bili ovisnici o alkoholu, a često i o nikotinu (pušači). Upravo ovo saznanje o visokoj incidenciji ovisnosti o alkoholu potaklo me da pokušam razjasniti odnos ovisnosti o alkoholu i razvoja zloćudnih tumora usne šupljine i orofarinksa (4, 9-14).

S obzirom na samu lokalizaciju nameće se pitanje povezanosti psihosomatskog odgovora bolesnika i psihopatologije rane oralne faze razvoja (15-26).

Do sada nije bilo istraživanja u dostupnoj literaturi u okviru psihosomatskog, odnosno psihodinamskog razumijevanja u razvoju zloćudnih tumora usne šupljine i orofarinksa, što je bio poticaj da pokušam osvijetliti problem s tog stajališta.

Radi boljeg razumijevanja psiholoških čimbenika u nastanku zloćudnih tumora usne šupljine i orofarinksa, u daljnjem ću tekstu predočiti najznačajnija teorijska gledišta razvojnih teorija i mentalnih mehanizama.

1.2. PSIHOSOMATSKA MEDICINA

Psihosomatska medicina zastupa jedinstvo uma i tijela i bavi se njihovim interakcijama, proučava međudnose psiholoških reakcija, socijalnih fenomena te normalnih, patoloških i fizioloških funkcija (27).

1.2.1. Povijest psihosomatske medicine

Spoznaja o bliskom odnosu duše i tijela potječe još od Hipokrata, koji je tvrdio da tjelesni i emocionalni poremećaji prate ustaljene zakone prirode. Liječnik Erazistratos je u 3. stoljeću prije Krista primijetio da duševni konflikti mogu uvjetovati nastanak tjelesnih poteškoća i da im valja prilaziti psihološki. R. Descartes je u 17. stoljeću isticao značaj neurovegetativnog sustava kao raskrižja duše i tijela; 1818. godine Heinroth prvi put koristi termin „psihosomatski“, a F. Deutsch 1922. godine uvodi naziv psihosomatska medicina (28). Maudsley je 1876. godine izrazio misao da emocije koje se ne mogu slobodno izražavati i ostaju neizrečene u čovjeku dobivaju patogeno značenje za njegovo tijelo (29, 30, 31). H.F. Dunbar je 1935. godine, radeći na odjelu somatske medicine, objavila rezultate koji su

ukazivali na to da psihološki faktori djeluju na etiologiju i tijek bolesti i utvrdila da se „psihički doživljaji upliću u tjelesna zbivanja i mogu prouzrokovati bolesna tjelesna stanja” (29). F. Alexander je opisao sedam velikih psihosomatskih bolesti, a pozornost je posvetio pojedinim dijelovima ličnosti. Govorio je o psihosomatskim bolestima kao vegetativnim neurozama u kojima se bolesnici bore s neriješenim, nesvjesnim konfliktima. Smatrao je da određene životne situacije, uz vulnerabilnost nekog organa ili tkiva, reaktiviraju neriješeni nesvjesni konflikt i slamaju ranije uspostavljene primarne obrane (32).

1.2.2. Etiologija psihosomatskih bolesti

U etiologiji i patogenezi psihosomatskih bolesti sudjeluju čimbenici biopsihosocijalnog područja, odnosno genetskih i okolišnih aspekata, razvojnih, psihodinamskih, psihoneurofizioloških, psihoneuroimunoloških, psihoneuroendokrinih i drugih čimbenika (33).

1.2.2.1. Engelov biopsihosocijalni model

G. Engel 1977. godine postavlja temelje novog biopsihosocijalnog modela u kojem podupire integraciju bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika u proučavanju, prevenciji i liječenju bolesti. Ovaj model nema u središtu interesa bolest samu po sebi, već bolesnog čovjeka. Nadalje, ovaj model ima posebnu važnost za razvoj istraživanja o utjecaju psihološkog stresa na razvoj tjelesnih bolesti i njegovu povezanost sa živčanim, endokrinološkim i drugim organskim sustavima. U svom radu o budućnosti biopsihosocijalnog modela Engel kaže: “Ali ništa se neće promijeniti sve dok oni koji kontroliraju resurse ne steknu mudrost da se usude

odbaciti isključivo oslanjanje na biomedicinu kao jedini pristup. Predloženi biopsihosocijalni model omogućava planiranje istraživanja, ali hoće li se pokazati korisnim, tek će se vidjeti. U slobodnom društvu ishod ovisi o onima koji imaju hrabrosti ići novim putovima i mudrost da osiguraju potrebnu podršku” (34-36).

Primjena biopsihosocijalnog modela odvija se kroz istraživanje psiholoških odgovora na tjelesnu bolest, istraživanje psiholoških i socijalnih resursa, strategija suočavanja i crta osobnosti, te moguće psihijatrijske čimbenike (37).

1.2.2.2. Psihobiologija i psihosomatika

Psihobiologija proučava slojevitú povezanost duševnog i tjelesnog. Razvojni aspekti pokušavaju objasniti odnose središnjeg živčanog sustava - struktura, psihičkih funkcija, funkcionalnih nalaza različitih sustava (npr. biokemijski, endokrini, imunosni, fiziološki i drugi), kao i različitih psihosocijalnih čimbenika, uključujući i stres, tijekom različitih razdoblja (33). Danas su stoga još uvijek aktualni koncepti H. F. Dunbar o kroničnom stresu kao aktivatoru latentnih organskih poremećaja kod predisponiranih osoba (38, 39). Selye definira stres kao stanje tjelesnog dizekvilibrija, a prema Schurovoj hipotezi psihosomatski bolesnik na stres izravno reagira tjelesnim odgovorom, odnosno primarnim procesom i resomatizacijom koja, ako dulje traje, može rezultirati ireverzibilnim organskim promjenama (5, 29, 40, 41). Izučavanje odnosa stresa i bolesti ukazala su na mnoštvo fizioloških promjena u tijelu pod utjecajem psihosocijalnih čimbenika (16, 42). Suvremeno shvaćanje psihosomatskih bolesti vodi računa o interakciji fizičkog i psihičkog kod svih poremećaja i bolesti. Naime, proučavaju se stresori koji mijenjaju imunitet organizma (41, 43, 44). Opterećenje i stres mogu biti vanjski podražaji koji imaju dovoljno velik intenzitet da

uzrokuju neugodnu emocionalnu reakciju. Stres označava događaj u životu čovjeka koji je definiran svojim intenzitetom i činjenicom da osobu onesposobljava za primjeren odgovor, ali ujedno izaziva i trajne poremećaje s patogenim učincima na psihičku organizaciju (45). Stresna je reakcija individualna reakcija biokemijske, fiziološke, i/ili psihološke prirode na opterećujući podražaj. Postoje podražaji za koje se čini da će kod gotovo svih ljudi izazvati stresnu reakciju. Pojedini autori tako govore o životnim događajima ("life events", engl.). Psihoneurofiziologija se bavi funkcionalnim korelatima strukture mozga, kao i njihovim odnosom prema ponašanju u određenom poremećaju. Smatra se da neurobiokemijske tvari i hormoni djeluju na različitim razinama. Postoji mnogo istraživanja u razumijevanju veze između središnjeg živčanog sustava (SŽŠ) i imunološkog sustava (16, 33, 43, 46).

1.2.2.3 Psihodinamika i psihosomatika

Postoje mnoge nepoznanice u nastanku psihosomatskih bolesti, ali sve se više skreće pažnja na sveprisutnost emocionalnih teškoća i međudnosa psiholoških i somatskih bolesti (27, 29, 39). Alexander, Leigh, Dunbar, Wolff i dr. bavili su se psihosomatskim istraživanjima te svojim navodima opravdali prihvaćanje da emocionalni konflikti provociraju disfunkciju u organskim sistemima. Neki od njih vide i simboličko značenje u disfunkciji pojedinih organa. Jedno od središnjih pitanja u psihosomatskom istraživanju je zašto organska bolest pogađa baš određeni organ ili određeni sistem (29, 32, 39, 47). Za aktivaciju psihosomatske bolesti potrebno je sudjelovanje specifičnog psihosomatskog sustava u bolesnika, određene situacije nastanka ili životnih uvjeta koji prethode bolesti i konstitucionalne ranjivosti pojedinog tkiva, organa ili sustava. Teorijski koncepti ukazuju na simboliku intrapsihičkog sukoba vezanog za pojedini organski sustav (simptom kao simbol) (30, 48). Nadalje, suvremene psihosomatske koncepcije govore o somatizaciji koja označava regresivno vraćanje na govor tijela

sadržavajući pojam “fiziološke manifestacije anksioznosti” sve do organskog simptoma (24). Psihoanalitička teorija opisuje psihosomatskog bolesnika kao osobu koja je regredirala na stupanj primarnog procesa razvoja (42). Grupa pariških psihoanalitičara upozorava na posebnu psihološku strukturu psihosomatskih bolesnika koje karakterizira specifično mentalno funkcioniranje, pri čemu psihosomatski simptom nije odraz fantazije, već je znak nesposobnosti obrade konflikta na mentalnoj razini (29, 49). Ova grupa ujedno upozorava na poseban način mišljenja i rješavanja uobičajenih životnih problema kojima pribjegavaju ove osobe, a nazvali su ga “kirurškim mišljenjem”. Bostonska grupa psihoanalitičara uvodi u psihosomatsku koncepciju pojam aleksitimije (50, 51). Aleksitimične osobe nemaju sposobnost ponavljane životne konfliktne situacije obraditi imaginacijom, već nezadovoljstvo i napetost prevode u vegetativnu podraženost i tako dovode do psihosomatske bolesti. Psihosomatski bolesnik na stres direktno reagira autonomnom i visceralnom aktivnošću (resomatizacija) na što upućuju jezgrovni konflikti pregenitalnih stadija razvoja, te regresivnost u ovih bolesnika (29, 51, 52).

Freud nije koristio izraz psihosomatski, njegov interes nije bio usredotočen na organske tjelesne bolesti, već je istraživao psihološke procese koji uzrokuju konverzivne i hipohondrijske somatske simptome (37). Konverzija je imala sljedeće karakteristike: tjelesni poremećaj je simbolično izražavao konflikt, tijelo je postalo instrument prorade i put kojim je bolesnik progovarao. Tjelesni su simptomi vrlo blizu psihičkog života, a njihovo stvaranje ima ulogu olakšavanja, a premještanje se događa “bez muke”. Kod psihosomatske bolesti tjelesni je poremećaj više posljedica potisnutih afekata i nagona, tijelo predstavlja žrtvu prorade, a bolesnik osjeća patnju putem tijela. Kada su tjelesni simptomi udaljeni od psihičkog života, a stvaranje simptoma nema olakšavajuću funkciju, tada rijetko dolazi do premještaja simptoma (29, 33). Suvremena saznanja o nastanku psihosomatskih bolesti podupiru teoriju objektnih odnosa i self psihologiju koje doprinose tome da se naglasak

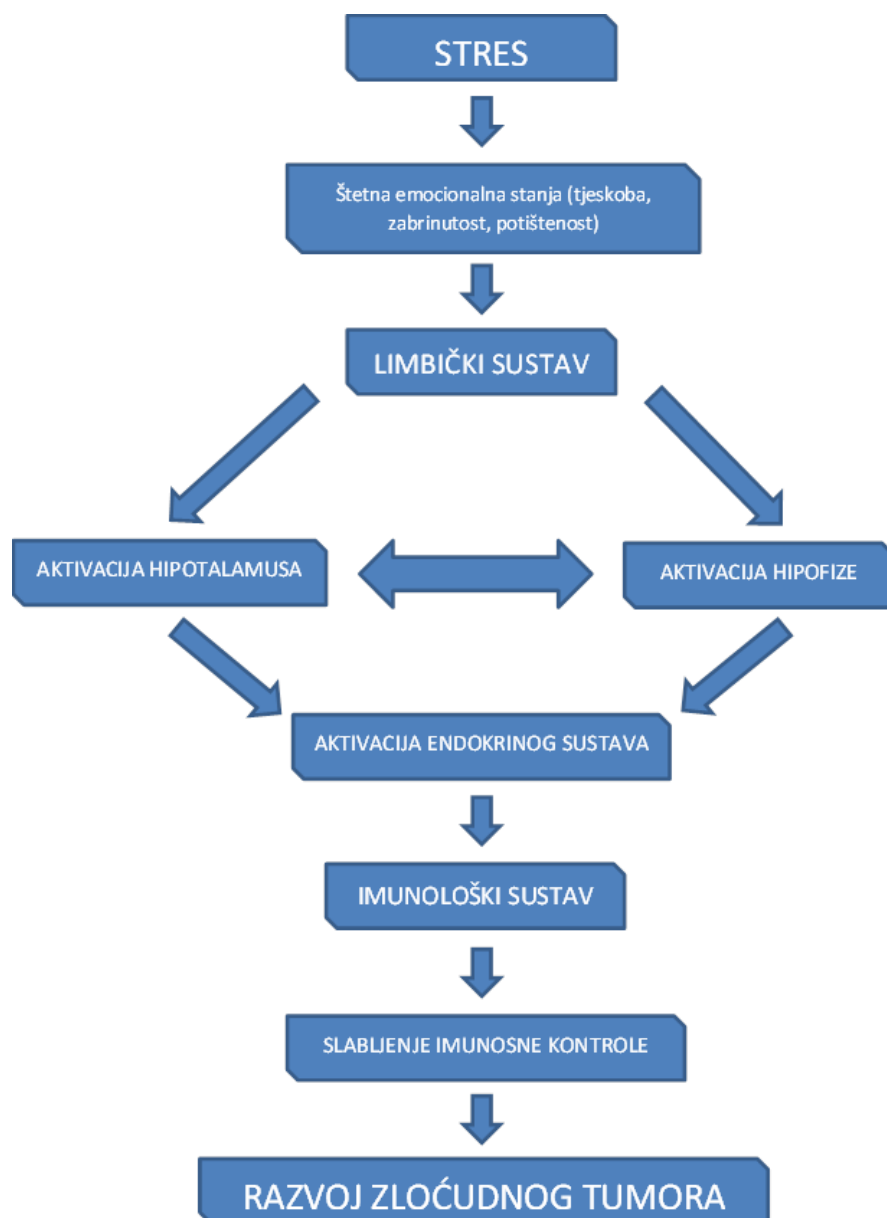
premješta na nagone, obrane, na nestalnost i promjenljivost interpersonalnih relacija. Najveća se pažnja posvećuje razumijevanju ranog odnosa majke i djeteta i njegove važnosti za stvaranje psihosomatskog funkcioniranja i zdrave ličnosti (26). Psihobiologijska istraživanja u studijama djece potvrđuju da nedostaci u ranim obiteljskim odnosima rezultiraju u razvojnim defektima koji reguliraju kapacitet osobe da samoregulira osnovne psihobiološke funkcije i predisponiranje tjelesne bolesti. Sve to može dovesti do psihosomatske dekompenzacije koja podrazumijeva regresivno reaktiviranje tjelesnih obrazaca kod osoba sa značajnim ranim poremećajima, koji se izražavaju u ego defektima i poremećajima objektnih odnosa (33, 37).

U daljnjem tekstu slijedi psihodinamsko pojašnjenje oboljenja od zloćudnih tumora i ovisnosti o alkoholu.

1.3. PSIHODINAMSKI PRISTUP NASTANKA ZLOĆUDNIH TUMORA

Georg Groddeck je još početkom 20. stoljeća isticao i zloćudni tumor kao psihosomatsku bolest (17, 18, 53). Sve teorije o psihosomatskom podrijetlu zloćudnih bolesti mogu se svrstati u premisivne teorije koje pretpostavljaju da psihogeni čimbenici ne djeluju izravno kancerogeno, već da drugi neposredni rizični faktori omogućuju malignu alteraciju stanica. Razvoj zloćudnih tumora povezuje se i sa strukturom osobnosti (9, 10, 54-59). Neke teorije govore o tome da se zbog realnoga ili fantaziranoga gubitka objekta na tjelesnom planu neobuzdanim bujanjem novoga tkiva simbolički ponovno stvara izgubljeni objekt. Kako dolazi do nekontroliranog rasta stanica upotrebljava se naziv "shizofrenija na somatskom planu". U teorijskim objašnjenjima pojave zloćudnih bolesti važnu ulogu ima teorija stresa (60). Istraživanja sugeriraju da je psihološki stres direktno povezan s imunološkim odgovorom što na kraju rezultira malignom alteracijom i apoptozom stanica. Brojna

istraživanja ukazuju da je moguće djelovanjem na bihevioralne i psihološke činitelje utjecati na stanični imuni odgovor, uključujući stanice koje izravno utječu na rast i razvoj pojedinih tumora (41, 61). Pod utjecajem stresa dolazi do slabljenja obrambenih snaga organizma (prije svega endokrinološkoga i imunološkoga sustava), pri čemu nije važan samo intenzitet stresora, već i sposobnost osobe da se s njim suoči (40, 62-64). Mnogi su istraživači došli do zaključka da je onkološkim bolesnicima zajednička teškoća izražavanje emocija, nemogućnost otvorenog izražavanja agresije i potiskivanje depresivnog raspoloženja. Ukratko, to su osobe dobro prilagođene prema drugima, a otuđene od sebe (19, 20, 33, 65, 66). Psihološki čimbenici koji bi mogli utjecati na pojavu onkološke bolesti su stresni životni događaji, rana psihička trauma, narušeni socijalni odnosi i neadekvatna podrška okoline, elementi osobnosti, negativne emocionalne reakcije, potiskivanje emocija, pridruženi psihijatrijski poremećaji i drugo (5, 8, 12, 63, 64, 66). Model utjecaja stresa na nastanak zloćudnog tumora prikazan je na slici 1 (prema Baltruschu, 1979) (46).



Slika 1. Model utjecaja stresa na nastanak zloćudnog tumora

1.3.1. Psihodinamski pristup nastanka zloćudnih tumora usne šupljine i orofarinksa

Kod bolesnika s postavljenom dijagnozom zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa velika je incidencija ovisnosti o alkoholu i nikotinu, što govori o zabranama zadovoljenja na oralnoj fazi razvoja. (9, 42, 63, 67, 68). S obzirom na samu lokalizaciju nalazimo povezanost

psihosomatskog odgovora bolesnika i rane oralne faze razvoja. Usna šupljina je organ koji pruža zadovoljstvo i osjećaj sigurnosti kroz prvi kontakt s majčinom dojkom, koja je topla i ublažava tenziju (17-19, 42, 67, 69). Kad rane objektne relacije nisu bile adekvatne, razvijaju se autoagresivne tendencije koje mogu predstavljati simbolički „kaznu“, a kazna može biti zloćudni tumor. Upravo usna šupljina je organ kojeg bolesnici „žrtvuju“ (12, 29, 42, 53, 68, 70). Ako shvatimo zloćudni tumor usne šupljine i orofarinksa kao psihosomatski ekvivalent najtežim duševnim poremećajima, onda će mjesto javljanja imati i simboličko značenje u okviru psihopatologije i psihodinamike rane oralne faze, koja je sama po sebi značajna po svojoj destruktivnosti. Bolesnik može dakle koristiti tešku fizičku bolest kao oblik traženja topline, brige i ljubavi, što nesvjesno pokriva njegovu trajnu potrebu ovisnosti o roditeljskim figurama (11, 19, 20, 23, 42, 66, 67, 69, 71-74).

Kako je već navedeno, u bolesnika s postavljenom dijagnozom zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa velika je incidencija ovisnosti o alkoholu te u daljnjem tekstu slijedi osvrt i na psihodinamsko razumijevanje ovisnosti o alkoholu.

1.3.1.1. Psihodinamski pristup nastanku ovisnosti o alkoholu

Uočeno je da je češća pojava nekih crta osobnosti kod ovisnika o alkoholu (shizoidne osobine, depresivnost, ovisnost o drugima, neprijateljstvo i samodestruktivna impulzivnost, seksualna nezrelost) (75). Specifičnosti osobnosti ovisnika svoje korijene vuku iz perioda ranog razvoja. Jedan od centralnih problema je njihova oralna ovisnost. U kolokvijalnom izražaju mogli bismo reći da je ovisnik o alkoholu osoba “žedna ljubavi”. Za ovisnika o alkoholu karakteristično je da može “supstituirati” i “derivirati” svoju oralnost te je time i zadovoljiti. Taj način se upravo sastoji u uzimanju alkohola kroz usta, njihovo je zadovoljenje

reducirano na najprimitivnije obrasce: tjeskoba - punjenje digestivnog trakta - zadovoljstvo. Djelovanje toksične komponente alkohola dovodi do krivog testiranja realnosti, što podsjeća na primitivnu obranu - izolaciju, koja je rana pregenitalna obrana. Osoba regredira na oralnu fazu. U odnosu na objekt (majku) oralna je faza simbiotička, a prekid simbioze predstavlja ozljedu selfa (29, 42, 68). Pasivno - ovisni alkoholičari usmjeravaju se na potrebu za sigurnošću kroz vanjske faktore - primarno na alkohol. Pristup svijetu je izrazito pasivan, prepuštaju se "žedi", ne čineći nikakav napor za adaptaciju. Mogu se skrivati ispred agresivne fasade kojom ustvari skrivaju veliku pasivnost. U čestim su neadekvatnim vezama s primarnim objektima, posebno s majkom, njihova je dijada primitivna. Identifikacija s ocem je oskudna govoreći za ovisnika muškog spola. U depresivnog ovisnika nalazimo osjećaj krivnje koji može potjecati iz triangulacije (rivalitetna krivnja) pod utjecajem superega. Alkoholom se prikriva depresija, smanjuju se obrane koje mogu dovesti do razvoja „klaunovskog ponašanja”. Kod ovisnika o alkoholu sa shizoidnim crtama objektivne su veze vrlo oskudne, to je grupa koja živi sama, koja pije sama. Oni mogu imati i osjećaj omnipotencije, kao i paranoidne crte usmjerene na okolinu. Grupa agresivnih ovisnika se povezuje s agresivnim ponašanjem, pa i nizom kriminalnih činova. Geneza ovog neprijateljstva je pregenitalna i u njoj ima i sadomazohističnih komponenti. Seksualna nezrelost ovisnika o alkoholu proizlazi iz loše maskuline identifikacije, odnosno iz straha pred separacijom. Iz straha pred okrutnim ocem, triangulacija nije niti nastupila, već se vraća natrag na faličku fazu u kojoj je objektivna veza s majkom čvrsta. Više se govori o zastoju u razvoju nego o regresiji na raniji obrazac ponašanja (29, 72, 75-80).

1.4. RAZVOJNE TEORIJE LIČNOSTI

Postoji mnogo teorija koje nastoje pojasniti razvoj psihe u čovjeka, a unutar psihološke medicine najčešće se koristi psihodinamski razvojni koncept. To je skup teorijskih koncepata koji se međusobno razlikuju po tome kojim čimbenicima daju najvažniji razvojni utjecaj. Psihodinamski teorijski koncepti tako opisuju psihoanalitičku teoriju razvoja ličnosti, teoriju objektnih odnosa, razvojnu ego psihološku teoriju, razvojnu self psihološku teoriju, teoriju privrženosti i druge (26).

1.4.1. Psihoanalitička teorija ličnosti

Prema Freudovoj teoriji, razvoj ličnosti odvija se pod utjecajem različitih iskustava iz djetinjstva i pod utjecajem seksualne energije ili libida što je svakom čovjeku urođeno (26, 81). Osnovu razvoja sačinjava zadovoljenje nagonskih potreba, a okolina, primarni objekti, prije svega majka, služe zadovoljenju nagonskih potreba (82). Psihički aparat ličnosti obuhvaća dva Freudova modela: topografski i strukturni (26).

1.4.1.1. Topografski sustav

Topografski se sustav sastoji od tri sloja psihizma i to svjesnog, predsvjesnog i nesvjesnog (26). Danas znanost prihvaća da ljudska bića funkcioniraju na nekoliko stupnjeva svjesnosti. Svjesnost se sastoji od onoga čega smo toga trenutka svjesni, a određeno je primanjem podražaja iz vanjskog svijeta i/ili iz unutrašnjosti tijela i psihe. U uskoj suradnji je s predsvjesnim, a sastoji se od mentalnih sadržaja i procesa koji se mogu spontano ili usmjerenom pažnjom dovesti u svjesno. Nesvjesno predstavlja zbroj svih mentalnih sadržaja i

procesa izvan regije svijesti, koji ne mogu doći u svijest zbog djelovanja obrambenih mehanizma i potiskivanja (22, 26, 83).

1.4.1.2. Strukturni sustav

Strukturni sustav čine id, ego i superego. Id predstavlja potpuno neorganiziran primordijalni rezervoar psihičke energije koja proizlazi iz nagona pod dominacijom načela ugone, a prije njihova realiziranja i opuštanja prethodi napetost (83). Id nije sinonim za nesvjesno, jer je dio ega i veći dio superega nesvjestan (22).

Ego je najaktivniji i temeljni dio naše ličnosti. Razvija se postupno kao rezultat razvoja središnjeg živčanog sustava kao i stimulacije vanjskog svijeta i stjecanja iskustva. Povezuje svjesne i predivjesne funkcije govora, mišljenja i logike, dok specifične funkcije potiskivanja i otpora upućuju na to da je i dio ega nesvjestan. Ego kontrolira percepciju, kontakt sa stvarnošću, a kroz mehanizme obrane kontrolira i regulira nagonске potrebe, integrira pozitivne i negativne aspekte u objektnim odnosima (22, 67, 83).

Superego je dio psihičkih funkcija koje se odnose na naše moralne zahtjeve, zabrane društva i naše idealne težnje. Moralne vrijednosti temeljene su na nesvjesnim modelima ponašanja roditelja introjiciranim u početnim pregenitalnim fazama razvoja.

Idealizacije malog djeteta ostavljaju snažan trag na strukturu osobnosti, time što sudjeluju u procesu pounutrenja koji stvaraju superego (22, 84).

1.4.1.3. Freudova teorija ličnosti

Nagonske se potrebe prema Freudu u različitim fazama zadovoljavaju na različite načine. Ličnost prema Freudovoj teoriji u svom razvoju prolazi kroz četiri psihoseksualna stadija: oralni, analni, falusni i genitalni. Prva tri stadija nazivamo pregenitalnim i oni su temeljni u razvoju ličnosti. Nazivi tih stadija potječu od naziva dijelova tijela u kojima je usredotočena libidna energija, a te dijelove nazivamo primarnim erogenim zonama. Stimulacija tih zona izaziva ugodu i seksualno zadovoljenje. Freud psihičku energiju koja teži ugodi naziva libido, a taj termin označava psihičku energiju koja uvjetuje svako kretanje ili ponašanje u vezi s ljubavlju. U svakom stadiju razvoja ličnosti drugi dio tijela je posebno aktivan i traži objekte ili aktivnosti koji mogu izazvati ugodu (26, 81, 85).

Biološki je definirano, ali i individualno uvjetovano da procesi sazrijevanja teže onim ciljevima i objektima (tjelesnim zonama) koji u određenom razdoblju osiguravaju najvažniju fiziološku funkciju. Važnost za formiranje ličnosti imaju dva faktora polariteta: frustracija i preveliko udovoljavanje. Kada potrebe djeteta nisu zadovoljene od onih koji brinu o njemu dolazi do frustracije. Preveliko udovoljavanje ne dozvoljava djetetu da stekne kontrolu nad funkcijama i frustracijama, čime se podržava ovisnost o drugima (26). Tijekom razvoja pojedinac se susreće s dva rizika, opasnost od fiksacije i opasnost od regresije koja dovodi do patološke transformacije libida. To se događa kada se u jednom razvojnom stadiju investira više ili manje psihičke energije, pojedinac je doživio previše ili premalo zadovoljenja pa je ustrašen ili nemotiviran za prelazak u drugi stadij (21, 22, 26, 67, 86). Fiksacijske točke često ostaju prepoznatljive. Takve fiksacije susrećemo i u odraslih osoba. Drugi fenomen je regresija koji znači vraćanje na jedan raniji ili niži nivo u razvoju, koji je pojedinac već prošao. Što je fiksacija jača, to je regresija veća. Regresiju izazivaju stresovi, napetosti i frustracije, a može biti prolazna pojava koju izazivaju prolazna stanja (53).

1.4.1.3.1. Glavne karakteristike oralne faze razvoja

Oralna faza razvoja najraniji je stadij dojenačkoga psihoseksualnog razvoja, koji traje od rođenja do dobi od 12 mjeseci i dulje. U toj je fazi dijete potpuno ovisno o drugim osobama uz koje jedino može doći do zadovoljenja svojih potreba. Oralna se faza dijeli na oralno - erotsku fazu koja je u vezi s ugodnim doživljajem sisanja, te oralno - sadističku koja je povezana s grizanjem dojke u kojoj je osnova izlaženja na kraj s agresijom (67, 83, 85). U oralnoj se fazi biološki nagoni zadovoljavaju kroz usta, zbog toga usna šupljina, jezik i okolni predio postaju središte aktivnosti i interesa. Hrana ispunjava dvostruku ulogu, fiziološku potrebu i olakšavanje stanja napetosti (utaživanje gladi). Sam čin hranjenja zaokuplja svu pažnju djeteta. Ugoda koju majka i dijete osjećaju je osnova simbiotskog odnosa. Usta su od rođenja zreo i adaptivan organ. Ona su odmah spremna za primanje i gutanje mlijeka - hrane koja donosi zadovoljstvo i ugodu. Značajna je podudarnost između anatomske, fiziološke i psihološke funkcije usta. Usta mogu biti otvorena - primajuća ili zatvorena - odbijajuća koje mogu buditi fantaziju straha i agresije (22, 26, 83, 85).

Oralna libidna organizacija utječe na oblikovanje karaktera ili pojedinih naglašenijih crta osobnosti, kao što su optimizam i pesimizam, velikodušnost i pohlepa, ambicioznost i zavist, sposobnost davanja i primanja (81).

U ovoj fazi temeljem zadovoljenja potreba i ugoda, dijete stvara i razvija bazično povjerenje s okolinom, uči se odgodi koja ne znači da je dijete manje voljeno (22, 68, 81).

Uz oralnu fazu razvoja vezujemo složene mentalne mehanizme - identifikaciju (poistovjećivanje), kojim dijete asimilira neke aspekte svojih roditelja i inkorporaciju (pounutrenje). Ovim je mehanizmima psihološki proces simboliziran i doživljen kao tjelesno (81, 83).

1.4.1.3.2. Psihopatologija oralne faze

Psihopatologiju oralne faze nalazimo u mnogim poremećajima: alkoholizmu, ovisnosti o drogama, poremećajima hranjenja (bulimija i anoreksija nervoza), pretjerano uzimanje hrane, teškoće gutanja, teškoće govora, depresija. Oralna organizacija utječe na oblikovanje karaktera i/ili naglašavanje pojedinih crta osobnosti (7, 18, 22, 29, 67, 87, 88). Njihov je centralni problem oralna ovisnost kao izraz regresije ili fiksacije na oralnoj fazi (gladan - žedan ljubavi), kao odgovor djeteta na neprimjeren način hranjenja i izmijenjen odnos s roditeljima zbog povišene agresivnosti, odbacivanja ili ljubomore. Smatra se da je kod bolesnika s fiksacijom na oralnoj fazi inkorporiran (pounutren) "loš" objekt koji omogućuje bolno osvješćivanje odvojenosti ili prijetnju gubitkom (22, 53, 89). Introjicirati loš objekt u simbiotskoj fazi znači: "ja sam loš, jer objekt i ja smo isto". Svaka aluzija na simbiozu, svaki pokušaj objektnih veza pobuđuje uznemirenost i potištenost koju treba ublažiti izvana. Osoba koja je introjicirala loš objekt osjeća i sebe kao loš objekt. Prema tome ona je prema svakom objektu loša i razvija komunikaciju koja pobuđuje osjećaj krivnje i depresije, jer kao "loš objekt" može samo uništavati okolinu. Ovisnosti su stoga kompromisna tvorevina, dakle simptom putem kojeg se ego brani od straha koji se javlja pri svakom pokušaju da pristupi objektu, čak i pokušaj pristupa objektu ponovno razbuktava strah od lezije selfa. Loš objekt u selfu izražava agresivnost koja nije usmjerena prema drugome nego prema sebi i otud počinju problemi (67, 81, 86, 90, 91).

1.4.1.3.3. Osnovne karakteristike analne i falusne faze razvoja te genitalnog stadija

Analni stadij obuhvaća drugu i treću godinu života. U toj je dobi središte libidne energije analna zona. U ovom se razvojnom stadiju uvježbava kontrola sfinktera i razvija motorika.

Način na koji se okolina ponaša u odnosu na podučavanje u kontroli sfinktera (izmet i mokraća) ima specifične efekte na razvoj ličnosti (26). Dijete uči da odgodi trenutnu potrebu za izbacivanjem mokraće i izmeta i da zadovoljenje uskladi sa socijalnim zahtjevima, čime jača funkciju ega i budućeg superega. Ujedno se javljaju i začeci samokontrole. Analne se crte prepoznaju kroz tvrdoglavost i poslušnost, aktivnost i pasivnost, pretjerana čistoća i nered, kontrola drugih, škrtost i krutost, odgovornost i preciznost (22, 67, 81, 90).

Falusni stadij odvija se u razdoblju od treće i četvrte godine kada se libidna energija koncentrira oko seksualnih organa. Ovaj je stadij važan po Edipovom kompleksu. Njegovo razrješenje znači poistovjetiti se s istospolnim roditeljem, a prihvaćanje vlastite spolne uloge u kasnijem razvoju pridonosi razvoju spolnoga identiteta (26, 67, 86).

Od šeste godine do puberteta nastupa razdoblje latencije, za koje Freud kaže da je libido sublimiran, kanaliziran i usmjeren na različite interese i aktivnosti. Genitalni se stadij proteže od početka adolescencije pa do smrti (22, 26, 83).

1.4.1.4. Teorije objektnih odnosa

U psihoanalitičkoj razvojnoj psihologiji posebno mjesto zauzimaju teorije objektnih odnosa. Danas znamo da dijete gradi doživljaj unutrašnjeg i vanjskog prostora putem uspostavljanja veze s okolinom. Kvaliteta odnosa s najvažnijim osobama u okolini, majka i otac, određuju cjelokupno iskustvo i ponašanje pojedinca (26). U psihoanalitičkoj literaturi objekt označava psihološki značajnu osobu ili dio osobe, stvar ili simbol u vanjskom svijetu. Objektni odnos je termin kojeg je uveo Fairbairn, a označava stajalište ili ponašanje osobe prema takvim objektima. Tijekom razvoja u djetetu postupno raste svijest o odvojenosti sebe od drugih, nastaje osjećaj selfa i stvarnog objektnog odnosa. U prvim danima života dijete ne razlikuje

sebe od vanjskog svijeta, postoji nemogućnost razlikovanja granica između „unutra i van”. Ta se faza naziva faza bez objekta (prema R. Spitzu) ili stadijem primarnog narcizma (prema S. Freudu), dok se prema M. Mahleru taj stadij naziva stadij primarnog autizma. Sljedeća je faza stadij preteče objekta (prema R. Spitzu) ili anaklitički (oslanjajući) stadij (prema Freudu) kad se dijete smiruje na približavanje lica majke. Spitz je ovaj stadij nazvao “prvi organizator psihe”. Slijedi stadij djelomičnog ili parcijalnog objekta, ovisno o zadovoljstvu ili nezadovoljstvu djeteta, parcijalan objekt se doživljava kao dobar ili loš (26, 68, 81, 85, 92).

U objektnom stadiju dijete prepoznaje lice majke i počinje je doživljavati kao cjeloviti objekt. U drugom tromjesečju dolazi do vrhunca simbioze između majke i djeteta kada sebe i majku doživljava kao jedno, kao dvojno jedinstvo unutar zajedničke granice. Ugodno sjedinjenje, stvaranje simbiotskog odnosa je osnova za buduće objektno odnose. Nazočnost „dovoljno dobre majke” osigurava pravilan razvoj (91, 93), a kada majka propusti potrebu za „zrcaljenjem” odgovorom („mirroring“, engl.) kasnije ta osoba ima velikih problema s podržavanjem osjećaja cjeline i samopoštovanja (26).

U 8. mjesecu dijete svaku osobu doživljava kao stranu, to se razdoblje naziva “anksioznost osmog mjeseca” koji je prema Spitzu “drugi organizator psihe”. U dobi od godine dana djetetovo NE označava da je spoznalo ne samo objekt, već i sebe. Semantičko NE je “treći organizator psihe” (22, 68, 81, 86).

Prema Spitzu poremećeni objektni odnosi u prvoj godini života bilo da su zastranjeni, neprikladni ili nedovoljni, svojim posljedicama dovode u opasnost sam temelj pojedinca, a i društva. Budući da nemaju obrasce, “žrtve” poremećenih objektnih odnosa kasnije neće imati sposobnost za uspostavljanje adekvatnih relacija, teško će se prilagođavati društvu i otežano funkcionirati. “Djeca bez ljubavi postati će odrasli puni mržnje” (67). S druge strane adekvatna gratifikacija i ljubav, koju mogu donijeti vanjski objekti doprinijeti će razvoju

sigurnosti u sebe, razvoju kreativnosti i sposobnosti izražavanja osjećaja, kao i sposobnost za davanje i primanje ljubavi (42, 68, 91, 93).

1.4.1.4.1. Kleinijanska teorija razvojnih procesa

Određnice za ovu teoriju dala je M. Klein. Nesvjesne fantazije aktivne su od prvih dana života djeteta i smatraju se psihičkim predstavnikom nagona. Fantazijska aktivnost je vezana za ego koji ima funkciju stvaranja primitivnih obrambenih mehanizama. U kleinijanskoj teoriji stanje razvoja objektnog odnosa naziva se „paranoidno shizoidna pozicija”, u kojoj je vodeća anksioznost proganjajuća, a stanje ega i objekta određeno je razdvajanjem. Ovu poziciju karakterizira rascjep između dobrog i lošeg. Majka je ponekad dobra, ponekad loša, nekad zadovoljava, nekad frustrira, dijete voli ili mrzi. Kada ju dijete prepozna kao cjelovit objekt, prepoznaje svoju bespomoćnost, ovisnost, tada je u „depresivnoj poziciji”. Anksioznost koja se u ovoj poziciji javlja proizlazi iz ambivalencije, što znači istovremeno i osjećaj ljubavi i mržnje prema istom objektu. Javlja se tjeskoba zbog osjećaja da se voljeni objekt može uništiti, što je prema D. Sternu i M. Mahleru izvor nasilničkom ponašanju (26, 67, 86).

1.4.2. Razvojna ego psihologija

Hartmannovi koncepti postali su poznati elementi psihoanalitičke teorije. On smatra da funkcije obrane od nesvjesnog konflikta preuzima ego kojem daje veću širinu djelovanja. U sferu ega uvodi pojam autonomne zone. Svrha postojanja te zone je da nalazi rješenja kako pomoći ličnosti da prevlada i ovlada psihičkim konfliktom. U toj zoni ego mobilizira percepciju, mišljenje, pamćenje složenih mehanizama kao što su adekvatna procjena

stvarnosti, odgađanje ispunjenja želja ili odustajanje od želja ako je to potrebno. Hartmann je precizirao psihičko značenje pojma adaptacije ličnosti. Čovjek se može adaptirati mijenjajući sebe ili okolinu (26, 29, 68, 86).

1.4.3. Razvojna self psihologija

Osnivač self psihologije je H. Kohut, koji naglašava kako vanjske relacije mogu održati samopoštovanje i koheziju selfa. Teorija psihologije sebstva tvrdi da zdrav emotivni razvoj dolazi od adekvatnog roditeljskog odziva prema djetetovim potrebama. To uključuje potrebe za sličnim drugim, koje se objašnjavaju da emotivno ili fizički odsutni roditelj može dovesti do krize u emotivnom razvoju i oštećenja zdravih odnosa s drugim ljudima. Psihologija selfa naglašava da potreba za odnosom s drugim ljudima postoji u nama čitav život i tako nam pomaže održati integritet i kohezivnost naše ličnosti (26, 92-94). Potrebe za idealnim roditeljem pomažu djetetu da se utješi u situacijama kad se osjeti uplašenim ili tjeskobnim, a potrebe za idealnim zrcaljenjem naglašava odnos majke i djeteta. Kada majka propusti naglasiti zrcaleći odgovor, ta osoba u odrasloj dobi ima problem s podržavanjem osjećaja cjeline i samopoštovanja (26, 86).

1.4.3.1. Winnicotova teorija selfa

D. Winnicott dao je teorijski doprinos u razlikovanju pravog i lažnog selfa. Pravi je self taj koji omogućava organizaciju ega adaptiranu na realitet. Lažni self ima zaštitnu ulogu štiteći pravi self koji nema pristupa vanjskom realitetu stoga ekspresija i zadovoljstvo nisu mogući. Takvo odvajanje dovodi do rascjepa tijela – psihe, koja postaje područje odvojeno od svojih

tjelesnih iskustava (91, 93). To je krajnost kada se patološka organizacija lažnog selfa predstavlja kao stvarna, reflektira se na interpersonalne odnose i ne uspijeva zadovoljiti sve potrebe svakodnevnog života. Pravi je self skriven, a ponašanje se odvija po tipu imitacije trenutno "važnih drugih". Svaka osoba ima dio lažnog selfa kojeg manifestira kada se preko pravog selfa ne bi uspjela ponašati u okviru društveno prihvatljivih okvira gdje se to od nas očekuje (67, 68, 86, 91).

1.4.4. Klasična teorija privrženosti J. Bowlbyja

Između majke i djeteta se od početka javlja prirodno vezivanje (privrženost, "attachment", engl.) koje je izraz urođene potrebe za drugim ljudskim bićem nastao tijekom razvoja na osnovi potrebe za zaštitom i preživljavanjem. Kvaliteta te veze se razlikuje i određena je biološkim, psihološkim, socijalnim i kulturnim faktorima (22, 67). Senzitivnost majke na potrebe djeteta određuje kvalitetu privrženosti koju djeca razvijaju. Majke koje se mogu bolje prilagoditi imaju veće izgleda da razviju sigurnu privrženost svoje djece. Ako majke zbog bilo kojeg razloga ne uspiju to razviti, onda privrženost poprima anksiozno - izbjegavajući oblik. Sigurno privrženost djeca pokazuju u kasnijem životu i mnoge druge pozitivne osobine kao što su socijalna i kognitivna sposobnost, postaju uspješnija u rješavanju problema, sklonija istraživačkom ponašanju, suradljivija, bolje se slažu sa vršnjacima, rjeđe razvijaju emocionalne ili ponašajne probleme (26, 67, 86).

1.5. MENTALNI MEHANIZMI

Mentalni mehanizmi su adaptivni načini koje pojedinci koriste da bi se zaštitili od nepovoljnih utjecaja u svakodnevnom životu. Tijekom razvoja oni čuvaju pravilan razvoj i cjelovitost ličnosti. Bez njih bi čitav niz iskustava, naročito u ranom djetinjstvu bio vrlo bolan, ali sličan problem je prisutan tijekom čitavog života (95).

U daljnjem ću tekstu opisati mehanizme obrane i načine suočavanja sa stresom.

1.5.1. Mehanizmi obrane

Obrambeni mehanizmi su mentalni mehanizmi kojima se osoba služi u svrhu potiskivanja i izlaženja na kraj s tjeskobom i neugodnim traumatskim iskustvom (53, 68, 96, 97). Datiraju još iz Freudova uviđanja kako nesvjesni procesi mijenjaju ili iskrivljuju stvarnost u svrhu zaštite pojedinaca od njegovih neprihvatljivih misli, impulsa ili želja (98). Definicija obrambenih mehanizama prema DSM-IV (Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja) glasi: "Obrambeni mehanizmi su automatski psihološki procesi koji štite pojedinca od tjeskobe i od svjesnosti unutarnjih ili vanjskih opasnosti, ili stresora. Pojedinci nisu svjesni tih procesa i što oni čine. Obrambeni mehanizmi utječu na reakcije pojedinca prilikom emocionalnih konflikata, unutarnjih i vanjskih stresora" (99).

Primarna uloga čovjekova psihodinamskog sustava je da ostane organizirana, i ima ulogu u čovjekovom životu da čuva homeostazu na onoj razini na kojoj može najbolje funkcionirati. U životu se susrećemo s raznim situacijama koje pobuđuju niz strahova, a mehanizmi obrane sprječavaju da se isti manifestiraju kroz simptome. Kad oni nisu dostatni, pojavljuju se simptomi koji su kompromis između nagonskog poriva i obrambenog procesa. Osobe

najčešće koriste one mehanizme obrane koji čine značajnu komponentu strukture ličnosti. Obrambeni mehanizmi mogu biti adaptivni i zdravi, važni za očuvanje psihološkog zdravlja, ali i patološki (89, 98, 100-102).

Postoji više podjela i opisa obrambenih mehanizama, no uglavnom ih svi autori dijele prema razvojnem periodu u kojem nastaju. Kellerman i suradnici su istraživali uloge obrambenih mehanizama u regulaciji emocija te povezali osam osnovnih obrambenih mehanizama i primarnih emocija (103). Pojedinaac može upotrebljavati bilo koju kombinaciju obrambenih mehanizama, ali obično ipak neki od njih prevladavaju. Obrambeni mehanizmi razlikuju se po strukturi: jedni su primitivni, nezreli, a formiraju se tijekom oralne faze razvoja (npr. regresija, premještanje, projekcija), a drugi nastaju u kasnijim fazama, nazivaju se neurotskim i više su diferencirani. Zrele obrambene mehanizme aktiviramo najkasnije tijekom razvoja. Neki autori obrambene mehanizme dijele prema tome jesu li blokirajući za impulse (npr. reaktivna formacija, represija, negacija, intelektualizacija), ili oslobađaju impulse (npr. projekcija, kompenzacija, premještanje i regresija). Nizom istraživanja ustanovljeno je da osobe bez klinički signifikantne psihopatologije imaju više blokirajućih obrambenih mehanizama (reaktivna formacija, represija, negacija, intelektualizacija). Valliant i suradnici predlažu da je uloga nezrelih mehanizama u njihovoj prilagodbi na stresne situacije koje nastaju u interpersonalnim odnosima (102, 104, 105).

U daljnjem tekstu opisani su najčešći obrambeni mehanizmi: nezreli (primitivni) mehanizmi obrane - regresija, projekcija i premještanje te neurotski mehanizmi obrane - negacija, kompenzacija, intelektualizacija, poricanje, represija ili potiskivanje i reaktivna formacija.

Regresija je nezreli mehanizam obrane koji se pokreće kad se na određenoj fazi razvoja nagona jave snažni konflikti u vezi s fazno specifičnim željama i fantazijama, a pojava anksioznosti uzrokuje djelomično ili potpuno odustajanje od želje i vraćanje ciljevima i

željama prethodne već prevladane faze razvoja. Regresija odražava temeljnu tendenciju da se postigne zadovoljenje nagona na manje razvijenom stadiju (89, 102).

Premještanje je nezreli mehanizam obrane kojim se oslobađaju neugodne emocije, obično ljutnja na objekt koji ga je izazvao, a izbija u odnosu prema drugom objektu ili osobi. Kao obrana, premještanje dopušta simboličnu reprezentaciju izvornih ideja ili objekata s drugom idejom ili objektom koji je slabije investiran i koji izaziva manje boli (89, 105).

Projekcija je nezreli mehanizam obrane kojim osoba neke svoje nepoželjne impulse ili fantazije, agresivne ili libidne, otklanja u nesvjesno ili ih pripisuje drugima kako bi izbjegla osjećaj krivnje. Doživljaj stvarnosti biva promijenjen, nekad i do psihotične razine. Projekcijom se čovjek oštro sukobljava s vanjskom realnošću, nesvjesno se pripisuju drugima vlastiti neprihvatljivi impulsi, želje, vjerovanja. Poricanje i projekcija su mehanizmi koji se koriste početkom djetinjstva, a sklonost njihovoj upotrebi u starijoj dobi upućuje na izrazitu nezrelost ega (53, 67, 102).

Negacija je neurotski mehanizam obrane kojim neki opažaj ne dolazi u svjesno u svojem izvornom obliku već u obliku negativa, tako da se opažaji nalaze u svjesnome, ali okrenuti u svoju suprotnost, a sve zbog izbjegavanja osvješćivanja nekih bolnih aspekata (89, 102).

Kompenzacija je neurotski mehanizam obrane, način kojim se prevladava stvaran ili zamišljen gubitak, bilo da se radi o vanjskom, ili unutarnjem objektu, ili njegovim psihičkim reprezentacijama. Kompenzacija je nesvjesno modeliranje stava ili ponašanja kao način povećanja samopoštovanja ili suočavanja s mogućim separacijama ili gubitkom, bijeg u imaginarno kao izlaz iz realnih problema ili izbjegavanja konflikata (45, 89, 102).

Intelektualizacija je neurotski mehanizam obrane koji omogućava nadzor nad situacijom na način da se na impulse reagira posredno, na intelektualnom nivou. O emociji koju bi trebalo

osjećati se raspravlja, misli, a time se prikriju pravi motivi koji su uzrokovani potisnutim, neprihvatljivim osjećajima (89, 100, 102).

Poricanje je neurotski mehanizam obrane kojim se izbjegava osvješćivanje nekih bolnih aspekata realiteta negiranjem osjetilnih podataka. Poricanje je mehanizam obrane kojim se uklanja neugodna i neželjena stvarnost. Potiskivanje brani od afekata i nagona, a poricanje negira vanjski realitet, a može biti i normalno i patološko. Ta je obrana proces kojim se osoba brani od opasnih i prijetećih situacija, omogućuje pripremu na neki psihički stres i predstavlja adaptivni mehanizam. Ako poricanje interferira s racionalnim pristupom, postaje maladaptivni mehanizam (102).

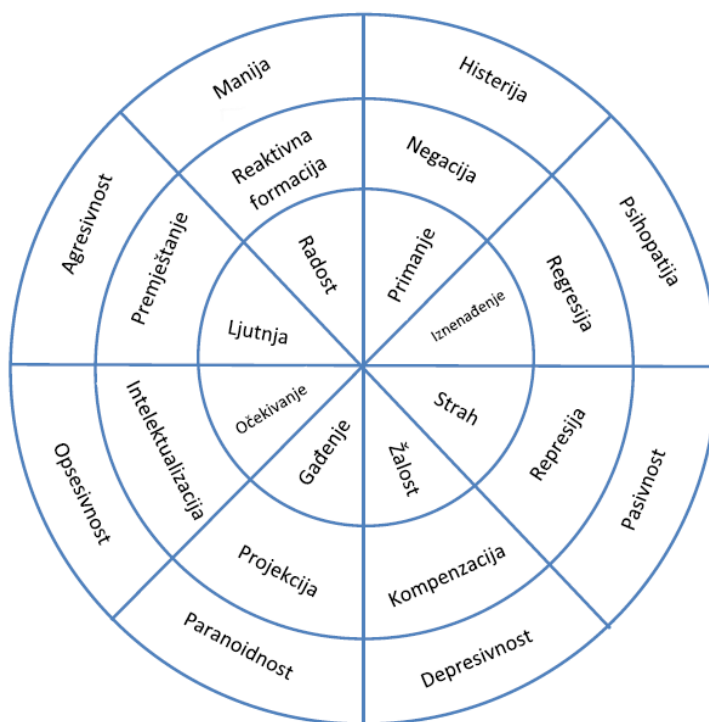
Represija ili potiskivanje je neurotski mehanizam obrane kojim uklanjamo ili suzdržavamo neugodne doživljaje, emocije, želje, sjećanja. Potisnuto nije i zaboravljeno, stoga ima važnost u simboličnom ponašanju, ostaje u nesvjesnom i troši znatnu količinu psihičke energije (89, 102).

Reaktivna formacija je neurotski mehanizam obrane koja osnažuje pojedinca da očituje neprihvatljive impulse pretvarajući ih u sasvim druge oblike kojim se omogućava prilagodba okolini (53, 89, 102).

1.5.1.1. Kellermanov model odnosa emocija, obrambenih mehanizama i kliničkih manifestacija

Kako je već navedeno, Kellerman je istraživao ulogu obrambenih mehanizama u regulaciji emocija i njihovu važnost u razvoju osobnosti. Specifični obrambeni mehanizmi služe regulaciji specifične emocije. Posljedica aktiviranja obrambenih mehanizama različita su

stanja koja se manifestiraju smetnjama u regulaciji afekata, smetnjama u samoregulaciji (kontrola impulsa), samodestruktivnim ponašanjem (samopovređivanje, poremećaji hranjenja, poremećaji uporabe psihoaktivnih supstanci), somatizacijama, promjenom karaktera, poremećena uloga odnosa s drugima, preosjetljivost u interpersonalnim relacijama i drugo (103, 106, 107). Kellermanov model odnosa emocija, obrambenih mehanizama i kliničkih manifestacija prikazan je na slici 2.



Slika 2. Kellermanov model odnosa emocija, obrambenih mehanizama i kliničkih manifestacija

1.5.2. Načini suočavanja sa stresom (Coping mehanizmi)

Suočavanje se odnosi na sve ono što osoba razmišlja ili čini pokušavajući prevladati teškoće u koje je zapala (problemu usmjereno suočavanje) ili pokušavajući regulirati emocionalni odgovor kojeg je problem izazvao (emocijama usmjereno suočavanje). Treći način suočavanja je suočavanje izbjegavanjem.

Suočavanje je u funkciji ličnosti pojedinca, naglašavajući individualne razlike i individualnu stabilnost ponašanja, što znači da određene osobine ličnosti predodređuju način suočavanja (48, 100).

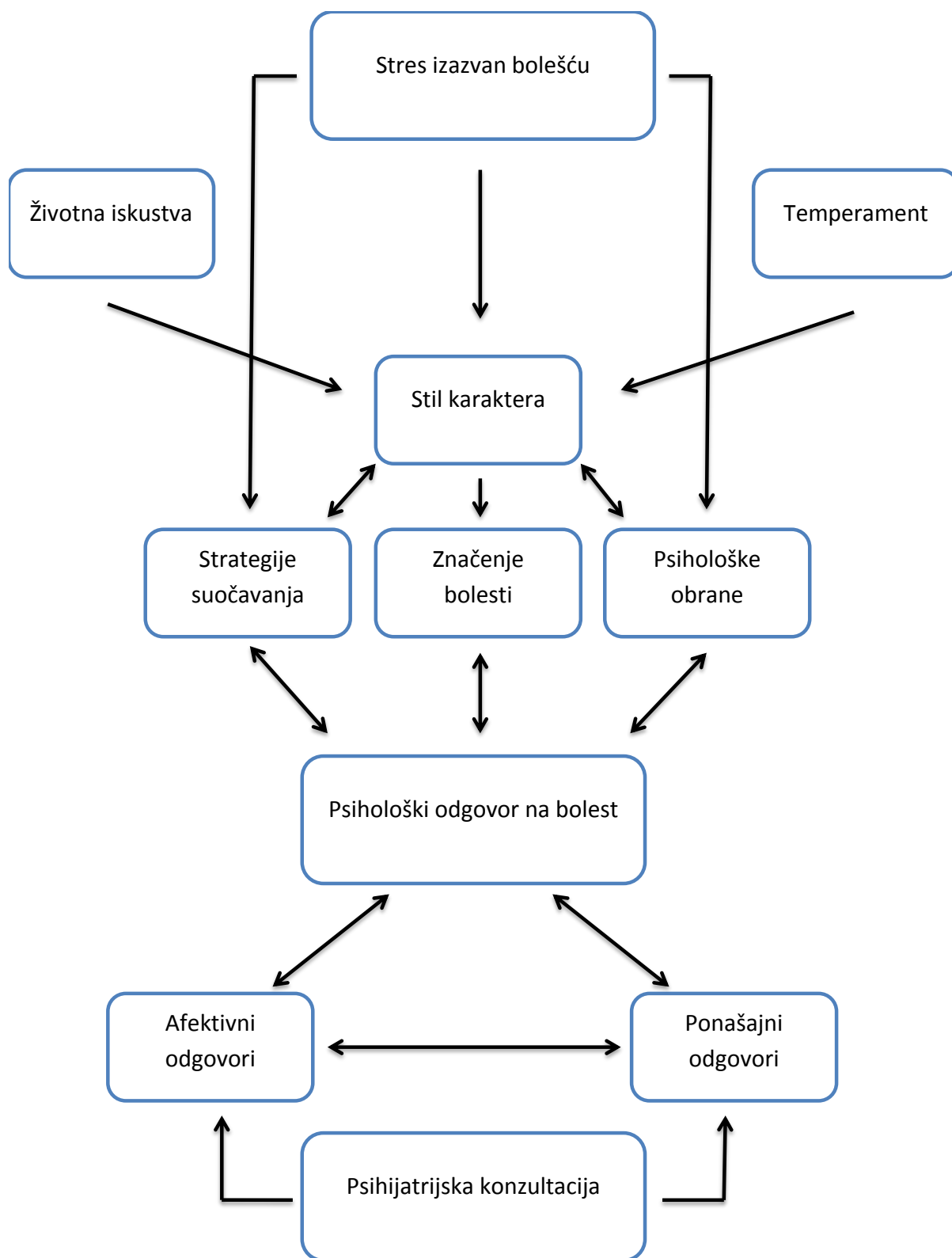
Dvije osnovne uloge suočavanja su rješavanje problema i regulacija emocionalnog odgovora. Idealni mehanizam suočavanja ima za cilj riješiti problem, premostiti prijetnju, zadržati osjećaj ravnoteže i izbjeći preplavljenost neželjenim stupnjem emocija adaptiranjem na tešku situaciju. Suočavanje usmjereno na problem osmišljava rješavanje problema kroz pozitivnu procjenu problema, prihvaćanje odgovornosti, uspostavljanje kontrole (37, 48, 108-110).

Suočavanje usmjereno emocijama traži model i način za izražavanje osjećaja i dobivanje socijalne podrške iz okoline. Ovaj način suočavanja pomaže u prevladavanju situacija u kojima je procijenjeno da nije moguće kontrolirati stresne događaje ili njihove ishode (111).

Treći način suočavanja kojeg su identificirali Endler i Parker 1990. godine je suočavanje izbjegavanjem koji se odnosi na kognitivne, emocionalne, ponašajne pokušaje udaljavanja bilo od izvora stresa ili od psihičkih i tjelesnih reakcija na sam stres. Izbjegavajuće strategije se manifestiraju kroz samodestruktivno ponašanje, prekomjerno konzumiranje alkohola, osamljivanje, potiskivanje emocija (112).

Ovisno o korištenju strategija suočavanja mogu se javiti i pozitivni i negativni efekti, što se može odražavati na sam tijek i uspješnost liječenja. Lipowski je u svom radu opisao povezanost strategija suočavanja i značenja bolesti. Opisuje da mobilizacijom pozitivne strategije suočavanja bolest može predstavljati izazov i može se prihvatiti, a ako se koriste maladaptivne strategije suočavanja, bolest se doživljava neprijateljem, kaznom, slabošću, te može doći do lošeg tijeka i ishoda bolesti (48, 113). Bolest i bolničko liječenje predstavlja za svakog pojedinca u životu kompleksan i vrlo stresan događaj. Lazarus je 1999. godine u zdravstvenoj psihologiji zamijenio do tada tradicionalan model stimulus - odgovor, suvremenijim i sveobuhvatnijim modelom stimulus - organizam - odgovor, koji naglašava važnost razumijevanja individualnih, subjektivnih iskustava. Istraživanja su pokazala da u kompleksnoj situaciji kakvu predstavlja bolest i hospitalizacija, bolesnici koriste višestruke strategije suočavanja. Samo kroz prizmu osobnih iskustava moguće je objasniti pojedinačne razlike u reakcijama na stresor. Priroda stresnog događaja je ključni element koji određuje "coping" odgovor. Važno je kako bolesnici prevladavaju stres i koliko se mogu osloniti na resurse okoline. Ti elementi svakako imaju velik utjecaj na prilagodbu bolesnika u situaciji kada je bolest otkrivena ili je već pod tretmanom i kontrolom (37, 48, 114). Kompleksnost ponašanja pojedinca ili emocionalnih odgovora na bolest prikazana je na slici 3.

Na primjer, radovi o zloćudnim tumorima glave i vrata opisuju veći i intenzivniji stres kod postavljanja dijagnoze u odnosu na ostale zloćudne bolesti, opisuju se depresivna stanja, anksioznost, poremećaj prilagodbe, povećan rizik od suicida (4, 5, 8, 12, 13, 14, 17, 25, 48, 115, 116).



Slika 3. Ilustracija kompleksnosti ponašanja pojedinca ili emocionalnih odgovora na bolest.

Adaptirano iz Lazarus 1999.; Lazarus i Folkman 1984.

1.6. ZLOĆUDNI TUMORI USNE ŠUPLJINE I OROFARINKSA

Zloćudni tumori usne šupljine i orofarinksa imaju posebne specifičnosti. Usna šupljina nije velik prostor, ali je iznimno važan za govor, žvakanje i gutanje, zbog toga anatomske defekte nakon kirurškog liječenja ostavljaju i funkcionalan defekt. Liječenje i rehabilitacija tih bolesnika je specifična utoliko što ta regija predstavlja kompleksne međuodnose strukture i funkcija.

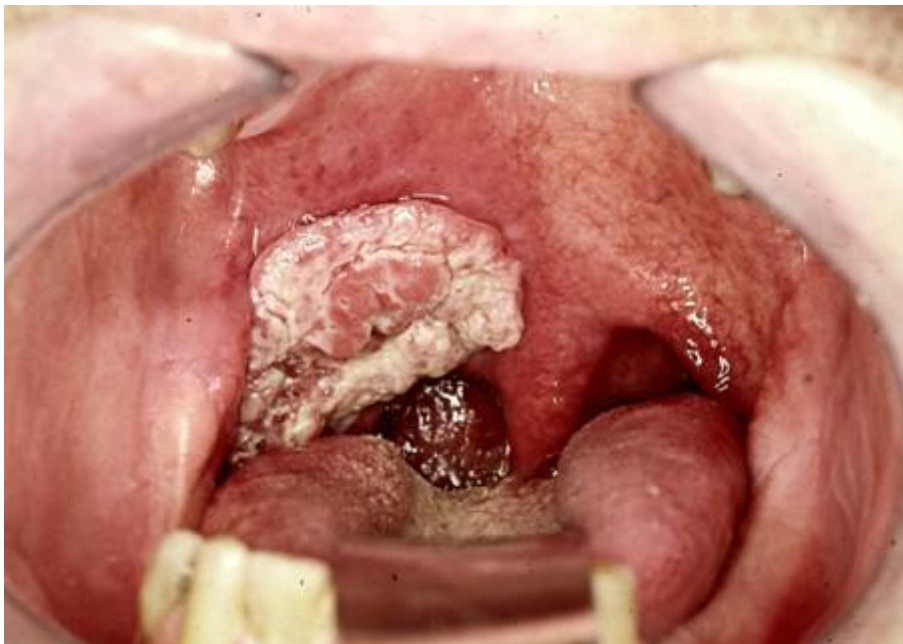
Usna šupljina obuhvaća područje gornjeg digestivnog trakta, započinje usnama, završava prednjom površinom nepčanih lukova, sadrži dentoalveolarne strukture (gornji i donji zubni niz), usno dno, jezik, bukalnu sluznicu i nepce. Straga prelazi u orofarinks koji započinje s prednjim nepčanim lukovima, obuhvaća meko nepce, tonzilarnu ložu s tonzilama, stražnju stijenu farinksa i stražnju trećinu jezika (3, 117, 118).

Najčešća lokalizacija zloćudnih tumora u usnoj šupljini je područje u obliku potkove u tzv. bazenu sline (slika 4). Zanimljivo je da se 80% svih zloćudnih tumora usne šupljine razvija na svega 20% površine sluznice usne šupljine i to u dnu usne šupljine, ventralnoj strani jezika, retromolarnom području i gingivi donje čeljusti (2, 117, 118). Sluznica je najčešće izvor primarnog tumora (3).



Slika 4. Područje najčešćih lokalizacija zloćudnih tumora usne šupljine – potkove, zloćudni tumor dna usne šupljine

U orofarinksu najčešća je lokalizacija zloćudnog tumora baza jezika i tonzile (slika 5) (117).



Slika 5. Zloćudni tumor tonzile

1.6.1. Incidencija zloćudnih tumora usne šupljine i orofarinksa

Incidencija zloćudnih tumora usne šupljine i orofarinksa u Europi je 10/100 000, u Istočnoj Europi (Mađarska, Slovačka, Slovenija) i Francuskoj 30-40/100 000 (23, 119). Od zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa u Hrvatskoj godišnje oboli oko 270 bolesnika (120) a u Sjedinjenim Američkim Državama taj broj doseže i do 34 000 (3, 119). Prema podacima Registra za rak Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u 2006. godini u Hrvatskoj su registrirana 164 novootkrivena bolesnika sa zloćudnim tumorom usne šupljine (incidencija je 3,6/100 000 stanovnika) i 191 novotkriveni bolesnik sa zloćudnim tumorom orofarinksa (incidencija 4,3/100 000 stanovnika) (120). Incidencija javljanja zloćudnih tumora usne šupljine i orofarinksa u svijetu je od 0,5 do 4 na 100 000 stanovnika, a u Hrvatskoj 4,5/100 000 stanovnika (119, 120).

Stopa javljanja prema spolu je 3:1 u korist muškaraca. Dob javljanja je iznad 50 godina, a prosječna 62 godine (1, 117). U zemljama gdje je konzumacija alkohola i pušenja u žena veća zloćudni tumor usne šupljine nije više toliko vezan za muški spol (3, 6, 23, 121).

1.6.2. Uzroci nastanka zloćudnih tumora usne šupljine i orofarinksa

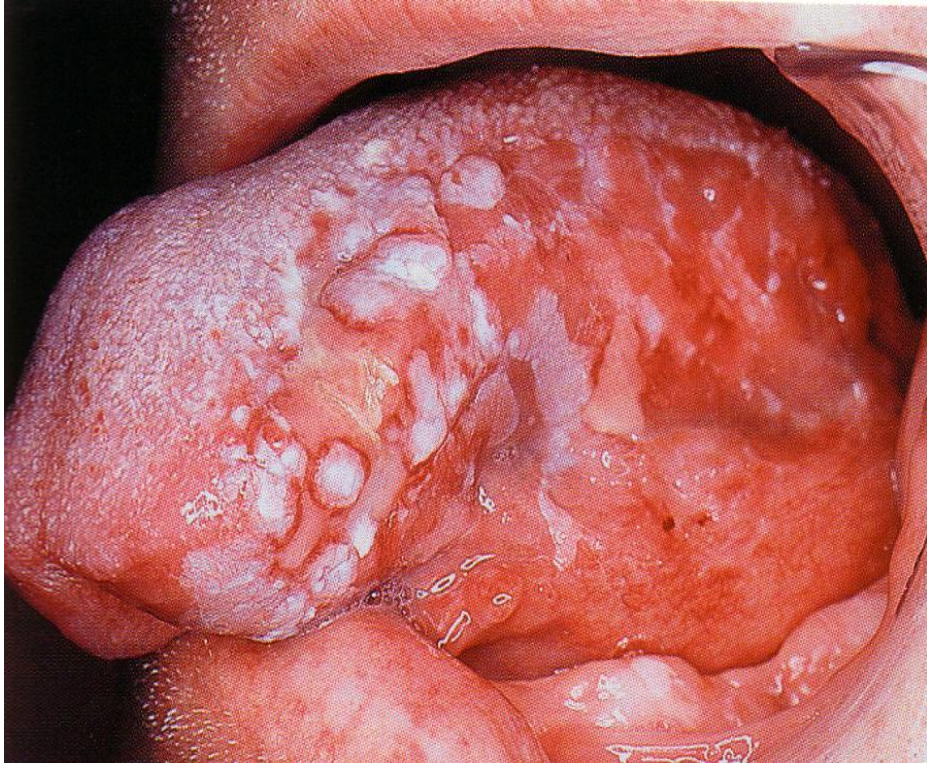
Uzrok nastanka zloćudnih tumora nije poznat, pa tako niti javljanje zloćudnih tumora usne šupljine i orofarinksa. Poznati su etiološki čimbenici, tako da u 90% slučajeva bolesnici oboljeli od ove bolesti su ovisni o alkoholu i nikotinu. Niz epidemioloških studija kroz svoja istraživanja su dokazala da konzumiranje alkohola i pušenje povećava rizik za nastanak ovog tumora, a ako djeluju sinergistički, taj je rizik puno veći. Alkohol na sluznicu djeluje posredno i izravno. Prema nekim istraživanjima važnije je posredno djelovanje, manjkava

prehrana, manjak vitamina i minerala od kojih su neki prokarcinogeni (7, 9, 10, 23, 55-59, 88, 122-124).

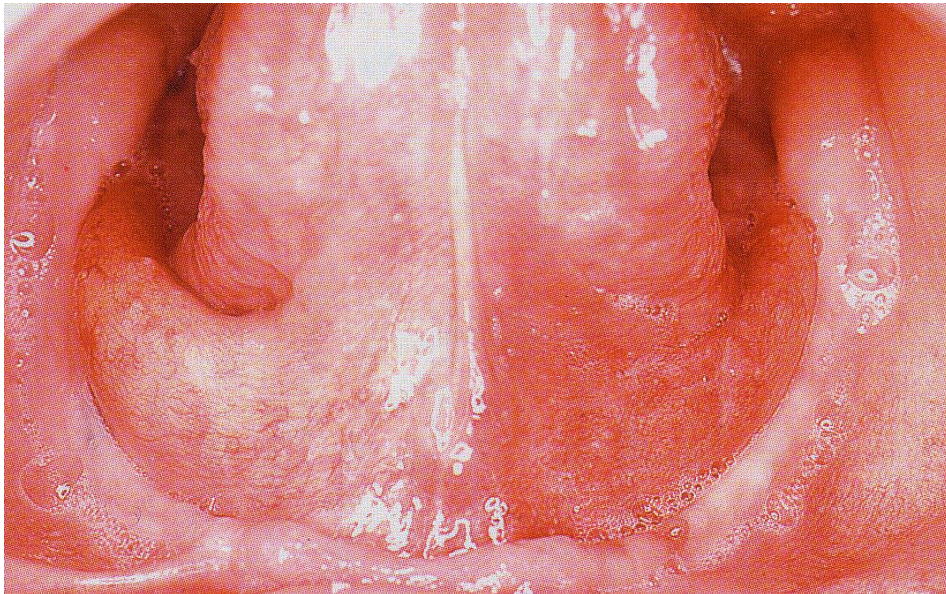
O etiološkim čimbenicima tih tumora postoje navodi iz literature: od utjecaja karioznih zuba, odnosno loše higijene usne šupljine, promjena na razini stanica pod utjecajem toksičnih komponenti etanola, metaboličkim promjenama u slini, hrani bogatoj nitrosaminima (soljena riba, dimljeno meso, ukiseljeno povrće i dr.), genetska predispozicija i niz drugih (124, 125). Metabolit alkohola, acetaldehid, prepoznat je kao promotor nastanka tumora (126). Alkohol zbog male molekularne građe lako prolazi kroz sluznicu, brzo se resorbira i prelazi u krv. Lako prodire u stanice, osobito u živčanom tkivu. Prema nekim autorima prodire u stanice, otapajući lipoidne stanične membrane, izmjenjuje proteinsku strukturu stanice i izaziva poremećaj njenih funkcija (9, 10, 12, 55-59, 126, 127). Svojim dehidrirajućim djelovanjem omogućuje nitrosaminima i hidrokarbonatima iz duhana lakše ulaženje u sluznicu (128, 129). Također, spominju se razlike u metaboličkom kapacitetu koji nastaje zbog urođenih genskih razlika u fazi I/II, a odnosi se na enzime za metabolizaciju i detoksifikaciju lijekova, citokrom p 450 i glutation-s-transferazu. Metabolički kapacitet za popravak DNA i polimorfizam odnosi se na gen p 53 kodon 72, a upućuje da genska konstitucija može biti predisponirajući čimbenik za razvoj tumora kod pojedinca (126, 130, 131). Osim toga, spominje se utjecaj alkohola koji može inducirati metilaciju gena p15 koji se može povezati s kancerogenezom (59, 132, 133). Novija istraživanja dokazuju da i Humani papilloma virus (HPV) može imati ulogu u nastanku tumora orofarinksa, a posebno HPV-16. Protein E 6 ima onkogenetsku ulogu i visoko rizičan tip HPV - 16 koji može povezati gen p 53, ubrzati apoptozu i oštećenje stanica (41, 61, 124, 125, 134-136).

1.6.3. Klinička slika zloćudnih tumora usne šupljine i orofarinksa

Neobično je važno obratiti pozornost na prve kliničke simptome zloćudnog tumora. Početne lezije mogu biti u obliku leukoplakije (slika 6) i eritroplakije (slika 7). Leukoplakija je bijela mrlja na sluznici, a ako kroz 2-4 tjedna ne dođe do regresije ove lezije mora se učiniti biopsija. Jedan do pet posto ovih lezija alterira u zloćudni tumor. Eritroplakija je klinički asimptomatska, često oštro ograničena, baršunasta, ravna ili uzdignuta, sjajna lezija. Sasvim mala promjena može biti zloćudni tumor, naročito u predilekcijskim mjestima za razvoj zloćudnog tumora u području tzv. "potkove". Ako ne dođe do regresije lezije kod eritroplakije unutar dva tjedna, takva se lezija može smatrati zloćudnim tumorom in situ. Možemo reći da su predpočetni karcinomi usne šupljine i orofarinksa u početku plitke ulceracije s razrovanim dnom i uzdignutim rubovima, koji svojim širenjem prodiru u dubinu uz javljanje simptoma. Ovisno o lokalizaciji govor može biti otežan, mogu se javiti smetnje pri gutanju, bolovi sa sijevanjem prema uhu, teško otvaranje usta, fiksiran jezik. Kod smetnji gutanja javlja se opasnost od aspiracije, gušenja i aspiracijske pneumonije. Bolesnik ponekad može primijetiti pojavu tragova krvi u ispljuvku, klimavost zubiju, neugodan miris iz ustiju i drugo, a neki se bolesnici javljaju tek u poodmakloj fazi bolesti kada liječenje nije moguće (slike 8 i 9) (2, 3, 63, 117, 118).



Slika 6. Leukoplakija



Slika 7. Eritroplakija



Slika 8. Zloćudni tumor s prodorom u kost



Slika 9. Zloćudni tumor u kasnoj fazi bez liječenja

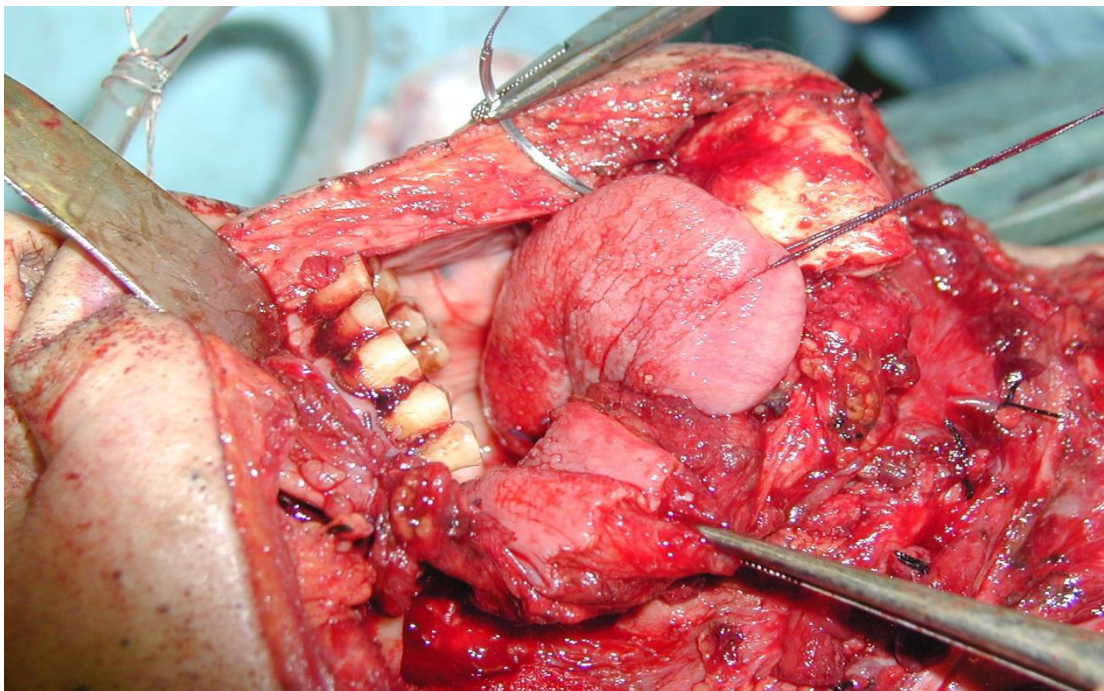
1.6.4. Dijagnostički postupci

Pri postavljanju anamneze liječnik će uzeti detaljne podatke, tako da sazna početak i trajanje bolesti. Bolesnici su skloni smanjiti vrijeme trajanja bolesti, kao i umanjiti ili negirati konzumiranje alkohola. Nakon uzete iscrpne anamneze slijedi fizikalni pregled (inspekcija, palpacija) područja usne šupljine kao i čitavog područja glave i vrata, uzimanje uzorka tkiva za histološku analizu, laboratorijski testovi uključujući i tumorske markere, te se učini radiološka obrada (kompjuterizirana tomografija - CT, magnetska rezonanca - MR, pozitronska emisijska tomografija - PET/CT). Sve ove metode imaju za cilj odrediti proširenost tumorske bolesti, veličinu i smještaj tumora, proširenost bolesti na limfne čvorove (metastaze) i na udaljene organe. Temeljem svega navedenog i utvrđivanja proširenosti tumora po TNM klasifikaciji planira se individualno liječenje kod svakog bolesnika (2, 3, 63, 117). TNM klasifikacija je opće prihvaćena metoda označavanja proširenosti pojedinog tumora (T - govori o veličini tumora, N - o nazočnosti metastaza u regionalnim limfnim čvorovima, ili M - u udaljenim dijelovima) (137, 138).

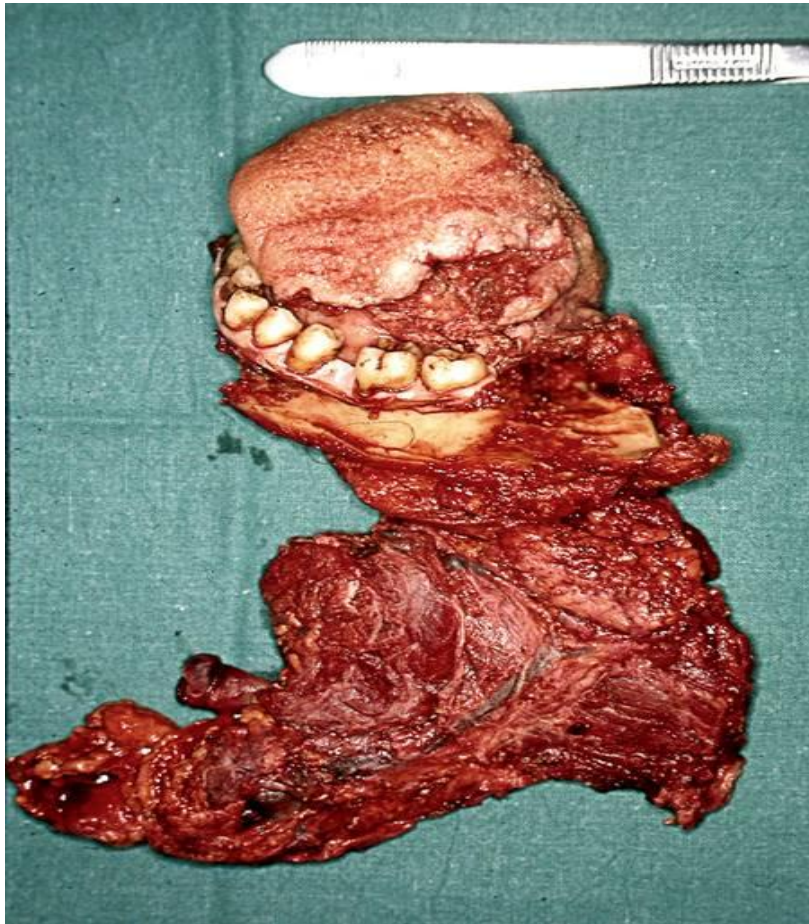
1.6.5. Liječenje zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa

Zloćudni tumor usne šupljine i orofarinksa, liječi se prvenstveno kirurški uz druge metode radioterapijom i kemoterapijom koje se uglavnom koriste u kombinaciji kao adjuvantna ili palijativna terapija (117, 139). Temelj kirurškog liječenja je radikalnost da bi rezultati bili što bolji i broj izliječenih bolesnika veći. Upravo ta radikalnost i kompleksnost regije predstavlja problem jer dolazi do izrazitog nagrđenja osobe, nastaju problemi s hranjenjem i govorom, radi se o zloćudnim tumorima koji najviše traumatiziraju bolesnika (slike 10 i 11). Nakon operacije može uslijediti gubitak funkcije gutanja (potreba za nazogastričnom sondom ili

gastrostomom), poremećena funkcija disanja (potreba za trajnom kanilom), te gubitak funkcije govora. Važno je što ranije uspostaviti sve izgubljene funkcije, a to je često moguće samo kirurškim rekonstrukcijskim postupcima koji dodatno traumatiziraju. Najveći se defekti rekonstruiraju reznjevima iz blizine ili udaljenih dijelova tijela (“sa noge u usta”) (1-3, 74, 118, 124, 140, 141).



Slika 10. Operativni zahvati vrlo su složeni



Slika 11. Odstranjen zloćudni tumor

Prognoza bolesnika sa zloćudnim tumorom usne šupljine i orofarinksa ovisi o pridruženim bolestima: emfizem pluća, gastrointestinalne bolesti, neurološke, cirkulacijske bolesti i druge. Ovisnost o alkoholu često uzrokuje simptome ustezanja i delirantne slike. U tim stanjima može zbog nemira doći do razdvajanja (dehiscijencije) šavova, komplikacija i infekcija (122, 142-145). Liječenje i rehabilitacija tih bolesnika je specifična utoliko što je to regija koja predstavlja kompleksne međudnose struktura i funkcija, a nakon kirurškog liječenja anatomske defekti ostavljaju funkcionalni defekt (141, 146). U literaturi se puno piše o režnjevima, metodama rekonstrukcije, funkcionalnim i estetskim rezultatima, a malo o

njihovom emocionalnom proživljavanju, socijalnim interakcijama (17, 23, 41, 66, 115, 127, 147-155).

Treba naglasiti da bolesnici koji su ovisnici o alkoholu i nikotinu i nakon liječenja nastavljaju s konzumiranjem alkoholnih pića i pušenjem, zbog čega je povećana sklonost za oboljenje od neovisnog primarnog tumora u gornjem aerodigestivnom traktu (23, 117, 149, 156-159).

1.7. PRIDRUŽENE PSIHIČKE BOLESTI U ZLOĆUDNIH TUMORA USNE ŠUPLJINE I ORIFARINKSA

1.7.1. Ovisnost o alkoholu

1.7.1.1. Uvod

Konzumiranje alkoholnih pića poznato je od najranijih početaka čovječanstva. Pijenje je postalo normalnim ponašanjem, a ljudsko društvo izgradilo je niz običaja i navika potvrđujući tijekom povijesti ovu tvrdnju (77-79). Alkohol svojim djelovanjem utječe na poboljšanje raspoloženja, vraća samopouzdanje i samopoštovanje. Dugotrajno konzumiranje prekomjerne količine alkohola dovodi do razvoja kronične bolesti s postupnim početkom i očitovanjem prepoznatljivih simptoma i znakova sukladno težini bolesti (75, 77, 79).

Alkoholizam je danas velik socijalno-medicinski poremećaj (160). U Hrvatskoj imamo 300 000 registriranih ovisnika o alkoholu, što predstavlja 6 % ukupnog broja stanovnika u državi (125). Prema nekim podacima, samo 2-8 % populacije nije nikada konzumiralo alkoholna

pića (77). Incidencija alkoholizma je u porastu kod žena, djece i adolescenata. Omjer među spolovima je 4:1 u korist muškaraca (75, 77, 160).

1.7.1.2. Etiologija ovisnosti o alkoholu

Uzroci ovisnosti o alkoholu su multifaktorijalni. U literaturi se najčešće spominju sljedeće teorije: biologijske (genetske, neurotransmitterske, metaboličke), psihološke (ublažavanje anksioznosti, premorbidna osobnost) i sociokulturne teorije (ističe se značaj socijalnog miljea, tradicije, običaja i pravila društva) (77, 79).

Biologijske teorije pokušavaju objasniti uzrok alkoholizma u biološkim strukturama čovjeka. Alkohol utječe na neurotransitorske sustave: inhibirajuće (GABA, glicin i adenzin) i ekscitirajuće (glutamat i aspartat). Njihova se ravnoteža mijenja tijekom pijenja, tako da u početku djeluje inhibicijski, no nakon duljeg konzumiranja alkohola mozak smanjuje inhibicijsku neurotransmisiju i pojačava ekscitirajuću. Upravo neurotransmisija utječe u konačnici na ponašanje, emocionalne reakcije, doživljavanje samoga sebe i okoline (161). Najbrojnije su genetičke teorije, koje alkoholizam nastoje protumačiti kao nasljednu bolest. Genski čimbenici najvjerojatnije utječu na individualnu razliku u reakciji na alkohol, na razliku u ponašanju pri pijenju, na različitu osjetljivost mozga i drugih tjelesnih sustava na alkohol, na brzinu eliminacije alkohola kao i stjecanje tolerancije i razvoj fizičke ovisnosti (77, 79). Psihološke teorije o uzrocima alkoholizma polaze od gledišta da je alkoholizam individualno - psihološki problem, ali da socijalni čimbenici mogu imati više ili manje utjecaja na tu pojavu. Psihodinamska teorija ističe oralnu fiksaciju i zastoj u razvoju ličnosti kao glavnu karakteristiku alkoholizma. Prema sociološkim teorijama, utjecaj okoline na biološku i psihološku strukturu vrlo je važan. U obiteljima alkoholičara veća je incidencija

alkoholizma. Čimbenici okoline utječu na uzrok pijenja i posljedično ponašanje, na stavove koje se prenose načinom odgoja djece (77, 80, 162-164). Ovisnici o alkoholu često u anamnezi imaju raspad obitelji i poremećene odnose s roditeljima (75).

1.7.1.3. Posljedice ovisnosti o alkoholu

Konsumacija alkohola dovodi do socijalnih i tjelesnih posljedica pijenja. Socijalno oštećenje reflektira se na obitelj, radnu okolinu, međuljudske odnose. Alkohol dovodi do dezinhibiranog ponašanja, gubi se sposobnost ispravnog reagiranja i mišljenja. Ponašanje prema sebi i prema drugima može biti neodgovorno (75, 77, 79, 160).

Tjelesne su posljedice prekomjernog konzumiranja alkohola rezultat toksičnog djelovanja alkohola na tjelesne organe. Oštećenje zahvaća sluznicu usta gdje počinje resorpcija alkohola, zahvaćeni mogu biti jednjak, želudac, crijeva, gušterača, jetra, srce, živčani sustav i drugi organi (75). Ovisnici o alkoholu u značajnoj mjeri poboljšavaju od zloćudnih tumora, a ako te osobe k tome još i puše, onda je u njih stopa pojavnosti još veća (165-167).

1.7.1.4. Liječenje ovisnika o alkoholu

U liječenju ovisnika o alkoholu koriste se raznovrsne individualne i grupne metode liječenja kroz razne psihoterapijske i socioterapijske tehnike, kao i medikamentozno liječenje. Najpoznatiji pristup je Hudolinov kompleksni socijalno - psihijatrijski postupak Zagrebačke škole alkoholologije (grupne psihoterapije, obiteljske terapije, terapijske zajednice, edukacije, klub liječenih ovisnika). Tijekom izvanbolničkog ili bolničkog liječenja ovisnika o alkoholu

česta je neugodna pojava - recidiv. Svaki je recidiv potrebno zasebno analizirati, kao i evaluirati program liječenja koji se provodi (168).

1.7.1.5. Prevencija ovisnosti o alkoholu

Suzbijanje alkoholizma odnosi se na suzbijanje pijenja alkoholnih pića, budući da postoji jasna povezanost između količine popijenog alkohola i broja ovisnika u jednoj zemlji. Temeljne karakteristike prevencije ne trebaju biti samo u zakonima, nego u promjeni odnosa prema uporabi alkoholnih pića. Glavni generator pijenja u našim je prilikama obitelj sa svojim običajima i navikama koje se prenose kroz generacije, kao i društvo s visokom tolerancijom prema pijenju. Treba djelovati na obitelj putem škole, medija, putem religijskih i sportskih organizacija, zdravstvene i socijalne službe s ciljem promjene rizičnog ponašanja (77, 79, 168).

1.7.2. Ovisnost o nikotinu

Između 80-90% ovisnika o alkoholu puši, a oko 70 % ovisnika o alkoholu koji puše spadaju u podskupinu “teških pušača”, koji dnevno puše više od 20 cigareta, dok je među općom populacijom 10% teških pušača. Konzumiranje alkohola u većoj mjeri povlači za sobom pušenje cigareta, nego obrnuto. “Ljudi češće puše, a da ne piju, a rijetko piju, a da ne puše” (165).

Ovisnost o nikotinu je najčešća ovisnost koja je pandemijski proširena u svim slojevima društva. Narušava psihosocijalno funkcioniranje pojedinca i njegove okoline. Hrvatska zauzima 9 mjesto po broju pušača u Europi, 30,3% stanovništva su pušači, dakle 1,2 milijuna

stanovnika. Uzroke pušenja možemo podijeliti na psihosocijalne i metaboličke (169). Nikotin je alkaloid koji modulira različite neurotransmitske sustave (dopamin, serotonin, acetilholin, glutamat) povezane s pozitivnim raspoloženjem. Teorija psihosocijalne interakcije navodi imitaciju, identifikaciju, sugestiju. Psihodinamska teorija temelji se na oralnoj fiksaciji libida kao i povezanosti osobnosti s tom ovisnošću (170). Dugotrajno pušenje uzrokuje i pogoršava različite tjelesne bolesti (169). U duhanskom dimu prisutno je oko 2 500 različitih molekula, a oko 300 se smatra karcinogeno. Najvažniji karcinogeni iz duhana su: nitrozamini, policiklički aromatski ugljikohidrati, emitirajući polonij (^{210}Po), metali u tragovima, ugljični monoksid i fenoli (126). Smatra se da je pušenje odgovorno za nastanak 90% zloćudnih tumora, naročito usne šupljine, orofarinksa i pluća (61).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

2.1. HIPOTEZA ISTRAŽIVANJA

Znakove psihopatologije koji vuku korijen u oralnoj fazi razvoja, trebali bi nalaziti u oba psihopatološka ishoda: ovisnosti o alkoholu i zloćudnim tumorima usne šupljine i orofarinksa, za razliku od osoba kojima je oralna faza razvoja protekla uredno. Za očekivati je da će bolesnici sa zloćudnim tumorom usne šupljine i orofarinksa češće koristiti nezrele obrane za uspostavljanje psihološke homeostaze. Nadalje, za očekivati je da su osobe koje su razvile zloćudni tumor usne šupljine i orofarinksa u odnosu na ovisnike o alkoholu imale lošije rane obiteljske odnose koji su bili više kažnjavajući, da je stoga mogućnost zadovoljenja emocionalnih potreba još više praćena krivnjom odnosno agresivnošću usmjerenom na "self". Unutar takve strukture osobnosti za očekivati je da će oboljeli od zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa koristiti izbjegavajući stil suočavanja, jednako tako očekuje se da osobe sa zloćudnim tumorom usne šupljine i orofarinksa imaju više recentnih frustrirajućih čimbenika separacijskog karaktera.

2.2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

U odnosu na hipotezu postavljeni su sljedeći ciljevi:

- utvrditi koliko i u kojoj mjeri će skupina ovisnika o alkoholu sa zloćudnim tumorom usne šupljine i orofarinksa u odnosu na skupinu ovisnika o alkoholu i u odnosu na zdravu populaciju imati izraženije psihološke parametre analizom kvalitete ranih obiteljskih relacija.
- utvrditi koliko i u kojoj mjeri će skupina ovisnika o alkoholu sa zloćudnim tumorom usne šupljine i orofarinksa u odnosu na skupinu ovisnika o alkoholu i u odnosu na zdravu

populaciju imati izraženije psihološke parametre analizom korištenja primitivnijeg ili zrelijeg skupa mehanizama obrane.

- utvrditi koliko i u kojoj mjeri će skupina ovisnika o alkoholu sa zloćudnim tumorom usne šupljine i orofarinksa u odnosu na skupinu ovisnika o alkoholu i u odnosu na zdravu populaciju imati izraženije psihološke parametre analizom stupnja potisnute agresivnosti.

- utvrditi koliko i u kojoj mjeri će skupina ovisnika o alkoholu sa zloćudnim tumorom usne šupljine i orofarinksa u odnosu na skupinu ovisnika o alkoholu i u odnosu na zdravu populaciju imati izraženije psihološke parametre analizom stupnja krivnje.

- utvrditi crte osobnosti u sve tri skupine ispitanika.

- ispitati u sve tri skupine ispitanika stil suočavanja (problemu usmjereno suočavanje, emocijama usmjereno suočavanje i suočavanje izbjegavanjem).

- ispitati razinu stresa u sve tri skupine ispitanika i ispitati postoje li značajno učestalije recentne stresogene situacije separacijskog tipa (gubitak, rastava).

3. ISPITANICI I METODE

3.1. ISPITANICI I POSTUPCI

U ovom prospektivnom, randomiziranom istraživanju uključeni su ispitanici koji su u periodu od 2005. do 2009. godine bili hospitalizirani na Klinici za maksilofacijalnu kirurgiju Kliničkog bolničkog centra (KBC) Rijeka s postavljenom dijagnozom zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa, a koji su ujedno bili i ovisnici o alkoholu. U razdoblju istraživanja, na Klinici za maksilofacijalnu kirurgiju KBC Rijeka, dijagnosticirano je 79 bolesnika sa zloćudnim tumorom usne šupljine i orofarinksa. Od ukupnog broja ispitanika 9 (11%) nije zadovoljilo kriterije za dijagnozu ovisnosti o alkoholu, 9 (11%) ispitanika je imalo pridruženi psihoorganski sindrom, dok je 10 (13%) ispitanika odbilo potpisati informirani pristanak te nije uvršteno u istraživanje.

Uključni kriteriji za ulazak u istraživanje bili su:

- postavljena dijagnoza zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa temeljem kliničkog pregleda prema TNM klasifikaciji (117), radiološke obrade (kompjuterizirana tomografija - CT, ultrazvuk glave i vrata) i patohistološke verifikacije maligne bolesti biopsijom;
- postavljena dijagnoza ovisnosti o alkoholu prema DSM IV - "Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje" (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (99) i to MINI upitnikom (Mini International Neuropsychiatric Interview) (171);
- odsustvo komorbidne psihičke bolesti (organski psihosindrom i psihotični poremećaj)
- potpisan informirani pristanak za sudjelovanje u ispitivanju.

Nakon probira, u istraživanje je uključen 51 bolesnik koji čini prvu skupinu ispitanika.

Dijagnozu zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa je postavio maksilofacijalni kirurg prema navedenim kriterijima. Nakon postavljene dijagnoze pozvan je psihijatar koji je obradio svakog bolesnika na Klinici za maksilofacijalnu kirurgiju, KBC Rijeka. Provedena je psihijatrijska anamneza te MINI upitnik. Bolesnici koji su zadovoljili kriterije za ulazak u istraživanje zamoljeni su za popunjavanje strukturiranog intervjua u pisanoj formi i popunjavanje četiriju samoprocjenskih testova (Upitnik životnog stila i obrambenih mehanizama – ŽS (172); Profil indeks emocija – PIE (173); Upitnik suočavanja sa stresom - COPE) (174); Ljestvica životnih događaja (Social Readjustment Rating Scale – SRRS, engl.) (175). Samoprocjenske testove su bolesnici ispunjavali na dan samog pregleda i sljedeći dan. Za sve su testove data pojašnjenja o ispunjavanju.

Za svakog je bolesnika napisan psihijatrijski nalaz te je propisana medikamentozna terapija prema nalazu.

Usporedbu s prvom skupinom ispitanika sačinjavali su ispitanici dvije kontrolne skupine odgovarajućeg spola, dobi i obrazovanja koji su uključivani na način da navedene karakteristike odgovaraju ispitnoj skupini. Probir ispitanika vršen je sve dok se nije dobio jednak broj kao u ispitnoj skupini. Ti odgovarajući ispitanici „mečirani“ su u kontrolne skupine unutar tjedan dana. Podaci o dobi i spolu svakog bolesnika uključenog u istraživanje na Klinici za maksilofacijalnu kirurgiju dati su liječnicima Odjela za ovisnosti Klinike za psihijatriju KBC Rijeka, koji bi obavijestili psihijatra. Po obavijesti psihijatra kod svih uključenih ispitanika uzeti su psihijatrijski anamnestički podaci i primijenjen je kratki strukturirani dijagnostički intervju MINI – modul za postavljanje dijagnoze ovisnosti o alkoholu, i/ili psihotičnog poremećaja.

Prvu kontrolnu skupinu (druga skupina ispitanika) sačinjavali su bolesnici liječeni u periodu istraživanja na Klinici za psihijatriju KBC Rijeka, na Odjelu za bolesti ovisnosti. U probir druge skupine ispitanika uključeno je 67 ispitanika, od čega je 9 (13%) zadovoljilo kriterije za organski psihosindrom, 4 ispitanika (6%) imala su psihotični poremećaj, a 3 (4%) ispitanika nisu potpisala informirani pristanak te nisu uvrštena u istraživanje. Ukupno 51 ispitanik u drugoj skupini zadovoljio je sljedeće uključne kriterije:

- postavljena dijagnoza ovisnosti o alkoholu prema kriterijima DSM IV – MINI upitnik,
- odsustvo organskog psihosindroma ili psihotičnog poremećaja
- potpisan informirani pristanak za sudjelovanje u ispitivanju.

Bolesnici koji su ispunili sve uključne kriterije ispunili su strukturirani intervju i sva četiri samoprocjenska testa, također kroz dva dana.

Drugu kontrolnu skupinu (treća skupina ispitanika) sačinjavali su ispitanici odabrani metodom slučajnog uzorka unutar Ambulante obiteljske medicine u Rijeci. I ova se kontrolna skupina prikupljala usporedno s bolesnicima koji su uključeni u istraživanje. Podaci o dobi i spolu svakog bolesnika uključenog u istraživanje na Klinici na maksilofacijalnu kirurgiju dati su liječnicima Odjela za ovisnosti Klinike za psihijatriju KBC Rijeka, koji bi obavijestili psihijatra. Zatim su kod svih uključenih ispitanika uzeti psihijatrijski anamnestički podaci i primijenjen je kratki strukturirani dijagnostički intervju MINI – modul za postavljanje dijagnoze ovisnosti o alkoholu, i/ili psihotičnog poremećaja.

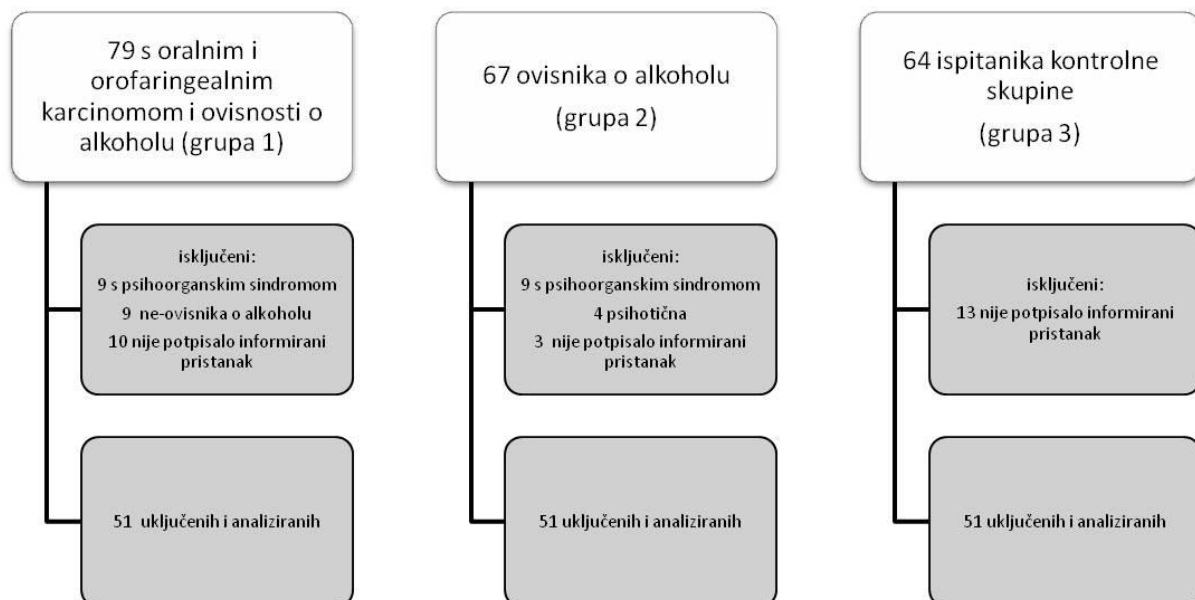
Uključni kriteriji za drugu kontrolnu skupinu bili su odsustvo ovisnosti o alkoholu, organskog psihosindroma i/ili psihotičnog poremećaja i potpisivanje informiranog pristanka za

sudjelovanje u istraživanju. U ovoj skupini kontaktirano je ukupno 64 ispitanika, od čega je njih 13 (20%) odbilo potpisati informirani pristanak.

Ispitanici koji su zadovoljili kriterije popunjavali su upitnike, koje bi vraćali sljedeći dan.

Tijekom ovog istraživanja poštivali su se temeljni etički i bioetički principi poput osobnog integriteta, pravednosti i neškodljivosti, u skladu s Nürnberškim kodeksom i najnovijom revizijom Helsinške deklaracije. Prije samog istraživanja, koje je odabrano od strane Etičkog povjerenstva KBC Rijeka i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, ispitanici su dobili usmeno objašnjenje o ciljevima istraživanja te su svoj dobrovoljni pristanak za istraživanje potvrdili potpisivanjem informirane suglasnosti.

Tijek svih ispitanika u istraživanju prikazan je na slici 12, a u tablici 1 prikazan je tijek probira ispitanika u godinama istraživanja.



Slika 12. Tijek ispitanika u istraživanju

Tablica 1. Prikaz uključivanja ispitanika u istraživanje u sve tri ispitne skupine po godinama

Skupina 1			
Godina	Probir	Isključeni	Analizirani
2005.	15	4	11
2006.	16	6	10
2007.	19	7	12
2008.	18	8	10
2009.	11	3	8
Ukupno	79	28	51
Skupina 2			
Godina	Probir	Isključeni	Analizirani
2005.	13	2	11
2006.	13	3	10
2007.	16	4	12
2008.	13	3	10
2009.	12	4	8
Ukupno	67	16	51
Skupina 3			
Godina	Probir	Isključeni	Analizirani
2005.	13	2	11
2006.	11	1	10
2007.	15	3	12
2008.	14	4	10
2009.	11	3	8
Ukupno	64	13	51

3.2. METODE

3.2.1. Instrumentarij

3.2.1.1. Strukturirani nestandardizirani upitnik

Opći demografski podaci su prikupljeni pomoću intervjua korištenjem strukturiranog nestandardiziranog upitnika kojeg su ispitanici sami ispunjavali. Ovaj je upitnik sadržavao 30 pitanja, 9 pitanja s mogućnošću biranja predloženih odgovora, 11 pitanja s ponuđenim potvrdnim ili niječnim odgovorom i 10 pitanja na koja su ispitanici odgovarali u brojčanom obliku. Osim 23 pitanja koja su se odnosila na demografske podatke (dob, spol, bračno stanje, broj djece, stručna sprema, zanimanje, zaposlenost, ekonomski status, konzumiranje alkohola, broj godina konzumiranja alkohola, vrsta pića, pušenje, pušenje tijekom života, godine pušenja, broj cigareta dnevno i drugo), 8 pitanja se odnosilo na obiteljske odnose, braću i sestre, obiteljsku anamnezu, tvrdnje teškog i ružnog djetinjstva, maltretiranje u djetinjstvu, rastavu ili gubitak roditelja, ulazak roditelja u novi brak te subjektivni ekonomski status (Prilog 8.1).

3.2.1.2. Kratki strukturirani dijagnostički intervju - MINI upitnik

Kod svih uključenih ispitanika uzeti su psihijatrijski anamnestički podaci, primijenjen je kratki strukturirani dijagnostički intervju - MINI upitnik za postavljanje psihijatrijskih dijagnoza ovisnosti o alkoholu i/ili psihotičnog poremećaja. MINI je upitnik kojeg su 1990. godine razvili kliničari i psihijatri u SAD-u i Evropi prema DSM-IV i MKB-10 (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision – ICD-10, engl.) za psihijatrijske poremećaje. Dizajniran je da zadovolji potrebu za

kratkim, ali precizno strukturiranim psihijatrijskim intervjuom za multicentrična klinička ispitivanja i epidemiološke studije. Administriranje upitnika traje oko 15 minuta (99, 171, 176, 177).

U istraživanju su se koristili adekvatni mjerni instrumenti zbog njihove jednostavnosti popunjavanja, relativne kratkoće i standardiziranosti u sličnim istraživanjima.

3.2.1.3. Upitnik životnog stila i obrambenih mehanizama (ŽS)

Za procjenu životnog stila i obrambenih mehanizama korišten je Upitnik životnog stila i obrambenih mehanizama - ŽS (Revised Questionnaire of Life Style and Defense Mechanisms -LS, engl.) - prevedena slovenska verzija autora H. Kellermana koju je pripremila T. Lamovec tijekom 1986. i 1987. godine pri Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Ljubljani. Hrvatski prijevod izradili su diplomirani psiholozi T. Hrabrič-Krajcar i M. Šop u razdoblju od 1987-1990. godine. Upitnikom se procjenjuju obrambeni mehanizmi ispitanika. Temelji se na oblicima ponašanja karakterističnim za određene obrambene mehanizme koji se izražavaju stilom života pojedinca. Tvrdnje upitnika su po sadržaju podijeljene na 8 dimenzija obrambenih mehanizama: reaktivna formacija (10 tvrdnji), negacija (11 tvrdnji), regresija (17 tvrdnji), represija (10 tvrdnji), kompenzacija (10 tvrdnji), projekcija (12 tvrdnji), intelektualizacija (12 tvrdnji) i premještanje (10 tvrdnji). Upitnik ima ukupno 92 tvrdnje na koje ispitanik odgovara s DA ili NE. Koristi se šablona s ključem za odgovore. Testiranje može biti individualno ili grupno. Administriranje testa traje oko 15 minuta. Test je normiran (prilog 8.2) (172).

Psihometrijskim provjerama dobiven je adekvatan stupanj pouzdanosti (Cronbach alpha) pojedinih skala: reaktivna formacija (0,714), negacija (0,669), regresija (0,681), represija

(0,545), kompenzacija (0,616), projekcija (0,597), intelektualizacija (0,553) i premještanje (0,739).

3.2.1.4. Profil indeks emocija (PIE)

Profil indeks emocija (PIE) autora R. Plutchika i H. Kellermana korišten je za procjenu crta osobnosti. On predstavlja test osobnosti koji na specifičan način daje niz podataka o određenim osnovnim crtama osobnosti i unutrašnjim konfliktima. Relativna snaga osnovnih crta osobnosti prikazana je kružnim profilom koji omogućava da se pojedine crte osobnosti međusobno usporede i da se utvrdi njihov relativni značaj za pojedinca. PIE je test prisilnog izbora s 12 pitanja. Pitanje predstavlja jedan par termina. Parovi su dobiveni na taj način što je 12 termina kojima su predstavljene crte osobnosti, stavljeno u sve moguće kombinacije. Ispitanik u svakom paru označuje onaj termin koji ga bolje opisuje. Za određivanje sirovih rezultata koriste se tri šablone. Kod obrade podataka dobije se i ljestvica socijalno poželjnih odgovora – pristranosti (bias). Testiranje može biti individualno ili grupno. Administriranje testa traje oko 10 - 15 minuta. Test je normiran (prilog 8.3).

Postignute su zadovoljavajuće razine pouzdanosti tipa Cronbach alpha za pojedine skale: reprodukcija (društvenost) (0,865), inkorporacija (povjerenje) (0,907), orijentacija (nekontroliranost) (0,869), zaštita (opreznost) (0,789), reintegracija (depresivnost) (0,725), odbijanje (nepovjerenje) (0,712), eksploracija (kontroliranost) (0,911), destrukcija (agresivnost) (0,852), bias (pristranost) (0,689).

Plutchik je stvorio multidimenzionalni model emocija koji se temelji na pretpostavci kako mješavina različitih emocija čini crte osobnosti. Tri jezika opisuju emocionalna stanja: subjektivni jezik, jezik osobina i funkcionalni jezik. Subjektivni jezik je model koji obuhvaća 8 osnovnih dimenzija emocija u životu osobe: strah, bijes, radost, tuga, prihvaćanje, gađenje, očekivanje, iznenađenje. Jezik osobina prati subjektivni jezik: bojažljiv, agresivan, društven, depresivan, povjerljiv, nepovjerljiv, kontroliran, nekontroliran. I funkcionalan jezik: zaštita, destrukcija, reprodukcija, reintegracija, inkorporacija, odbijanje, eksploracija, orijentacija.

Teorija pretpostavlja da crte osobnosti nastaju miješanjem osnovnih emocija, te da one variraju na nekoliko načina. Dva od njih su sličnost i suprotnost. Ova se dva odnosa između emocija mogu predstaviti pomoću "kruga emocija" u kojem miješanje emocija bliže krugu stvara manji konflikt nego miješanje emocija koje su udaljenije. Miješanje polarno suprotnih emocija povezano je s najvećim konfliktom.

Svaka je emocija podređena određenom uzorku ponašanja koji su prikazani u donjem tekstu:

Dimenzija društvenosti - reprodukcija - odražava emocionalno stanje radosti, odnosno označava doživljavanje ugone i zadovoljstva nakon zadovoljenja potrebe ili želje. Ponašanje rezultira kreativnošću i željom za toplinom, bliskim vezama s drugima. Mehanizam obrane koji se vezuje za ovu dimenziju je reaktivna formacija, a klinička manifestacija ove dimenzije je manija.

Dimenzija povjerenja - inkorporacije - odražava sugestibilnu osobu, poslušnu, lakovjernu, koji ima tendenciju unošenja objekta, koji stvara uživanje. Prihvaća stvari na osnovi njihova vanjskog dojma. Dominantan mehanizam pridružen ovom segmentu je negacija, a klinička manifestacija je histerija.

Dimenzija nekontroliranosti - orijentacije - odražava osobe sklone impulzivnom ponašanju iz neočekivanog iskustva. Mehanizam obrane koji se vezuje za ovu dimenziju je regresija, a klinička manifestacija psihopatija.

Dimenzija kontroliranosti - eksploracija - nasuprot iznenađenju, opisuje osobe koje su organizirane tako da blokiraju svoju psihičku energiju što u konačnici pokazuje bazičnu, duboku nesigurnost. Mehanizam obrane uz ovu dimenziju je intelektualizacija, a klinička je manifestacija ove dimenzije opsesivnost.

Dimenzija opreznosti - zaštite - je emocionalno stanje koje odražava strah od bolne, nepoznate situacije. Dominantan mehanizam obrane pridružen ovom segmentu je represija, potiskivanje, a klinička manifestacija je pasivnost.

Dimenzija agresivnosti - destrukcije - pokazuje težnju za napadom ili razaranjem prijetećeg ili ugrožavajućeg objekta. Agresivnost se javlja kad osoba ne može trpjeti tjeskobu te se tako oslobađa od frustrirajuće situacije. Mehanizam obrane pridružen ovoj dimenziji je premještanje, a klinička manifestacija je agresivnost.

Dimenzija depresivnosti - reintegracije - je emocionalno stanje tuge i žalosti. Ukazuje na gubitak dragih objekata. Crta žalosti na osobu djeluje blokirajuće. Od mehanizama obrane se uz ovu dimenziju vezuje kompenzacija, a klinička je manifestacija depresivnost.

Dimenzija nepovjerenja - odbijanja - pokazuje emocionalno stanje pasivno - agresivne osobe. Uz ovu se dimenziju vezuje projekcija. Klinička je manifestacija paranoidnost (106, 173).

3.2.1.5. Upitnik stilova suočavanja sa stresnim situacijama

Za utvrđivanje stilova suočavanja korišten je Upitnik stilova suočavanja sa stresnim situacijama (The Multidimensional Coping Inventory - COPE), autora Carvera, Scheidera i Weintrauba iz 1989. godine. Sastoji se od 71 pitanja koja zajedno mjere tri različita oblika suočavanja na koja ispitanik odgovara što obično čini i što doživljava u svakodnevnim stresnim situacijama. Pitanja su grupirana u tri skupine koje određuju tri oblika strategije suočavanja: problemu usmjereno suočavanje, emocijama usmjereno suočavanje i suočavanje izbjegavanjem. Ovaj su upitnik na hrvatski jezik preveli i prilagodili J. Hudek-Knežević, I. Kardum i Ž. Vukmirović s Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Rijeci. Ispitanik na svako pitanje odgovara zaokruživanjem jednog od brojeva na skali Likertovog tipa, skala od pet stupnjeva. Ispitivanje može biti individualno ili grupno. Administriranje testa traje oko 30 minuta (prilog 8.4) (174, 178,179).

Pouzdanost rezultata na sve tri skale je zadovoljavajuća (Cronbach alpha za problemu usmjereno suočavanje = 0,844, Cronbach alpha za emocijama usmjereno suočavanje = 0,809, Cronbach alpha za suočavanje izbjegavanjem = 0,787).

3.2.1.6. Ljestvica životnih događaja

Za procjenu razine stresa korištena je Ljestvica procjene socijalne prilagodbe (Social Readjustment Rating Scale – SRRS, engl.) autora T. Holmesa i R. Rahea, a sastoji se od liste 43 životnih događaja. Ispitanik obilježava one događaje koje je doživio u zadnje dvije godine. Svaki događaj ima određeni standardizirani broj jedinica (od 1 do 100). Zbrajanjem bodova pojedinih životnih zbivanja dobije se ukupan rezultat koji ukazuje na razinu doživljenog

stresa. Autori su pretpostavili da ljudi s višim stupnjem jedinica procijenjenih promjena imaju povišen rizik za razvoj bolesti. Administriranje traje 5 minuta (prilog 8.5) (175).

3.3 STATISTIČKA OBRADA PODATAKA

Za obradu podataka korišten je statistički program za društvene znanosti *SPSS 12.0 for Windows* (Chicago, SPSS Inc., 2003). Za sve korištene mjere izračunati su osnovni deskriptivni statistički parametri (aritmetička sredina i standardna devijacija). Na osnovu deskriptivnih statističkih pokazatelja te na osnovi testiranja normalnosti dobivene distribucije odredilo se hoće li daljnja statistička obrada biti parametrijska ili neparametrijska. Za testiranje odstupanja dobivenih rezultata od normalne distribucije korišten je Kolmogorov-Smirnov test. Pouzdanost mjernih instrumenata određena je na osnovu Cronbachovog Alpha koeficijenta interne konzistencije. Razlike među grupama na upitnicima testirane su u jednosmjernom analizom varijance. Testiranje značajnosti razlika između pojedinih grupa izvršeno je pomoću LSD testa. Za procjenu razlika u demografskim obilježjima između tri skupine ispitanika korišten je χ^2 test. Značajnost je testirana na razini od 0,05.

4. REZULTATI

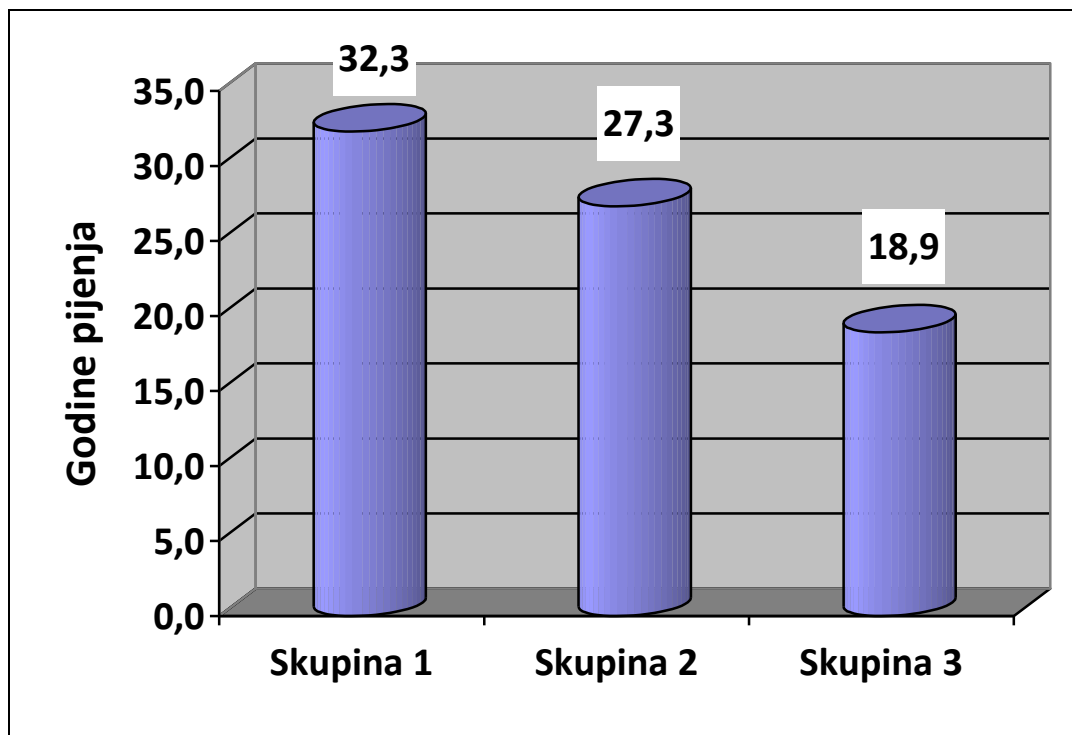
4.1. DEMOGRAFSKE OSOBINE ISPITANIKA

Prosječna dob svih ispitanika prve skupine bila je $57,02 \pm 8,87$ godina, od čega 11 (21,6%) žena i 40 (78,4%) muškaraca. Većina ispitanika imala je srednju (36 (70,6%)) ili nižu (13 (25,5%)) stručnu spremu. Zaposlenih je bilo 18 (33,3%), nezaposlenih 10 (19,6%) te 23 (45,1%) umirovljenika. Ukupno 34 (66,7%) ispitanika bilo je u braku.

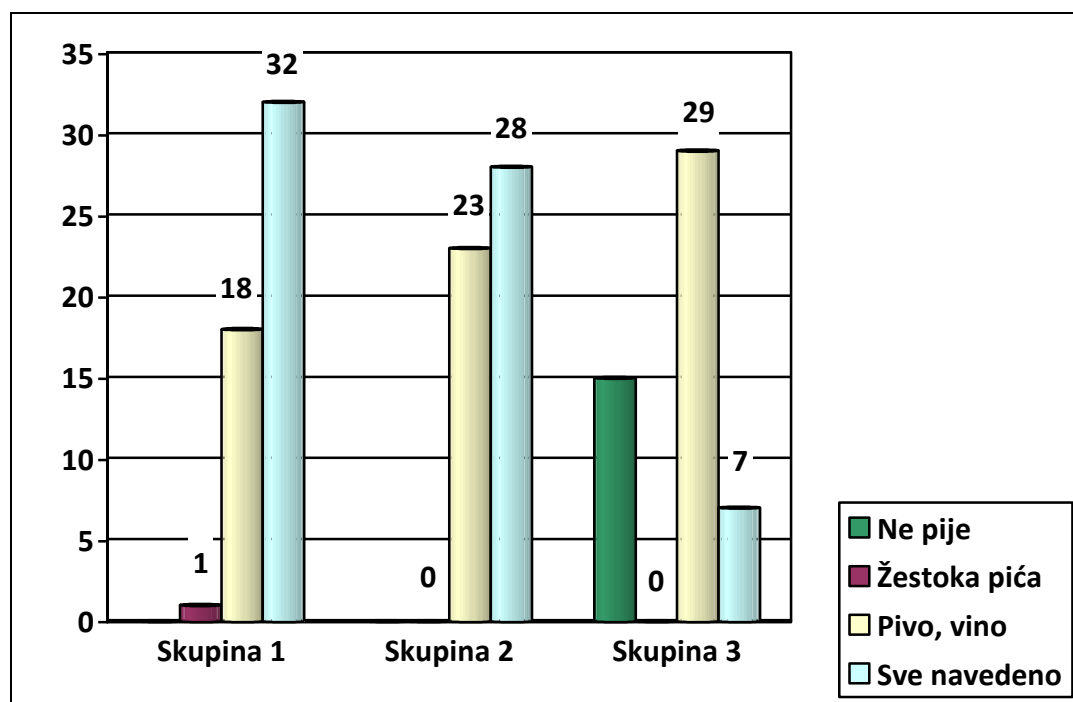
U drugoj i trećoj skupini ispitanika bilo je također po 11 (21,6%) žena i 40 (78,4%) muškaraca. Prosječna dob druge ispitne skupine bila je $56,82 \pm 8,72$ godina, a treće ispitne skupine $56,5 \pm 8,52$ godina.

U prve dvije skupine ispitanika, svi su ispitanici izjavili da konzumiraju alkoholna pića, ali u trećoj ispitnoj skupini čak 33 (64,7%) ispitanika je također odgovorilo potvrdno.

Međutim, značajno se razlikuju godine konzumiranja alkohola kao i vrsta alkoholnih pića (slike 13 i 14).

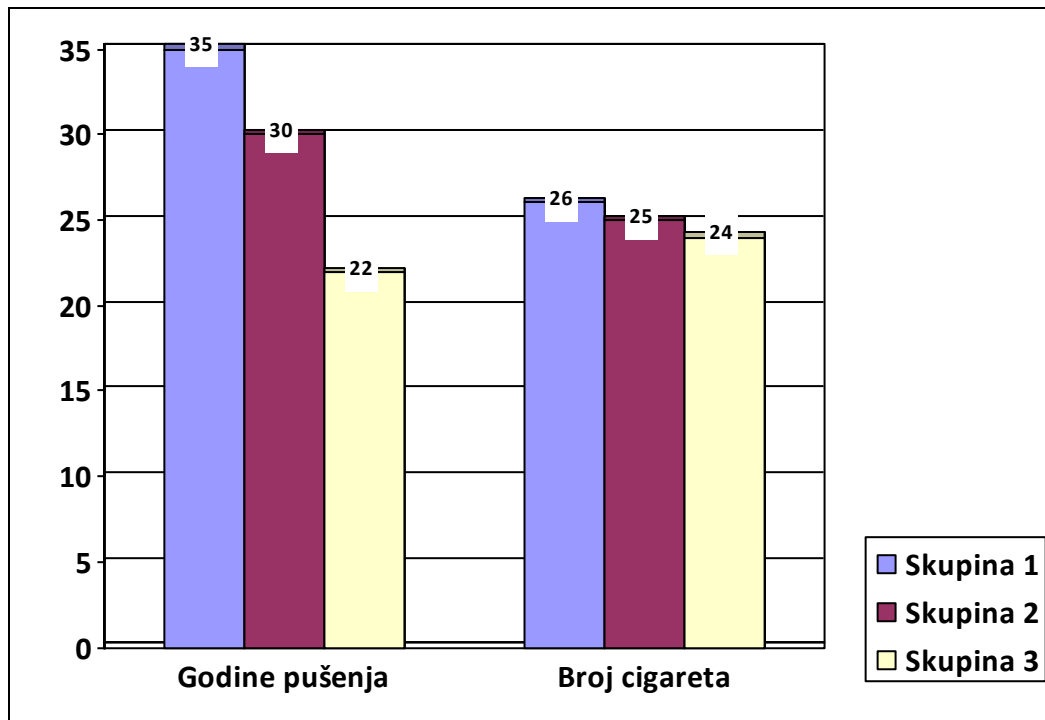


Slika 13. Godine konzumiranja alkohola. Najdulje konzumiranje alkohola prisutno je u skupini 1. Skupina 2 je konzumirala alkohol značajno kraće od skupine 1 ($p < 0,001$), a skupina 3 značajno kraće od obje skupine ($p < 0,001$).



Slika 14. Distribucija uporabe alkoholnih pića prema vrsti i ispitnim skupinama. Ispitne skupine 1 i 2 pokazuju sličnost u uporabi alkoholnih pića, dok ispitna skupina 3 pije rjeđe i najčešće ne koristi žestoka pića.

Navika pušenja čest je pratilac ovisnosti o alkoholu. U ispitnim skupinama 1 i 2 zabilježen je veliki udio pušača (grupa 1 – 49 (96,1%), grupa 2 – 42 (82,4%)), dok je značajno manje pušača bilo u ispitnoj skupini 3 – 16 (31,4%). Pušači iz te skupine pušili su kraće vremensko razdoblje, ali je broj popušanih cigareta dnevno u svim ispitnim skupinama podjednak (slika 15).



Slika 15. Distribucija pušača u ispitnim skupinama prema godinama pušenja i broju popušanih cigareta dnevno.

4.2. REZULTATI RANIH OBITELJSKIH ODNOSA

Statistička obrada demografskih podataka pokazuje da se tri skupine značajno razlikuju po obiteljskoj anamnezi (hi-kvadrat=58,852; ss=4; $p < 0,001$), po tome da li su imali teško i ružno djetinjstvo (hi-kvadrat=16,541; ss=2; $p < 0,001$), da li su maltretirani u djetinjstvu (hi-kvadrat=11,035; ss=2; $p = 0,004$), da li su izgubili roditelja (hi-kvadrat=6,491; ss=2; $p = 0,039$), da li su im roditelji ušli u novi brak (hi-kvadrat=7,778; ss=2; $p = 0,020$) i po subjektivnom ekonomskom statusu (hi-kvadrat=20,298; ss=6; $p = 0,002$) (tablica 2).

Tablica 2. Karakteristike obiteljskih odnosa triju skupina ispitanika s razlikama iskazanim hi-kvadrat testom

Skupine		1.skupina ispitanika (N=51)	2.skupina ispitanika (N=51)	3. skupina ispitanika (N=51)	hi-kvadrat test	P	
Demografski upitnik i obiteljski odnosi	braća ili sestre	Da	48	48	44	2,690	0,261
	obiteljska anamneza	karcinom	22	3	3	58,852	<0,001
		alkoholizam	14	33	13		
		drugo	14	12	20		
		bez osobitosti	1	3	15		
	teško i ružno djetinjstvo	Da	35	29	15	16,541	<0,001
	maltretirani u djetinjstvu	Da	19	16	5	11,035	0,004
	roditelji rastavljeni	Da	7	5	1	4,708	0,095
	roditelji udovci	Da	20	22	32	6,491	0,039
	roditelji u novom braku	Da	13	7	3	7,778	0,020
subjektivni ekonomski status	Niži	22	30	10	20,298	0,002	
	Prosječan	26	19	35			
	Dobar	3	2	6			

4.3. REZULTATI MEHANIZAMA OBRANE

Statistički značajna razlika među trima grupama dobivena je u korištenju mehanizama regresije ($F=5,785$; $p=0,004$), kompenzacije ($F=5,526$; $p=0,005$), intelektualizacije ($F=8,605$; $p<0,001$) i premještanja ($F=4,473$; $p=0,013$). Za provjeru između kojih grupa postoje statistički značajne razlike, kao post-hoc test upotrijebljen je LSD.

Rezultati LSD testa pokazuju da druga skupina ispitanika koristi statistički značajno više regresiju ($M=32,88\pm 13,16$) od prve skupine ($M=23,00\pm 16,12$; $p=0,001$). Između druge i treće skupine ne postoji statistički značajna razlika u korištenju regresije.

Statistički značajna razlika dobivena je kod mehanizma kompenzacije između prve skupine ($M=29,61\pm 17,43$) i druge skupine ispitanika ($M=40,78\pm 17,65$; $p=0,001$). Kod intelektualizacije statistički značajna razlika dobivena je između prve skupine ($M=67,78\pm 18,06$) i druge skupine ($M=77,06\pm 15,00$; $p=0,009$), te između druge skupine ($M=77,06\pm 15,00$) i treće skupine ispitanika ($M=62,71\pm 19,77$; $p<0,001$).

Kod obrane premještanjem statistički značajna razlika dobivena je između prve skupine ($M=16,47\pm 17,30$) i druge skupine ispitanika ($M=24,31\pm 18,79$; $p=0,030$), te između prve ($M=16,47\pm 17,30$) i treće skupine ispitanika ($M=26,67\pm 17,96$; $p=0,005$). Skupni rezultati su prikazani u tablici 3.

Tablica 3. Razlike između rezultata na ŽS-OM upitniku kod tri skupine ispitanika testiranim jednosmjernom analizom varijance i LSD testom

obrambeni mehanizmi (OM)	Skupine	N	M	SD	F	P	LSD test	P
Reaktivna formacija - neurotski mehanizam obrane	1. skupina	51	41,37	19,90	1,982	0,141	1. i 2. skupina	0,551
	2. skupina	51	43,73	16,37			1. i 3. skupina	0,180
	3. skupina	51	36,08	22,81			2. i 3. skupina	0,054
Negacija - neurotski mehanizam obrane	1. skupina	51	53,75	12,94	2,276	0,106	1. i 2. skupina	0,133
	2. skupina	51	48,94	17,46			1. i 3. skupina	0,041
	3. skupina	51	47,20	17,35			2. i 3. skupina	0,584
Regresija - primitivan mehanizam obrane	1. skupina	51	23,00	16,12	5,785	0,004	1. i 2. skupina	0,001
	2. skupina	51	32,88	13,16			1. i 3. skupina	0,076
	3. skupina	51	28,20	14,59			2. i 3. skupina	0,109
Represija - neurotski mehanizam obrane	1. skupina	51	28,24	13,37	1,145	0,321	1. i 2. skupina	0,153
	2. skupina	51	33,73	24,00			1. i 3. skupina	0,759
	3. skupina	51	29,41	19,01			2. i 3. skupina	0,261

obrambeni mehanizmi (OM)	Skupine	N	M	SD	F	P	LSD test	P
Kompenzacija - neurotski mehanizam obrane	1. skupina	51	29,61	17,43	5,526	0,005	1. i 2.skupina	0,001
	2. skupina	51	40,78	17,65			1. i 3. skupina	0,105
	3. skupina	51	35,10	15,79			2. i 3. skupina	0,093
Projekcija - primitivan mehanizam obrane	1. skupina	51	60,75	21,65	1,537	0,218	1. i 2.skupina	0,102
	2. skupina	51	68,43	18,88			1. i 3. skupina	0,766
	3. skupina	51	62,14	29,06			2. i 3. skupina	0,180
Intelektualizacija - neurotski mehanizam obrane	1. skupina	51	67,78	18,06	8,605	<0,001	1. i 2. skupina	0,009
	2. skupina	51	77,06	15,00			1. i 3. skupina	0,150
	3. skupina	51	62,71	19,77			2. i 3. skupina	<0,001
Premještanje - primitivan mehanizam obrane	1. skupina	51	16,47	17,30	4,473	0,013	1. i 2. skupina	0,030
	2. skupina	51	24,31	18,79			1. i 3. skupina	0,005
	3. skupina	51	26,67	17,96			2. i 3. skupina	0,511

4.4. REZULTATI NA PROFILU INDEKSA EMOCIJA

Statistički značajna razlika između tri grupe ispitanika nađena je na slijedećim varijablama: *reprodukcija (društvenost)* ($F=3,356$; $p=0,038$), *inkorporacija (povjerenje)* ($F=4,377$; $p=0,014$), *odbijanje (nepovjerenje)* ($F=5,941$; $p=0,003$) i *bias (pristranost)* ($F=4,517$; $p=0,012$).

Post-hoc analizom, LSD rezultati pokazuju da prva skupina ispitanika ($M=66,33\pm 25,49$) postiže značajno više rezultate na *reprodukciji* od druge ($M=52,04\pm 33,49$; $p=0,020$) i treće skupine ($M=53,42\pm 32,54$; $p=0,036$). Između druge i treće skupine ne postoji statistički značajna razlika.

Statistički značajna razlika dobivena je na *inkorporaciji*, prva skupina ispitanika ($M=73,25\pm 29,46$) postiže značajno više rezultate od druge ($M=58,47\pm 35,50$; $p=0,021$) i treće skupine ($M=55,78\pm 30,80$; $p=0,007$). Između druge i treće skupine ne postoji statistički značajna razlika.

Na *odbijanju* prva skupina ispitanika ($M=29,22\pm 23,59$) postiže značajno niže rezultate od druge ($M=48,35\pm 32,87$; $p=0,001$) i treće skupine ($M=43,94\pm 30,79$; $p=0,013$). Između druge i treće skupine ne postoji statistički značajna razlika.

Na varijabli *biasa* dobiveno je da prva skupina ispitanika postiže ($M=49,63\pm 25,50$) značajno više rezultate od druge ($M=39,04\pm 29,00$; $p=0,041$) i treće skupine ($M=34,56\pm 22,80$; $p=0,004$). I kod ove varijable između druge i treće skupine ne postoji statistički značajna razlika (tablica 4).

Tablica 4. Razlike između rezultata na PIE upitniku kod tri skupine ispitanika testiranim jednosmjernom analizom varijance i LSD testom

Crte osobnosti	Skupine	N	M	SD	F	P	LSD test	p
Reprodukcija (društvenost)	1. skupina	51	66,33	25,49	3,356	0,038	1.i 2. skupina	0,020
	2. skupina	51	52,04	33,49			1. i 3. skupina	0,036
	3. skupina	51	53,42	32,54			2. i 3. skupina	0,822
Inkorporacija (povjerenje)	1. skupina	51	73,25	29,46	4,377	0,014	1.i 2. skupina	0,021
	2. skupina	51	58,47	35,50			1. i 3. skupina	0,007
	3. skupina	51	55,78	30,80			2. i 3. skupina	0,674
Orijentacija (nekontroliranost)	1. skupina	51	19,16	19,86	1,638	0,198	1.i 2. skupina	0,519
	2. skupina	51	22,20	22,31			1. i 3. skupina	0,076
	3. skupina	51	27,60	28,30			2. i 3. skupina	0,254
Zaštita (opreznost)	1. skupina	51	56,78	21,80	0,614	0,542	1.i 2. skupina	0,270
	2. skupina	51	51,29	24,15			1. i 3. skupina	0,543
	3. skupina	51	53,74	28,81			2. i 3. skupina	0,625
Reintegracija (depresivnost)	1. skupina	51	77,14	23,62	0,285	0,752	1. i 2. skupina	0,463
	2. skupina	51	80,12	18,35			1. i 3. skupina	0,609
	3. skupina	51	79,22	18,92			2. i 3. skupina	0,826

Crte osobnosti	Skupine	N	M	SD	F	P	LSD test	p
Odbijanje (nepovjerenje)	1. skupina	51	29,22	23,59	5,941	0,003	1. i 2. skupina	0,001
	2. skupina	51	48,35	32,87			1. i 3. skupina	0,013
	3. skupina	51	43,94	30,79			2. i 3. skupina	0,451
Eksploracija (kontroliranost)	1. skupina	51	17,67	15,62	0,769	0,465	1. i 2. skupina	0,647
	2. skupina	51	19,39	16,60			1. i 3. skupina	0,222
	3. skupina	51	22,30	23,73			2. i 3. skupina	0,442
Destrukcija (agresivnost)	1. skupina	51	55,02	26,84	2,358	0,098	1. i 2. skupina	0,043
	2. skupina	51	65,65	26,68			1. i 3. skupina	0,100
	3. skupina	51	63,66	25,20			2. i 3. skupina	0,704
Pristranost (bias)	1. skupina	51	49,63	25,50	4,517	0,012	1. i 2. skupina	0,041
	2. skupina	51	39,04	29,00			1. i 3. skupina	0,004
	3. skupina	51	34,56	22,80			2. i 3. skupina	0,386

4.5. REZULTATI NA UPITNIKU SUOČAVANJA SA STRESOM

Uvidom u rezultate suočavanja sa stresom statistički značajna razlika između tri grupe ispitanika nađena je na sljedećim varijablama: *obuzdavanje suočavanja (čekanje)* ($F=3,739$; $p=0,026$), *ventiliranje emocija (fokusiranje na emocije)* ($F=3,687$; $p=0,027$), *ukupni rezultati faktora 3* ($F=3,986$; $p=0,021$), *prihvatanje* ($F=5,509$; $p=0,005$), *mentalni dezangažman* ($F=4,017$; $p=0,020$), *religija* ($F=4,527$; $p=0,012$), *upotreba alkohola/droga* ($F=11,825$; $p<0,001$) i *osamljivanje* ($F=3,448$; $p=0,034$).

Rezultati LSD testa pokazuju da prva skupina ispitanika ($M=8,71\pm 3,32$) postiže značajno veće rezultate na podskali *obuzdavanje suočavanja* od druge ($M=7,73\pm 2,61$; $p=0,014$) i ($M=7,49\pm 2,92$; $p=0,028$) treće skupine ispitanika. Između druge i treće skupine ne postoji statistički značajna razlika.

Statistički značajna razlika dobivena je na podskali *ventiliranje emocija* gdje ispitanici iz druge ($M=5,61\pm 2,17$; $p=0,048$) i ispitanici iz treće skupine ($M=5,88\pm 2,35$; $p=0,010$) postižu značajno više rezultate od ispitanika iz prve skupine ($M=4,71\pm 2,34$). Između druge i treće skupine ne postoji statistički značajna razlika.

Statistički značajna razlika dobivena je na *faktoru 3* gdje ispitanici iz prve ($M=52,90\pm 14,06$; $p=0,010$) i ispitanici iz druge skupine ($M=52,90\pm 12,37$; $p=0,048$) postižu značajno više rezultate od ispitanika iz treće skupine ($M=45,16\pm 16,75$). Između prve i druge skupine ne postoji statistički značajna razlika.

Statistički značajna razlika dobivena je podskali *prihvatanje* gdje ispitanici iz prve ($M=9,29\pm 3,04$) skupine postižu značajno više rezultate od ispitanika iz druge skupine ($M=7,24\pm 2,99$; $p=0,001$). Između prve i treće, te druge i treće skupine ne postoji statistički značajna razlika.

Statistički značajna razlika dobivena je podskali *mentalni dezangažman* gdje ispitanici iz prve (M=9,18±4,06; p=0,021) i ispitanici iz druge skupine (M=9,35±4,07; p=0,011) postižu značajno više rezultate od ispitanika iz treće skupine (M=7,35±3,70). Između prve i druge skupine ne postoji statistički značajna razlika.

Statistički značajna razlika dobivena je podskali *religija* gdje ispitanici iz prve skupine (M=7,84±5,20) postižu značajno više rezultate od ispitanika iz treće skupine (M=4,73±5,14; p=0,003). Između prve i druge, te druge i treće skupine ne postoji statistički značajna razlika.

Statistički značajna razlika dobivena je podskali *upotreba alkohola/droga* gdje ispitanici iz druge skupine (M=7,61±5,15) postižu značajno više rezultate od ispitanika iz prve (M=4,90±4,01; p=0,003) i treće skupine (M=3,35±4,17; p<0,001). Između prve i treće skupine ne postoji statistički značajna razlika.

Statistički značajna razlika dobivena je podskali *osamljivanje* gdje ispitanici iz druge skupine (M=4,69±3,11) postižu značajno više rezultate od ispitanika iz prve ispitanika (M=3,53±2,10; p=0,027) i iz treće skupine (M=3,49±2,53; p=0,022). Između prve i treće skupine ne postoji statistički značajna razlika (tablica 5).

Tablica 5. Razlike između rezultata na upitniku suočavanja sa stresom (COPE upitnik) kod tri skupine ispitanika testiranim jednosmjernom analizom varijance i LSD testom

Skale upitnika suočavanja sa stresom (COPE)	Skupine	N	M	SD	F	P	LSD test	p
<i>Faktor 1</i>	1. skupina	51	49,84	12,55	2,354	0,098	1. i 2. skupina	0,102
	2. skupina	51	45,88	13,39			1. i 3. skupina	0,042
	3. skupina	51	44,92	10,27			2. i 3. skupina	0,690
Planiranje	1. skupina	51	12,53	3,81	1,617	0,202	1. i 2. skupina	0,891
	2. skupina	51	12,43	3,81			1. i 3. skupina	0,107
	3. skupina	51	11,37	3,15			2. i 3. skupina	0,140
Aktivno suočavanje	1. skupina	51	8,98	2,37	0,548	0,579	1. i 2. skupina	0,340
	2. skupina	51	8,47	2,98			1. i 3. skupina	0,912
	3. skupina	51	8,92	2,69			2. i 3. skupina	0,399
Pozitivna reintepretacija i rast osobnosti	1. skupina	51	9,27	3,16	1,828	0,164	1. i 2. skupina	0,349
	2. skupina	51	8,71	3,07			1. i 3. skupina	0,058
	3. skupina	51	8,12	2,94			2. i 3. skupina	0,332
Obuzdavanje suočavanja (čekanje)	1. skupina	51	8,71	3,32	3,739	0,026	1. i 2. skupina	0,014
	2. skupina	51	7,33	2,61			1. i 3. skupina	0,028
	3. skupina	51	7,49	2,92			2. i 3. skupina	0,776
Potiskivanje drugih aktivnosti	1. skupina	51	10,35	3,74	2,734	0,068	1. i 2. skupina	0,039
	2. skupina	51	8,94	3,47			1. i 3. skupina	0,051
	3. skupina	51	9,02	3,04			2. i 3. skupina	0,908
<i>Faktor 2</i>	1. skupina	51	17,18	6,32	1,119	0,329	1. i 2. skupina	0,149
	2. skupina	51	19,12	7,32			1. i 3. skupina	0,682
	3. skupina	51	17,73	6,58			2. i 3. skupina	0,300
Traženje socijalne podrške iz emocionalnih razloga	1. skupina	51	5,94	2,88	1,386	0,253	1. i 2. skupina	0,122
	2. skupina	51	6,86	3,28			1. i 3. skupina	0,791
	3. skupina	51	6,10	2,79			2. i 3. skupina	0,199

Skale upitnika suočavanja sa stresom (COPE)	Skupine	N	M	SD	F	P	LSD test	p
Traženje socijalne podrške iz instrumentalnih razloga	1. skupina	51	6,53	3,17	1,115	0,331	1. i 2. skupina	0,858
	2. skupina	51	6,65	3,16			1. i 3. skupina	0,234
	3. skupina	51	5,75	3,61			2. i 3. skupina	0,172
Ventiliranje emocija (fokusiranje na emocije)	1. skupina	51	4,71	2,34	3,687	0,027	1. i 2. skupina	0,048
	2. skupina	51	5,61	2,17			1. i 3. skupina	0,010
	3. skupina	51	5,88	2,35			2. i 3. skupina	0,546
Faktor 3	1. skupina	51	52,90	14,06	3,986	0,021	1. i 2. skupina	0,999
	2. skupina	51	52,90	12,37			1. i 3. skupina	0,010
	3. skupina	51	45,16	16,75			2. i 3. skupina	0,048
Prihvatanje	1. skupina	51	9,29	3,04	5,509	0,005	1. i 2. skupina	0,001
	2. skupina	51	7,24	2,99			1. i 3. skupina	0,079
	3. skupina	51	8,20	3,36			2. i 3. skupina	0,124
Mentalni dezangažman	1. skupina	51	9,18	4,06	4,017	0,020	1. i 2. skupina	0,822
	2. skupina	51	9,35	4,07			1. i 3. skupina	0,021
	3. skupina	51	7,35	3,70			2. i 3. skupina	0,011
Ponašajni dezangažman	1. skupina	51	4,63	2,66	0,344	0,709	1. i 2. skupina	0,865
	2. skupina	51	4,76	3,18			1. i 3. skupina	0,416
	3. skupina	51	5,12	3,31			2. i 3. skupina	0,652
Negiranje	1. skupina	51	4,29	3,06	0,144	0,866	1. i 2. skupina	0,861
	2. skupina	51	4,20	2,77			1. i 3. skupina	0,599
	3. skupina	51	4,00	2,62			2. i 3. skupina	0,726
Religija	1. skupina	51	7,84	5,20	4,527	0,012	1. i 2. skupina	0,223
	2. skupina	51	6,57	5,44			1. i 3. skupina	0,003
	3. skupina	51	4,73	5,14			2. i 3. skupina	0,079
Potiskivanje emocija ili kontrola emocija	1. skupina	51	6,31	3,20	2,107	0,125	1. i 2. skupina	0,830
	2. skupina	51	6,45	3,52			1. i 3. skupina	0,099
	3. skupina	51	5,25	2,92			2. i 3. skupina	0,063

Skale upitnika suočavanja sa stresom (COPE)	Skupine	N	M	SD	F	P	LSD test	P
Upotreba alkohola/ droga	1. skupina	51	4,90	4,01	11,825	<0,001	1. i 2. skupina	0,003
	2. skupina	51	7,61	5,15			1. i 3. skupina	0,082
	3. skupina	51	3,35	4,17			2. i 3. skupina	<0,001
Humor	1. skupina	51	2,92	1,86	1,931	0,149	1. i 2. skupina	0,083
	2. skupina	51	3,71	2,41			1. i 3. skupina	0,100
	3. skupina	51	3,67	2,49			2. i 3. skupina	0,931
Osamljivanje	1. skupina	51	3,53	2,10	3,448	0,034	1. i 2. skupina	0,027
	2. skupina	51	4,69	3,11			1. i 3. skupina	0,940
	3. skupina	51	3,49	2,53			2. i 3. skupina	0,022

4.6. REZULTATI ŽIVOTNIH DOGAĐAJA

Uvidom u *stresne događaje* jednosmjernom analizom varijance među tri skupine dobila se statistički značajna razlika ($F=3,602$; $p=0,030$). Rezultati LSD testa pokazuju da ispitanici iz druge skupine ($M=265,69 \pm 177,00$) postižu statistički značajno više rezultate od ispitanika iz treće skupine ($M=188,04 \pm 146,34$; $p=0,008$) (tablica 6).

Tablica 6. Razlike između rezultata na ljestvici životnih događaja kod tri skupine ispitanika testiranim jednosmjernom analizom varijance i LSD testom

	Skupine	N	M	SD	F	P	LSD test	P
Ljestvica životnih događaja	1. skupina	51	219,86	109,40	3,602	0,030	1. i 2. skupina	0,117
	2. skupina	51	265,69	177,00			1. i 3. Skupina	0,276
	3. skupina	51	188,04	146,34			2. i 3. Skupina	0,008

5. RASPRAVA

Rezultati ovog istraživanja djelomično su potvrdili naša očekivanja.

5.1. RANI OBITELJSKI ODNOSI

Istraživanje je pokazalo lošiju kvalitetu obiteljskih relacija u ovisnika o alkoholu sa zloćudnim tumorom usne šupljine i orofarinksa u odnosu na ovisnike o alkoholu i zdrave ispitanike. Naime, ovisnici o alkoholu sa zloćudnim tumorom usne šupljine i orofarinksa (prva skupina) u odnosu na ovisnike o alkoholu (druga skupina) i zdrave osobe (treća skupina ispitanika) imala je značajnije narušene obiteljske odnose, djetinjstvo im je značajno češće bilo teško/ružno i češće su bili maltretirani i traumatizirani. Ovi rezultati u skladu su s postavljenom hipotezom.

Rezultati našeg istraživanja slični su rezultatima ranijih istraživanja koja su se bavila ranim obiteljskim odnosima ovisnika o alkoholu te učestalim maltretiranjem u njihovom djetinjstvu i psihološkim posljedicama toga u odrasloj dobi (52, 180-189).

Nadalje, istraživanje Arnolda i sur. 1990. godine pokazalo je da se iskustvo zanemarivanja, seksualnog ili drugog oblika zlostavljanja u djetinjstvu često prepoznaje u odrasloj dobi kroz brojne somatske simptome i tjelesne bolesti (190). Slične su nalaze dobili i drugi istraživači (191-194).

Prema našim rezultatima u najvećem broju slučajeva obitelji ispitanika prve skupine bile su disfunkcionalne, često bez jednog od roditelja, kod kojih je uz to bio narušen i ekonomski status. Češća traumatiziranost u djetinjstvu mogla bi ukazivati na neadekvatnu skrb i u najranijem razvojnom periodu, što bi značilo da već u oralnoj fazi (prvoj godini života) razvoja zadovoljenje potreba malog djeteta nije bila dovoljno dobro niti dovoljno

stimulirajuće za razvoj. Prema psihodinamskim konceptima ovo dovodi do fiksacija u razvojnoj fazi, u ovom slučaju oralnoj.

5.2. KORIŠTENJE OBRAMBENIH MEHANIZAMA

Sve tri skupine ispitanika koriste i primitivne i neurotske obrane. Međutim, skupine se međusobno razlikuju u profilu obrana koje koriste. U odnosu na druge dvije skupine, prva skupina značajno manje koristi regresiju i premještanje (primitivne obrane) kao obranu. S druge strane, skupina ovisnika o alkoholu u svojem obrambenom setu značajno više koristi kompenzaciju u odnosu na prvu skupinu i intelektualizaciju (neurotske obrane) u odnosu na obje skupine.

Ostali mehanizmi obrane (negacija, represija, reaktivna formacija, projekcija) podjednako su zastupljeni u svim skupinama i nema značajne razlike.

Ovo se razlikuje od rezultata istraživanja u dostupnoj literaturi, kao i od naše postavljene hipoteze da će oboljeli od zloćudnog tumora više koristiti primitivni set obrana. Tako Greenwald 1994. godine u svom istraživanju bolnički liječenih ovisnika o alkoholu pokazuje da su ovisnici od mehanizama obrane koristili premještanje u kombinaciji s regresijom, te objašnjava da su nezreli obrambeni mehanizmi ujedno i pretskazatelji agresivnosti (195), a De Fife 2006. godine ukazuje na to da nezreli mehanizmi visoko koreliraju s maladaptivnim funkcioniranjem, dovode do patologije osobnosti i narušavanja socijalnog i radnog funkcioniranja (196).

Kad je riječ o obranama koje koriste oboljeli od zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa, usporedba s literaturom je otežana činjenicom da je većina istraživanja koja su inače ispitivala

mehanizme obrane koristila različite teorijske koncepte i instrumentarij. Prema našim saznanjima, ovo istraživanje prvo je takve vrste koje je obrađivalo populaciju oboljelih od orofaringealnog karcinoma uz ovisnost o alkoholu.

Intelektualizacija kao obrana karakteristična za ovisnike o alkoholu, već je opisivana u literaturi. Rohsenow i sur. 1978. godine opisuju kako ovisnici o alkoholu koristeći se intelektualizacijom nastoje smanjiti nivo psihopatologije i teže boljem socijalnom funkcioniranju (197, 198). U psihopatološkom obimu ova obrana služi nalaženju razloga za očuvanje njihovog modela smanjivanja tjeskobe, odnosno uporabe alkohola, čak i kada "prva obrambena linija", negacija i projekcija, postane disfunkcionalna (197). Korištenje kompenzacije ovoj skupini vjerojatno omogućava simboličku i/ili stvarnu nadoknadu (alkoholom) za fantaziranu emocionalnu uskratu u mjeri koja ih donekle može zadovoljiti. Međutim, ovaj proces tada dovodi do depresivnosti, što se podudara s rezultatima u drugim radovima (183, 199-201). Oboljeli od zloćudnog tumora, međutim, nisu uspjeli razviti kompenzatorne mehanizme, što je moguće uzrokovano jačom traumatizacijom u ranom razvojnom periodu i lošijom kvalitetom ranih emocionalnih relacija s primarnim objektima (196, 202). Kod njih čak i uporaba alkohola ne uspijeva kompenzirati oralne potrebe (za ljubavlju).

Manje zastupljene obrane regresijom i premještanjem u skupini sa zloćudnim tumorom mogu značiti da ova skupina nije uopće uspjela aktivirati snažne primitivne obrane tijekom razvoja. Ovaj je nalaz zanimljiv s obzirom na to da se u literaturi regresija opisuje kao značajno zastupljena obrana općenito kod bolesnika sa zloćudnim tumorima (203-205). Jedan od razloga zašto je u ovoj skupini regresija manje zastupljena može biti i taj da oni rasterećenje putem tijela nisu uspjeli prevladati u ranim fazama razvoja. U najranijoj fazi tjeskobu dijete može prepoznati i smanjiti jedino kroz tijelo jer još nisu razvijeni drugi mentalni mehanizmi

poput obrana. Štoviše, smatra se da fiksiranost na takav način smanjivanja tjeskobe u tim slučajevima ostaje model rješavanja tjeskobe i u odraslo doba (6, 8, 13, 87). Za prevladavanje ovog načina je svakako potrebna dovoljno kvalitetna emocionalna stimulacija, a nju pruža primarni objekt, prvi njegovatelj, najčešće majka. Moguće je da negativno i nepodržavajuće okruženje o kojem smo ranije govorili nije favoriziralo premještanje negativnih emocija na manje opasne, a sigurne objekte. U disfunkcionalnim obiteljima u kojima su naši ispitanici rasli njih (takvih objekata) nije ni bilo. Izgleda da ni regresija nije mogla donijeti rasterećenje. Ona podrazumijeva povratak na periode s više psihičke energije i sigurnosti. Ako takvih perioda nema, niti regresija neće imati svoju funkciju.

Može se reći da je govor tijela prvi “govor” i emocionalni doživljaj koji dijete ima na raspolaganju i s kojim se rađa. Svi mentalni mehanizmi razvijaju se kroz stimulaciju u odnosu majka-dijete. Ako taj odnos nije zadovoljavajući i stimulirajući, razvoj obrana kao mehanizama za smanjenje tjeskobe može biti kompromitiran. Tako opisano emocionalno okruženje favorizirat će izvjesni stupanj emocionalnog umrtvljenja i disocijacije, što je zapravo glavni sadržaj aleksitimije i mehanizam “somatiziranja” emocionalnih konflikata (51, 52, 87, 116). Izgleda da upravo nedostatno korištenje nekih, u osnovi primitivnih obrana, onemogućuje skupinu ovisnika o alkoholu sa zloćudnim tumorom da premoste emocionalni govor kroz tijelo. Druga skupina ispitanika, koja je manje traumatizirana od prve, iako fiksirana na oralnoj fazi, ipak je uspjela razviti obrane kao mentalne mehanizme koji su omogućili kasniji model djelomičnog rasterećenja tjeskobe (kroz stimulaciju usne šupljine alkoholom, ali i anksiolitičkim učinkom alkohola) i time su “zaštitili” tijelo. Primarni objekti u tom slučaju ipak su bili donekle stimulativni za razvoj obrana koje se u tom periodu formiraju (121,158, 159, 206). Ovo nam pokazuje da je razvoj primitivnih mehanizama obrane jednako važan kao i razvoj neurotskih i zrelih te pokazuje da svi obrambeni obrasci

imaju svoju ulogu tijekom čovjekova razvoja (65, 97, 196, 207-210). Isto tako, može se reći da neadekvatne relacije u ranom djetinjstvu imaju svoj razorni učinak na tijelo i psihi.

5.3. ZNAČAJKE OSOBNOSTI

Rezultati u ovom istraživanju pokazuju da je društvenost kao crta osobnosti i adaptabilna funkcija izraženija u oboljelih od zloćudnog tumora usne šupljine i orofranksa. U tih osoba izraženije su emocije radosti i optimizma, a to je u skladu s rezultatima Humphrisa i Kunga koji ih u svojim radovima 2006. godine opisuju kao osobe sa smislom za humor (13, 211). Oboljeli od oralnog zloćudnog tumora u ovom se istraživanju prikazuju kao društveno prihvatljive osobe. Nasuprot tome, ovisnici o alkoholu se prikazuju kao introvertirane osobe, niskog samopoštovanja, sklone izolaciji i povlačenju, o čemu su u svojim radovima pisali Rangarajan (2008.) (162) i Herrán (2009.) (200). Ducci i sur. u svom radu 2007. godine ih opisuju kao osobe s izrazitom tjeskobom koja utječe na osobnost čak do razvoja antisocijalnog poremećaja osobnosti (78). Također, Morgenstern i sur. 1997.godine, Oboyle i sur. 1993.godine te Poldrugo i sur. 1988.godine opisuju ovisnike o alkoholu kao osobe s graničnim, paranoidnim i drugim poremećajima osobnosti (212-214).

Promatrajući povjerenje kao crtu osobnosti, ispitanici sa zloćudnim tumorom postigli su značajno više rezultate od ovisnika o alkoholu i zdravih osoba. Takvi rezultati ukazuju na to da su ispitanici sa zloćudnim tumorom sugestibilne osobe, bez pravog uvida u svoje ponašanje, u ovom slučaju bez prave percepcije stvarnog konzumiranja alkohola. Literaturni navodi sukladni su ovim rezultatima, a opisuju ih Petti i sur. 2009. godine (6), Aarstad i sur. 2002. godine (87) te Kung i sur. 2006. godine (211).

Kad je riječ o nepovjerenju kao crti osobnosti, ovisnici o alkoholu u odnosu na ispitanike sa zloćudnim tumorom postižu značajno više rezultate. To ukazuje na to da su to osobe koje

imaju narušene međuljudske odnose i koje ne prihvaćaju ideje drugih. Posebno kroz ovu se crtu osobnosti ističe njihova pasivno-agresivna komponenta koju su opisali Cangemi i sur. 2010. godine (80).

Dimenzija agresivnosti kao crta osobnosti bila je najniža u ispitanika sa zloćudnim tumorom, što ukazuje na neiskazivanje ljutnje i agresije prema okolini. Dobiveni rezultati u skladu su s postavljenom hipotezom i odgovaraju rezultatima drugih radova. Tromp i sur. 2004. godine osobe sa zloćudnim tumorom opisuju kao osobe defenzivnog, pasivnog ponašanja (12). Cogwell i sur. 2002.godine opisuju ih kao osobe koje ne pokazuju ljutnju prema van (66), a Turns i sur. 1978. godine navode da su to osobe „koje zadržavaju sve za sebe“ (121). Ovi rezultati tumačeni psihodinamskim konceptom ukazuju na moguću inhibiciju agresivnih pulzija zbog rigidnog superega što rezultira povlačenjem agresivnih i libidnih pulzija na vlastitu osobu, dok skupina alkoholičara ljutnju iskazuje otvorenije, do manifestne svadljivosti i agresivnosti.

Ispitivanjem kontroliranosti odnosno nekontroliranosti kao crte osobnosti, pokazalo se da su ispitanici sa zloćudnim tumorom postigli najniže rezultate u odnosu na obje ispitne skupine. Ovakvi rezultati ukazuju da te osobe ne planiraju budućnost, ne vole iznenađenje i promjene, što rezultira nesigurnošću i povlačenju iz socijalnih kontakata. Takve osobine i reakcije opisuju Coyne i sur. 2007.godine (215) i de Boer 1999.godine (216).

Rezultati istraživanja opreznosti kao crte osobnosti pokazali su razliku između rezultata ovisnika o alkoholu, koji postižu najniže rezultate, za razliku od ispitanika sa zloćudnim tumorom. To ukazuje na to da su ovisnici o alkoholu manje oprezni, skloni riskiranju te lako upadaju u nevolje. Zikos i sur. u svom radu 2010. godine opisuju da su ovisnici o alkoholu

impulzivne i teško usmjerive osobe (76). S druge strane, ispitanici sa zloćudnim tumorom su osobe kojima je stalo da budu prihvaćeni od okoline te zbog toga ne upadaju u neprilike, što opisuju Sharma i sur. 2008. godine (217). Ove rezultate potvrđuje i analiza pristranosti kao crte osobnosti, koja pokazuje značajno iskrivljavanje odgovora ispitanika sa zloćudnim tumorom u socijalno poželjnom smjeru.

Depresivnost kao crta osobnosti u ovisnika o alkoholu bila je najizraženija, a takvi su rezultati kad je riječ o ovisnicima poznati (218-220). Ova dimenzija na PIE ukazuje i na stupanj osjećaja krivnje. Ispitanici sa zloćudnim tumorom usne šupljine i orofarinksa postižu najniže rezultate što bi ukazivalo na njihovo “zadovoljstvo u životu”, koje ujedno može i predstavljati i dimenziju reakcije na tešku bolest. U tih bolesnika postoji pokušaj negiranja kao način suočavanja s činjenicom zloćudne bolesti, što je često prisutno kod takvih bolesnika (66, 221-224). Moguća psihodinamska interpretacija kod ovisnika o alkoholu, ali i kod ovisnika o alkoholu oboljelih od zloćudnih tumora usne šupljine i orofarinksa je da upravo deprivacija u ranom djetinjstvu zbog zanemarivanja i zlostavljanja rezultira slabim i neintegriranim self konceptom. Narušena slika o sebi pokušava se korigirati kemijski – alkoholom. To daje trenutnu bolju adaptaciju u društvu, no slika je samo privremena. Nakon ovakvog razrješenja javlja se sram koji blokira self, a predstavlja neuspješno približavanje ideal egu što u konačnici vodi u socijalnu dezintegraciju, depresiju i krivnju kao proizvod tenzije između ega i superga (53). Krivnja dalje može voditi do izolacije odnosno okretanju agresije na sebe - autodestrukciji (6, 12, 41, 121). Moguće da je upravo krivnja koja je usmjerila agresiju prema sebi razlog nižih rezultata kod skupine sa zloćudnim tumorom. Naravno, ovo je u sferi spekulacije, ali ima svoju podršku u sklopu psihodinamskog koncepta (80, 224- 227).

Možemo reći da se ovisnici o alkoholu sa zloćudnim tumorom usne šupljine i orofarinksa prema profilu crta osobnosti bitno razlikuju od skupine ovisnika o alkoholu. Dok su prvi

izražene društvenosti, sa smislom za humor, povjerljivi i sugestibilni, s potisnutom agresivnošću i krivnjom bez potrebe za kontrolom, bez izražene depresivnosti, ovisnici o alkoholu su osobe gotovo suprotnog profila. Oni su introvertirane osobe koje se izoliraju, nepovjerljive, koje izražavaju ljutnju do otvorene agresivnosti, s potrebom za kontrolom, manje oprezni, skloni riziku i s izraženom depresivnošću. U kontekstu svega do sada navedenog, mogli bismo pretpostaviti da su ovisnici o alkoholu koji su razvili zloćudni tumor imali potrebu stvoriti drugačiju sliku realiteta, i u ranijim razvojnim periodima i sada. Kod njih ne nalazimo pobunu ili izražavanje ljutnje zbog nezadovoljenih potreba tijekom razvoja. Oni sebe prihvaćaju lošim, jer nemaju mogućnosti identifikacije sa objektom. Ovisnici o alkoholu pak rade upravo suprotno, oni ne prihvaćaju svijet oko sebe, bez pokušaja pobune i bez nezadovoljstva.

5.4. STILOVI SUOČAVANJA

Ispitanici sa zloćudnim tumorom usne šupljine i orofarinksa postigli su najviše rezultate na obuzdavanju suočavanja. Takvi rezultati u ovih ispitanika su očekivani, jer se pravo suočenje s teškom dijagnozom “stavilo na čekanje”. Nadalje, rezultati iste skupine ukazuju da su to osobe koje nemaju sposobnost izraziti svoje emocije niti emocionalno stanje. Ovi rezultati govore da su se ispitanici na taj način zaštitili od patnje. Takvi se rezultati podudaraju s podacima u dostupnoj literaturi koji govore da otvoreno izražavanje emocija kod teških bolesti dovodi do povećane ranjivosti. Pritom potiskivanje emocija služi kao zaštitni faktor, o čemu su Bean i sur. pisali 1980. godine (228), Sherman i sur. 2000. godine (115) te Vos i sur. 2007. godine (221). Također je poznato da je adekvatno iskazivanje emocija kod teških bolesti povezano s boljim tjelesnim zdravljem, boljim imunološkim funkcioniranjem i boljim ishodom (229, 230, 231). Verbalizacija može transformirati neugodan događaj u informaciju koja se prihvaća, razumije, što omogućuje jednostavnije suočavanje sa stresnim događajem, u

ovom slučaju s teškom bolešću (232). Ovisnici o alkoholu postižu značajno više rezultate na iskazivanju emocija u odnosu na oboljele od zloćudnog tumora, što može ukazivati na još jedan faktor koji ih čuva od transformacije emocionalnog konflikta u tjelesni simptom – “rast tumorskih stanica” (233, 234).

Oboljeli od zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa i ovisnici o alkoholu postižu značajno više rezultate od zdravih ispitanika na suočavanju izbjegavanjem, što je u skladu s rezultatima objavljenim u dostupnoj literaturi. Suočavanje izbjegavanjem možemo intepretirati kao pretskazatelja teškog tjelesnog stanja koje ne samo da može utjecati na razvoj zloćudne bolesti, već može utjecati i na rezultate liječenja. Moss i sur. 1990. godine opisuju da ovisnici imaju tendenciju korištenja strategije suočavanja izbjegavanjem, takve se osobe samookrivljuju, neodlučne su, izoliraju afekt, pasivne su, a sve je negativno povezano s dobrom prilagodbom. Upravo alkohol im omogućuje da izbjegnu suočenje s problemom (235). Cooper 1992. godine u svom radu navodi da pozitivne strategije suočavanja daju mogućnost razvoja samopoštovanja, samopouzdanja, socijalne podrške. Nedostatak osobnih resursa i korištenje strategije suočavanja izbjegavanjem dugoročno može dovesti do loših posljedica za zdravlje osobe, kako fizičko tako i psihičko (236). Slično opisuju i Moser i sur. 1996. godine (237), Turns i sur. 1978. godine (121), Vos i sur. 2007. godine (221) te Sherman i sur. 2000. godine (115).

Rezultati ovog istraživanja pokazuju statistički značajne razlike na suočavanju izbjegavanjem: prihvaćanju, mentalnom dezangažmanu, religiji, uporabi alkohola/droga te osamljivanju.

Oboljeli od zloćudnog tumora pokazali su značajne rezultate na prihvaćanju stresnog događaja, što nije u skladu s rezultatima dostupne literature u kojoj se opisuje da su to osobe

koje koriste poricanje, što je često slučaj i kod zloćudnih tumora drugih lokalizacija (209, 221).

I oboljeli od zloćudnog tumora i ovisnici o alkoholu postigli su značajno više rezultate na mentalnom dezangažmanu što predstavlja psihološko udaljavanje od cilja. Takvo ponašanje dovodi do disfunkcionalnosti, bespomoćnosti, odustajanja od pokušaja postizanja ciljeva i rješavanja problema te pribjegavanja alkoholu. Sve zajedno rezultira samodestruktivnim ponašanjem. Naši su rezultati po pitanju korištenja mentalnog dezangažmana u skladu sa rezultatima u literaturi (13, 209, 238).

Ispitanici oboljeli od zloćudnog tumora postigli su značajno više rezultate na korištenju religije u odnosu na zdrave ispitanike, što pokazuje da su to osobe koje se oslanjaju na vjeru. Takve osobe ne sudjeluju aktivno u liječenju. Možemo reći da to izgleda kao da su sudbinu i budućnost prepustili u ruke Bogu kao konačno dosegnutom podržavajućem, moćnom i neupitnom autoritetu kojem su cijeli život težili. No, u većini slučajeva ne prestaju s konzumiranjem alkohola i pušenjem, ni nakon dijagnosticiranja bolesti. Ovisnici o alkoholu nisu pokazali značajnu religioznost, što možemo objasniti izraženijom krivnjom i sramom u odnosu na autoritet/Boga. No, prethodno opisani profil osobnosti ovisnika o alkoholu potvrđuje se i kroz odnos prema religiji, oni su i tu u opoziciji s autoritetom koji za njih nikad nije bio zadovoljavajući. Naši se rezultati djelomično slažu s rezultatima u literaturi. Pandey 2003. godine objašnjava da kroz vjeru u Boga i religijske osjećaje ispitanici izbjegavaju pravo suočavanje s teškom bolešću i od nje se udaljavaju (238), a Pheleps i sur. 2009. godine pozitivno opisuju religijsko suočavanje koje traži snagu i vođenje kroz bolest od strane Boga (239). No, u većini je istraživanja suočavanje kroz religiju bilo povezano s pozitivnim adaptacijskim ishodima. U tom slučaju dobro je liječenje osim psihosocijalnom pomoći

provoditi i duhovnim savjetovanjem što će upotpuniti holistički pristup u ovih bolesnika (66, 240, 241).

Ovisnici o alkoholu su očekivano pokazali značajno veće korištenje alkohola kao načina nošenja sa stresom, jer se zbog te ovisnosti i liječe. Niži rezultati oboljelih od zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa također su očekivani jer su to osobe koje ne percipiraju postojanje problema glede konzumiranja alkohola. Naši su rezultati u skladu s rezultatima iz literature (6, 12, 66).

Ovisnici o alkoholu pokazuju značajno veću tendenciju osamljivanja kao coping stila, a to ukazuje na sklonost izolaciji od drugih ljudi, što je u skladu s podacima u literaturi (199, 201). Suprotno očekivanjima, naši su rezultati kad je riječ o oboljelima od zloćudnog tumora i osamljivanju niži od literaturnih navoda. Međutim, ovo jest u skladu sa svim dosadašnjim pokazateljima da ova skupina treba i traži socijalnu prihvaćenost i da joj je socijalna podrška od velike važnosti. Naravno, to može biti i posljedica metodoloških razlika, jer je istraživanje provedeno prije operativnog zahvata, a druga ispitivanja u dostupnoj literaturi su uglavnom provedena nakon operativnih zahvata (66, 242, 243).

Općenito možemo reći da su strategije suočavanja važan medijator između osobnosti i ishoda liječenja te mogu dati više prostora za psihosocijalne intervencije detektirajući pozitivne resurse u bolesnika (149, 244, 245).

5.5. ŽIVOTNI DOGAĐAJI

Rezultati na ljestvici životnih događaja ukazuju na to da je skupina ovisnika o alkoholu bila više izložena stresogenim doživljajima u zadnje dvije godine života u odnosu na druge dvije skupine, što nije u skladu s postavljenom hipotezom da će oboljeli od zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa imati više recentnih frustrirajućih čimbenika nego drugi ispitanici.

No, analizirajući rezultate po česticama, i prva i druga skupina ispitanika podjednako je bila izložena stresogenim situacijama separacijskog karaktera (gubitak partnera, smrt bliskog prijatelja). Ovi se rezultati povezuju s javljanjem psihičkih ili tjelesnih bolesti što se i slaže s rezultatima u literaturi (40).

Ovisnici o alkoholu imaju više seksualnih problema, češće razdvajanje od partnera, probleme sa zakonom; mijenjali su navike i društvene aktivnosti. To su osobe sklonije rizičnijim ponašanjima bez analiziranja posljedica, što je u skladu s rezultatima u literaturi (78, 80, 212, 213).

Ispitanici sa zloćudnim tumorom usne šupljine i orofarinksa značajno su promijenili navike hranjenja, a svoju bolest doživljavaju vrlo ozbiljnom za razliku od ovisnika o alkoholu. Osim toga, iščekivanje operativnog zahvata koji je veoma mutilirajući, pokreće bezbroj strahova. I Allison 2004. i Pandey 2009. godine u svojim radovima opisuju visok distres u ovih bolesnika (243, 246).

Nadalje, kod svih ispitanika podjednako su bili prisutni problemi sa spavanjem.

Svi ispitanici bili su u financijskim problemima, a ovisnici o alkoholu više su ulazili u kredite. Ovakave rezultate na ovim česticama objašnjavamo aktualnom nepovoljnom ekonomskom situacijom u državi.

Iz svega možemo zaključiti da se psihološki parametri i crte osobnosti značajno razlikuju među promatranim skupinama, što ukazuje na važnost ovih dimenzija u patogenezi njihovih oboljenja. Ako kod oboljelih od zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa obratimo pažnju na to i detektiramo crte osobnosti, obrambeni set koji se pretežito koristi i strategije suočavanja koje osobi stoje na raspolaganju, možemo psihoterapijskim suportivnim tehnikama mobilizirati pozitivne resurse kako bi pojačali i razvili pozitivne strategije.

Također, trebalo bi omogućiti jedinstven pristup svakom bolesniku, kako u planiranju tako i tijekom liječenja, sa svim značajkama biopsihosocijalnog pristupa. Prepoznavanje mogućih problema i njihova korekcija može imati dobre rezultate na tjelesnoj, psihičkoj i socijalnoj rehabilitaciji nakon operativnog zahvata. Time bi suradljivost bolesnika i uspješnost u procesu liječenja bila veća. Ujedno bi ovim modelom prevenirali vraćanje starom obrascu ponašanja (kozumiranje alkohola, pušenju) koji je čest kod ove populacije.

Ograničenja:

Glavno ograničenje ovog istraživanja je relativno malen broj ispitanika. Za mnoge podatke ispitivanje je retrogradno. Kad je riječ o ranim obiteljskim odnosima, ovi su podaci podložni iskrivljenju sjećanja. Skupina sa zloćudnim tumorom ispitivana je u fazi neposredno nakon postavljene dijagnoze, u iščekivanju operativnog zahvata. Ispitivanje u ovoj fazi oboljenja moglo je uzrokovati značajne alteracije psiholoških odgovora na samu bolest. Skupina ovisnika o alkoholu birana je iz bolničke populacije (ovisnici o alkoholu s više problema vezanih uz alkohol), što može donekle dovesti do iskrivljenja u rezultatima. Zbog svega toga u daljnjim istraživanjima nameće se potreba za ispitavanjem psiholoških parametara u različitim fazama bolesti, osobito nakon operativnog zahvata, kao i korištenje drugog instrumentarija za ispitivanje ranih obiteljskih relacija, mehanizma obrane te crta osobnosti. Također, od koristi bi bilo provesti slična istraživanja s oboljelima od zloćudnih tumora drugih lokalizacija i usporediti rezultate.

6. ZAKLJUČCI:

1. U oboljelih od zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa utvrđena je lošija kvaliteta obiteljskih relacija u primarnoj obitelji u odnosu na skupinu ovisnika o alkoholu i u odnosu na zdravu populaciju.
2. Bolesnici sa zloćudnim tumorom usne šupljine i orofarinksa značajno manje koriste nezrele mehanizme obrane u odnosu na skupinu ovisnika o alkoholu i u odnosu na zdravu populaciju.
3. U oboljelih od zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa visoka je razina potisnute agresivnosti, što vodi u okretanje agresije prema sebi, tj. autodestrukciju te u velikoj mjeri predstavlja rizičan faktor za nastanak bolesti.
4. U oboljelih od zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa viša je razina potisnute krivnje, što vodi u okretanje agresije prema sebi - autodestrukciju te također u velikoj mjeri predstavlja rizičan faktor za nastanak bolesti.
5. Crte osobnosti imaju značajan utjecaj na nastanak i odnos prema bolesti u osoba oboljelih od zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa. Njihove se crte osobnosti bitno razlikuju u odnosu na skupinu ovisnika o alkoholu i u odnosu na zdravu populaciju.

Oboljeli od zloćudnog tumora imaju izraženiju društvenost, povjerljiviji su i sugestibilniji, bez potrebe za kontrolom i bez izražene depresivnosti.

6. Bolesnici sa zloćudnim tumorom usne šupljine i orofarinksa značajno više koriste strategije suočavanja izbjegavanjem, što predstavlja rizičan faktor u razvoju zloćudnog tumora.

7. U oboljelih od zloćudnog tumora usne šupljine i orofarinksa razina stresa nije predstavljala rizik za razvoj bolesti.

7. LITERATURA:

1. Virag M i sur. Kako poboljšati kvalitetu života bolesnika s rakom glave i vrata. U: Virag M, ur. Kirurško liječenje tumora glave i vrata. Hrvatsko društvo za maksilofacijalnu plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju glave i vrata. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2006, str. 6-13.
2. Shah JP. Cancer of the Head and Neck. Atlas of clinical oncology. Hamilton-London: BC Decker Inc; 2001, str.100-146.
3. Myers EN, Suen JY, Myers JN, Hanna EYN. Cancer of the head and neck. Philadelphia: Saunders-Elsevier; 2003, str. 279-428.
4. Hammerlid E, Ahlner-Elmqvist M, Bjordal K i sur. A prospective multicentre study in Sweden and Norway of mental distress and psychiatric morbidity in head and neck cancer patient. *B J Cancer* 1999;80(5-6):766-74.
5. Haman KL. Psychological distress and head and neck cancer: part1- review of the literature. *J Support Oncol* 2008;6(4):155-63.
6. Petti S. Lifestyle risk factors for oral cancer. *Oral Oncol* 2009;45(4-5):340-50.
7. Romberger DJ, Grant K. Alcohol consumption and smoking status: the role of smoking cessation. *Biomed Pharmacother* 2004;58(2):77-83.
8. Wood S, Bisson JI. Experience of incorporating a mental health service into patient care after operations for cancers of the head and neck. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004;42(2):149-54.
9. Menvielle G, Luce D, Goldberg P, Bugel I, Leclerc A. Smoking, alcohol drinking and cancer risk for various sites of the larynx and hypopharynx. A case control study in France. *Eur J Cancer Prev* 2004;13(3):165-72.
10. Viswanathan H, Wilson JA. Alcohol – the neglected risk factor in head and neck cancer. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2004;29(4):295-300.

11. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001;10(1):19-28.
12. Tromp DM, Brouha XD, De Leeuw JR, Hordijk GJ, Winnubust JA. Psychological factors and patient delay in patients with head and neck cancer. *Eur J Cancer* 2004;40(10):1509-16.
13. Humphris GM, Ozakinci G. Psychological responses and support needs of patients following head and neck cancer. *Int J Surg* 2006(1);4:37-44.
14. Akechi T, Nakano T, Okamura H i sur. Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Jpn J Clin Oncol* 2001;31(5):188-94.
15. Tancredi O, Bralla E. Psychology and the cancer patient. *Minerva Psychiatr* 1992;33(3):207-15.
16. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Psychoneurology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosom Med* 2002;64(1):15-28.
17. Pasnau OR, Fawzy FI, Skotzko CE, Strouse BT, Wellisch KD, Hoffman KA. Surgery and Surgical Subspecialties. U: Rundell RJ, Wise GM, ur. *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press 1996; str. 608-39.
18. Fawtzy FI, Greenberg DB. Oncology. U: Rundell RJ, Wise GM, ur. *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press 1996; str. 672-94.
19. Tacom AM. Attachment and cancer: a conceptual integration. *Inter Cancer Ther* 2002;1(4):387-91.
20. Jadoulle V, Ogez D, Rokbani L. Cancer, a defect of the psyche? *Bull Cancer* 2004;91(3):249-56.
21. Taylor GJ. Psychoanalysis and psychosomatics: a new synthesis. *J Am Acad Psychoanal* 1992;20(2):251-75.

22. Gregurek R. Psihodinamski razvoj čovjeka i bolest. U: Gregurek R, ur. Suradna i konzultativna psihijarija. Zagreb: Školska knjiga; 2006, str. 25-71.
23. Humphris G. Head and neck cancer. U: Geoffrey L, Guthrie E, ur. Handbook of Liaison Psychiatry. New York: Cambridge University Press; 2007, str. 564-91.
24. McDougall J. Theatres of the body: a psychoanalytic approach to psychosomatic illness. London: Free Association Books; 1989.
25. Massie MJ, Greenberg DB. Oncology. U: Levenson LJ, ur. Textbook of Psychosomatic Medicine. Washington: American Psychiatric Publishing; 2005, str. 517-34.
26. Pernar M. Razvojne teorije. U: Pernar M, Frančišković T, ur. Psihološki razvoj čovjeka. Rijeka: Medicinski fakultet - Sveučilište u Rijeci; 2008.
27. Grković J, Moro Lj, Frančišković T, Galić-Miljanović R. Suradna psihijatrija. U: Moro Lj, Frančišković T, ur. Psihijatrija. Rijeka: Glosa; 2004, str. 216-22.
28. Deutsch F. The use of the psychosomatic concept in medicine. Bull Johns Hopkins Hosp 1947;80(1):71-85.
29. Cividini-Stranić E. Psihosomatska medicina. U: Blažević D, Cividini-Stranić E, Klain E, Nikolić S, Bućan N, ur. Dinamska psihologija i psihoterapija. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu; 1975.
30. Murray JB. Psychosomatic aspects of cancer: an overview. J Genet Psychol 1980;136:185-94.
31. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology 2002;39(3):281-91.
32. Gottlieb RM. Psychosomatic medicine: the divergent legacies of Freud and Janet. J Am Psychoanal Assoc 2003;51(3):857-81.
33. Begovac I, Votava-Raić A. Opća psihosomatika u dječjoj i adolescentnoj dobi. Liječ Vjesn 2004;126(1-2):32-8.

34. Novack DH. Realizing Engel's Vision: psychosomatic medicine and the education of psychosomatic healers. *Psychosom Med* 2003;65(6):925-30.
35. Fava GA, Sonino N. Psychosomatic Assessment. *Psychother Psychosom* 2009;78(6):333-41.
36. Wolf HH. Basic psychosomatic concept. *Postgraduate Medical Journal* 1971;47:525-32.
37. Grković J. Strategije prilagodbe kao posrednici u cjelovitom oporavku srčanih bolesnika (disertacija). Rijeka, Hrvatska: Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet Rijeka; 2005.
38. Breitbart WS, Alici Y. Psycho-oncology. *Harv Rev Psychiatry* 2009;17(6): 361-76.
39. Hawkins DR. Specificity revisited: personality profiles and behavioral issues. *Psychother Psychosom* 1982;38(1):54-63
40. Lauterbach D, Vora R, Rakow M. The relationship between posttraumatic stress disorder and self-reported health problems. *Psychosom Med* 2005;67(6):939-47.
41. Lydiatt WM, Moran J, Burke WJ. A Review of depression in the head and neck cancer patient. *Clin Adv Hematol Oncol* 2009;7(6):397-403.
42. Meissner WW. Psychoanalysis and the mind-body relation: Psychosomatic perspectives. *Bull Menninger Clin* 2006;70(4):295-315.
43. Figueira ML, Ouaknin S. From psychosomatic to psychological medicine: what's the future? *Curr Opin Psychiatry* 2008;21(4):412-6.
44. Fava GA, Sonino N. Psychosomatic medicine. *Int J Clin Pract* 2010;64(8):1155-61.
45. Kaltreider NB, Horowitz MJ. The response to stress. *Compr Ther* 1977;3(6):38-40.
46. Baltrusch HJ. The psychosomatic approach toward cancer: Present status. Ljubljana: V Kongres onkologa Jugoslavije, 1979, knjiga sažetaka.

47. Gregurek R. Suradna (Liaison) psihijatrija. U: Klain E. i sur. Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing; 1999, str. 371-403.
48. Groves SM, Muskin RP. Psychological responses to illness. U: Levenson LJ, ur. Textbook of Psychosomatic Medicine. Washington: American Psychiatric Publishing; 2005, str. 67-88.
49. Aisenstein M, Smadja C. Conceptual framework from the Paris Psychosomatic School: a clinical psychoanalytic approach to oncology. *Int J Psychoanal* 2010;91(3):621-40.
50. Nemiah JC. A psychodynamic view of psychosomatic medicine. *Psychosom Med* 2000;62(3):299-303.
51. Sifneos PE. The prevalence of "alexithymic" characteristic in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973;22(2):255-62.
52. Thorberg FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers M, Connor JP, Feeney GF. Alexithymia, craving and attachment in heavy drinking population. *Addict Behav* 2010;36(4):427-30.
53. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in the „decade of the brain“. *Am J Psychiatry* 1992;149(8):991-8.
54. Grassi L, Sabato S, Rossi E, Biancosino B, Marmai L. Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research in oncology. *Psychother Psychosom* 2005;74(2):100-7.
55. Visapaa JP, Götte K, Benesova M i sur. Increased cancer risk in heavy drinkers with the alcohol dehydrogenase 1C*1 allele, possibly due to salivary acetaldehyde. *Gut* 2004;53(6):871-6.
56. Carretero Peláez MA, Esparza Gómez GC, Figuero Ruiz E, Cerero Lapiedra R. Alcohol – containing mouthwashes and oral cancer. Critical analysis of literature. *Med Oral* 2004;9(2):120-3.

57. Castellsagué X, Quintana MJ, Martínez MC i sur. The role of type of tobacco and type of alcoholic beverage in oral carcinogenesis. *Int J Cancer* 2004;108(5):741-9.
58. Rodríguez T, Altieri A, Chatenoud L i sur. Risk factors for oral and pharyngeal cancer in young adults. *Oral Oncol* 2004;40(2):207-13.
59. Chang HW, Ling GS, Wei WI, Yuen AP. Smoking and drinking can induce p 15 methylation in the upper aerodigestive tract of healthy individuals and patients with head and neck squamous cell carcinoma. *Cancer* 2004;1:101(1):125-132.
60. Bonacchi A, Rossi A, Bellotti L i sur. Assessment of psychological distress in cancer patients: a pivotal role for clinical interview. *Psychooncology* 2010;19(12):1294-302.
61. Auer I. Rak. U: Cooper GM, Hausman RE, ur. Stanica. Zagreb: Medicinska naklada, Biblioteka sveučilišni udžbenici; 2010, str. 725-71.
62. McKechnie, Robins RA, Eremin O. Immunological aspects of head and neck cancer: biology, pathophysiology and therapeutic mechanisms. *Surgeon* 2004;2(4):187-207.
63. Juretić M, Car M, Žgaljardić Z, Šustić A. Subjective problems of patients associated with treatment of maxillofacial malignancies. *Radiol Oncol* 1993; 27:111-4.
64. Herschbach P, Keller M, Knight L i sur. Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer* 2004;91(3):504-11.
65. Greenberg RP, Dattore PJ. Do alexithymic traits predict illness? *J Nerv Ment Dis* 1983;171(5):276-9.
66. Cogwell R, Franke KA. Psychological and psychosocial implications of head and neck cancer. The internet journal of mental health ISSN:1531-2941. Available at:

http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_mental_health/volume_1_number_2_3_4/article/psychological_and_psychosocial_implications_of_head_and_neck_cancer.html

Accessed:13 February 2009.

67. Vidović V. Razvoj ličnosti. U: Nikolić S, Klain E, Vidović V, ur. Osnove medicinske psihologije. Zagreb; 1990, str. 48-81.
68. Blanck G, Blanck R. Ego-psihologija. Zagreb: Biblioteka psiha; 1985, str. 29-58.
69. Kaplan IH, Sadock JB, Grebb AJ. Synopsis of psychiatry, Behavioral sciences, Clinical psychiatry; Seventh edition; Baltimore; Williams and Wilkins 1994; 52:1189-95.
70. McLean LM, Hales S. Childhood trauma, attachment style, and couple's experience of terminal cancer: case study. Palliat Support Care 2010;8(2):227-33.
71. Klikovac T, Djurdjevic A. Psychological aspects of the cancer patient's education: thoughts, feelings, behavior and body reactions of patients faced with diagnosis of cancer. J BUON 2010;15(1):153-6.
72. Zeldow PB. Psychodynamic Approaches to Human Behavior. U: Wedding D, Stuber ML, ur. Behavior and medicine. 5th Revised edition Hogrefe Publishing GmbH 2010;Chapter 10:Part 2, str. 132-44.
73. Spitz RA. Anaclitic depression; an inquiry into a genesis of psychiatric conditions in early childhood. Psychoanal Study Child 1946;2:313-41.
74. Katz MR, Irish JC, Devins GM, Rodin GM, Gullane PJ. Psychosocial adjustment in head and neck cancer: the impact of disfigurement, gender and social support. Head Neck 2003;25(2):103-12.
75. Moro Lj, Gudelj L. Mentalni poremećaji izazvani psihoaktivnim tvarima. U: Moro Lj, Frančišković T. i sur. Psihijatrija. Rijeka: Glosa; 2004, str. 138-163.
76. Zikos E, Gill KJ, Charney DA. Personality disorders among alcoholic outpatients: prevalence and course in treatment. Can J Psychiatry 2010;55(2):65-73.
77. Jukić V. Alkoholizam. U: Hotujac Lj, ur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006, str. 117-141.

78. Ducci I, Enoch MA, Funt S, Virkkunen M, Albaugh B, Goldman D. Increased anxiety and other similarities in temperament of alcoholics with and without antisocial personality disorder across three diverse population. *Alcohol* 2007;41(1):3-12.
79. Lang B. Alkoholizam. U: Muičević V, ur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinka naklada; 1995, str. 391-405.
80. Cangemi S, Giorgi I, Bonfiglio NS, Renati R, Vittadini G. Impulsiveness and time perception in alcohol dependent patients in alcoholic rehabilitation treatment. *G Ital Med Lav Ergon* 2010;32 (3Suppl B):23-28.
81. Graovac M, Moro Lj, Tić – Bačić T. Razvoj ličnosti. U: Moro Lj, Frančišković T. i sur. Psihijatrija. Rijeka: Glosa; 2004, str. 33-47.
82. Downey TW. Early objects relations into objects. *Psychoanal Study Child* 2001;56:36-67.
83. Cividini – Stranić E. Razvoj i struktura ličnosti U: Blažević D, Cividini-Stranić E, Beck-Dvoržak M, ur. Medicinska psihologija. Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada; 1979, str. 33-54.
84. Santrock JW. Psychology. Chicago: Times Mirror Higher Education Group; 1997, str. 301-55.
85. Eisner H. Croup, a disorder of the anal phase of development. A contribution to our understanding of the psychosexual development of the larynx. *Psychoanal Study Child* 1998;53:233-53.
86. Nikolić S. Psihijatrija dječje i adolescentne dobi. Zagreb: Školska knjiga; 1991.
87. Aarstad HJ, Heimdal JH, Aarstad AK, Olofsson J. Personality traits in head and neck squamous cell carcinoma patients in relation to the disease state, disease extent and prognosis. *Acta Otolaryngol* 2002;122(8):892-9.

88. Duffy SA, Ronis DL, Valenstein M i sur. A tailored smoking, alcohol, and depression intervention for head and neck cancer patients. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15(11):2203-8.
89. Gregurek R. Mehanizmi obrane U: Gregurek R, ur. Suradna i konzultativna psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga; 2006, str. 36-42.
90. White VM, English DR, Coates H, Lagerlund M, Borland R, Giles GG. Is cancer risk associated with anger control and negative affect? Findings from a prospective cohort study. *Psychosom Med* 2007;69(7):667-74.
91. Nikolić S. Adolescence. The problem of identity and development of the self. *Psychiatr Infant* 1987;30(2):489-500.
92. Amiot CE, de la Sablonnière R, Terry DJ, Smith JR. Integration of social identities in the self: toward a cognitive-developmental model. *Pers Soc Psychol Rev* 2007;11(4):364-88.
93. Tić – Bačić T. Utjecaj estetskih operacija na strukturu ličnosti. Magistarski rad. Rijeka, Hrvatska: Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet Rijeka; 1999.
94. Bohleber W. Identity and the self. The importance of recent developmental research for the psychoanalytic theory of the self. *Psyche (Stuttg)* 1992;46(4):336-65.
95. Nikolić S. Mentalni mehanizmi. U: Klain E, ur. Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing 1999;233-236.
96. Baumeister RF, Dale K, Sommer KL. Freudian defense mechanisms and empirical findings in modern social psychology: reaction formation, projection, displacement, undoing, isolation, sublimation, and denial. *J Person* 1998;66(6):1081-124.
97. Graovac M, Pernar M, Moro Lj, Petrić D, Ružić K, Giroto I, Frančičković T. Changes of adolescents' defence mechanisms during the first year of high school education. *Coll Antropol* 2006;30(1):75-80.

98. Freud S. The neuro-psychoses of defense. The standard edition of the complete works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press: In J Strachey 1962;3:161–85.
99. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4. revidirano izd. Washington DC: American Psychiatric Press; 2000.
100. Graovac M. Stilovi suočavanja sa stresom tijekom srednje faze adolescencije u srednjoškolaca. Doktorski rad. Rijeka, Hrvatska: Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet Rijeka; 2002.
101. Erdelyi MH. Defense processes can be conscious or unconscious. *Am Psychol* 2001;56(9):761-2.
102. Urlić I. Mehanizmi obrane. U: Klain E, ur. Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing; 1999, str. 254-67.
103. Plutchik R, Kellerman H, Conte HR. A structural theory of ego defenses and emotions. U: Izard CE, ur. Emotions in personality and psychopathology. New York: Plenum Press; 1979.
104. Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43(8):786-94.
105. Conte HR, Plutchik R, Dragunus JG. The measurement of ego defences in clinical research. U: Hentschel U, Smith G, Draguns JG, Ehlers W, ur. Defense mechanisms - theoretical, research and clinical perspectives. London: Elsevier; 2007, str. 393-414.
106. Kellerman H, Plutchik R. Emotion-trait interrelations and the measurement of personality. *Psychol Rep* 1968;23(3):1107-14.
107. Kocijan-Lovko S, Gregurek R, Karlović D. Stress and ego-defense mechanisms in medical staff at oncology and physical medicine departments. *Eur J Psychiat*. 2007;21(4):279-86. Available at:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632007000400005

Accessed: 7 November 2007.

108. Balek Kovačić S. Stres i suočavanje kod ovisnika o opijatima (diplomski rad). Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilište u Zagrebu; 2004.
109. List MA, Lee Rutherford J, Stracks J, Haraf D, Kies MS, Vokes EE. An exploration of the pretreatment coping strategies of patients carcinoma of the head and neck. *Cancer* 2002;95(1):98-104.
110. Rončević - Gržeta I. Liječenje kroničnih duševnih poremećaja uvjetovanih ratnom psihičkom traumom Doktorski rad. Rijeka, Hrvatska: Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet Rijeka; 2003.
111. Lazarus RS. Emotions and interpersonal relationship: toward a person – centered conceptualization of emotions and coping. *J Pers* 2006;74(1):9-46.
112. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol* 1990;58(5):844-54.
113. Lipowski ZJ. History of Consultation - Liaison Psychiatry. U: Rundell JR, Michael MG, ur. *Textbook of Consultation - Liaison Psychiatry*. Washington DC- London: American Psychiatric Press; 1998, str. 3-11.
114. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol* 1993;44:1-21.
115. Sherman AC, Simonton S, Adams DC, Vural E, Hanna E. Coping with head and neck cancer during different phases of treatment. *Head Neck* 2000;22(8):787-93.
116. de Leeuw JR, de Graeff A, Ros WJ, Blijham GH, Hordijk GJ, Winnubst JA. Prediction of depressive symptomatology after treatment of head and neck cancer: the influence of pre-treatment physical and depressive symptoms, coping, and social support. *Head Neck* 2000;22(8):799-807.

117. Virag M. Maligni tumori. U: Bagatin M, Virag M, ur. Maksilofacijlna kirurgija. Zagreb: Školska knjiga; 1991, str. 133-176.
118. Shah JP, Patel SG. Head and Neck Surgery and Oncology. Edinburgh: Mosby; 2003, str. 173-394.
119. Prakin DM, Ferlay J, Curado MP i sur. Fifty years of cancer incidence: CI5 I-IX. *Int J Cancer* 2010;127(12):2918-27.
120. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Registar za rak. Incidencija raka u Hrvatskoj 2006, Bilten br.31 Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2008, str. 18-25.
121. Turns D, Sands RG. Psychological problems of patients with head and neck cancer. *J Prosthet Dent* 1978;39(1):68-73.
122. Duffy SA, Ronis DL, Valenstein M i sur. Depressive symptoms, smoking, drinking, and quality of life among head and neck cancer patients. *Psychosomatics* 2007;48(2) 142-48.
123. Freedman ND, Schatzkin A, Leitzmann MF, Hollenbeck AR, Abnet CC. Alcohol and head and neck cancer risk in prospective study. *Br J Cancer* 2007;96(9):1469-74.
124. Mao L, Hong WK, Papadimitrakopoulou VA. Focus on head and neck cancer. *Cancer cell* 2004;5(4):311-6.
125. Savić-Pavičin I, Karlović D, Buljan D. Alcoholism and Oral Health. *Alcoholism* 2010;46(2):93-100.
126. Das BR, Nagpal JK. Understanding the biology of oral cancer. *Med Sci Monit* 2002;8(11):258-67.
127. Hutton JM, Williams M. An investigation of psychological distress in patients who have been treated for head and neck cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2001;39(5):333-9.
128. Hecht SS. Approaches to cancer prevention based on an understanding of N-nitrosamine carcinogenesis. *Proc Soc Exp Biol Med* 1997;216(2):181-91.

129. Wogan GN, Hecht SS, Felton JS, Conney AH, Loeb LA. Environmental and chemical carcinogenesis. *Semin Cancer Biol* 2004;14(6):73-486.
130. Scully C, Field JK, Tanzawa H. Genetic aberrations in oral or head and neck squamous cell carcinoma (SCCHN): 1. Carcinogen metabolism, DNA repair and cell cycle control. *Oral Oncol* 2000;36(3):256-63.
131. Gasco M, Crook T. The p53 network in head and neck cancer. *Oral Oncol* 2003;39(3):222-31.
132. Chin D, Boyle GM, Theile DR, Parsons PG, Coman WB. Molecular introduction to head and neck cancer (HNSCC) carcinogenesis. *Br J Plast Surg* 2004;57(7):595-602.
133. Califano J, Westra W, Meininger G, Corio R, Koch WM, Sidransky D. Genetic progression and clonal relationship of recurrent premalignant head and neck lesions. *Clin Cancer Res* 2000;6(2):347-52.
134. Ritchie JM, Smith EM, Summersgill KF i sur. Human papillomavirus infection as a prognostic factor in carcinomas of the oral cavity and oropharynx. *Int J Cancer* 2003;104(3):336-44.
135. St Guily JL, Jacquard AC, Pr etet JL i sur. Human papillomavirus genotype distribution in oropharynx and oral cavity cancer in France – The EdiTH VI study. *J Clin Virol* 2011;51(2):100-4.
136. Cordes C, Von Lingen J, G or ogh T, Ambrosch P, Gottschlich S, Hoffmann M. Molecular and immunological aspects of p53 and p53 – autoantibodies in head and neck squamous cell carcinoma. *Oncol Rep* 2009;22(6):1299-303.
137. Sobin LH, Witterkind C. TNM Classification of malignant tumours. New York: Wiley-Liss; 1997.
138. Wittekind C, Greene FL, Hutter RV, ur. TNM Atlas. Berlin: Springer; 2004, str. 5-50.

139. Schofield CP, Sykes AJ, Slevin NJ, Rashid NZ. Radiotherapy for head and neck cancer in elderly patients. *Radiother Oncol* 2003;69(1):37-42.
140. Schliephake H, Jamil MU. Prospective evaluation of quality of life after oncologic surgery for oral cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2002;31(3):427-33.
141. Vartanian JG, Carvalho AL, Carvalho SM, Mizobe L, Magrin J, Kowalski LP. Pectoralis major and other myofascial/myocutaneous flaps in head and neck cancer reconstruction: experience with 437 cases at a single institution. *Head Neck* 2004;26(12):1018-23.
142. Ganly I, Patel SG, Singh B i sur. Complications of craniofacial resection for malignant tumors of the skull base: report of an International Collaborative Study. *Head Neck* 2005;27(6):445-51.
143. Mukerji SS, Duffy SA, Fowler KE, Khan M, Ronis DL, Terrell JE. Comorbidities in head and neck cancer: agreement between self-report and chart review. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;136(4):536-42.
144. Yamagata K, Onizawa K, Yusa H, Wakatsuki T, Yanagawa T, Yoshida H. Risk factors for postoperative delirium in patients undergoing head and neck cancer surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005;34(1):33-6.
145. Zhang ZM, Tang PZ, Xu ZG, Qi YF, Li ZJ, Zhang B. Clinical study of carotid artery rupture in head and neck cancer. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi* 2010;45(12):1025-8.
146. Liu Sa, Wong Yk, Poon CK, Wang CC, Wang CP, Tung KC. Risk factors for wound infection after surgery in primary oral cavity cancer patients. *Laryngoscope* 2007;117(1):166-71.

147. Hassanein KAAM, Musgorove BT, Bradbury E. Psychological outcome of patients following treatment of oral cancer and its relation with functional status and coping mechanisms. *J Craniomaxillfac Surg* 2005;33(6):404-9.
148. Mehanna HM, De Boer MF, Morton RP. The association of psycho-social factors and survival in head and neck cancer. *Clin Otolaryngol* 2008;33(2):83-9.
149. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J. Are psycho-social and behavioural factors related to health related-quality of life in patients with head and neck cancer? A systematic review. *Oral Oncol* 2005;41(5):440-54.
150. van Wilgen CP, Dijkstra PU, van der Laan BF, Plukker JT, Roodenburg JL. Shoulder and neck morbidity in quality of life after surgery for head and neck cancer. *Head Neck* 2004;26(20):839-44.
151. Hammerlid E, Persson LO, Sullivan M, Westin T. Quality-of-life effects of psychosocial intervention in patients with head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;120(4):507-16.
152. de Graeff A, de Leeuw JR, Ros WJ, Hordijk GJ, Blijham GH, Winnubust JA. Sociodemographic factors and quality of life as prognostic indicators in head and neck cancer. *Eur J Cancer* 2001;37(3):332-9.
153. Katz MR, Irish JC, Devins GM, Rodin GM, Gullane PJ. Reliability and validity of an observer-rated disfigurement scale for head and neck cancer patients. *Head Neck* 2000;22(2):132-41.
154. Macfarlane TV, Macfarlane GJ, Oliver RJ i sur. The aetiology of upper aerodigestive tract cancers among young adults in Europe: the ARCADE study. *Cancer Causes Control* 2010;21(12):2213-21.
155. Terrell JE, Ronis DL, Fowler KE i sur. Clinical predictors of quality of life in patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130(4):401-8.

156. Duffy SA, Scheumann AL, Fowler KE, Darling-Fisher C, Terell JE. Perceived difficulty quitting predicts enrollment in smoking-cessation program for patients with head and neck. *Oncol Nurs Forum* 2010;37(3):349-46.
157. Allison PJ. Alcohol consumption is associated with improved health-related quality of life in head and neck cancer patients. *Oral Oncology* 2002;38(1):81-6.
158. Knop J, Penick EC, Jensen P i sur. Risk factors that predicted problem drinking in Danish men at age thirty. *J Stud Alcohol* 2003;64(6):745-55.
159. Penick EC, Knop J, Nickel EJ i sur. Do premorbid predictors of alcohol dependence also predict the failure to recover from alcoholism? *J Stud Alcohol Drug* 2010;71(5):685-94.
160. Brataljenović T. Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom. U: Jakovljević M, ur. Psihijatrija. Samobor: A.G.Matoš; 1995, str .41-50.
161. Valenzuela CF. Alcohol and neurotransmitter interactions. *Alcohol Health Res World* 1997;21(2):144-8.
162. Rangarajan S. Mediators and moderators of parental alcoholism effects on offspring self-esteem. *Alcohol Alcohol* 2008;43(4):481-91.
163. Kelly ML, French A, Schroeder V i sur. Mother-daughter and father-daughter attachment of college student ACOAs. *Subst Use Misuse* 2008;43(11):1559-70.
164. Kearns-Bodkin JN, Leonard KE. Relationship functioning among adult children in alcoholics. *J Stud Alcohol Drugs* 2008;69(6):941-50.
165. Torre R. Propadanje alkoholičara. Zagreb: HSKLA: Zelina; 2006.
166. Brown LM. Epidemiology of alcohol-associated cancers. *Alcohol* 2005;35(3):161-8.
167. Ogden GR. Alcohol and oral cancer. *Alcohol* 2005;35(3):169-73.
168. Hudolin V. Alkohološki priručnik. Zagreb: Medicinska naklada: 1991, str. 145-239.

169. Mimica N, Begić D. Ovisnost o nikotinu U: Hotujac Lj, ur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006, str. 142-146.
170. McChrague DE, Cohen LM, Cook JW. Attachment and depression differentially influence nicotine dependence among male and female undergraduates: a preliminary study. *J Am Coll Health* 2004;53(1):5-10.
171. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH i sur. Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997;12:232-41.
172. Lamovec T, Bele - Potočnik Z, Boben D. Upitnik životnog stila i obrambeni mehanizmi. Ljubljana: Produktivnost, Zavod SR Slovenije, Center za psihodiagnostična sredstva, 1990.
173. Plutchik R, Kellerman H. Priručnik za indeks profila emocija (PIE). Jastrebarsko: Naklada Slap; 2000.
174. Knežević J, Kardum I. Upitnik dispozicijskog i situacijskog suočavanja sa stresom i njegove psihometrijske značajke. Zagreb: Godišnjak Zavoda za psihologiju; 1993, str. 43-62.
175. Havelka M. Zdravstvena psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002.
176. Svjetska zdravstvena organizacija. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. MKB-10: Klinički opisi i dijagnostičke smjernice, 10. revidirano izdanje, Zagreb: Medicinska naklada; 1999.
177. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH i sur. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.

178. Hudek - Knežević J, Kardum I, Vukmirović Ž. The Structure of coping styles: a comparative study of Croatian sample. *Eur J Per* 1999;13:209-21.
179. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989;56(2):267-83.
180. Mirsal H, Kalyoncu A, Pektaş O, Tan D, Beyazyürek M. Childhood trauma in alcoholics. *Alcohol Alcohol* 2004;39(2):126-9.
181. Windle M, Windle RC, Scheidt DM, Miller GB. Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. *Am J Psychiatry* 1995;152(9):1322-8.
182. Jonson-Reid M, Presnall N, Drake B i sur. Effects of child maltreatment and inherited liability on antisocial development: an official records study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(4):321-32.
183. Milne BJ, Caspi A, Harrington H, Poulton R, Rutter M, Moffitt TE. Predictive value of family history on severity of illness: the case of depression, anxiety, alcohol dependence, and drug dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66(7):738-47.
184. Peters KR, Maltzman I, Villone K. Childhood abuse of parents of alcohol and other drug misusing adolescents. *Int J Addict* 1994; 29(10):1259-68.
185. Moncrieff J, Drummond DC, Candy B, Checinski K, Farmer R. Sexual abuse in people with alcohol problems. A study of the prevalence of sexual abuse and its relationship to drinking behaviour. *Br J Psychiatry* 1996;169(3):335-60.
186. Renn P. The link between childhood trauma and later violent offending: the application of attachment theory in probation setting. *Attach Hum Dev* 2002;4(3):294-317.
187. Langeland W, Draijer N, van den Brink W. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcoholics: the role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. *Alcohol Clin Exp Res* 2004;28(3):441-7.

188. Ducci F, Enoch MA, Hodgkinson C i sur. Interaction between a functional MAOA locus and childhood sexual abuse predicts alcoholism and antisocial personality disorder in adult women. *Mol Psychiatry* 2008;13(3):334-47.
189. Roy A. Childhood trauma and depression in alcoholics: relationship to hostility. *J Affect Disord* 1999;56(2-3):215-8.
190. Arnold RP, Rogers D, Cook DA. Medical problems of adults who were sexually abused in childhood. *BMJ* 1990;300(6726):705-8.
191. Joukamaa M, Luutonen S, von Reventlow H, Patterson P, Karlsson H, Salokangas RK. Alexithymia and childhood abuse among patients attending primary and psychiatric care: results of the RADEP Study. *Psychosomatics* 2008;49(4):317-25.
192. Shirtcliff EA, Coe CL, Pollak SD. Early childhood stress is associated with elevated antibody levels to herpes simplex virus type 1. *Proc Natl Acad Sci USA* 2009;106(8):2963-7.
193. Subic-Wrana C, Tschan R, Michal M, Zwerenz R, Beutel M, Wiltink J. Childhood trauma and its relation to diagnoses and psychic complaints in patients of an psychosomatic university ambulance. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2011;61(2):54-61.
194. Simonić E, Kaštelan M, Peternel S i sur. Childhood and adulthood traumatic experiences in patients with psoriasis. *J Dermatol* 2010;37(9):793-800.
195. Greenwald DJ, Reznikoff M, Plutchik R. Suicide risk and violence risk in alcoholics. Predictors of aggressive risk. *J Ner Ment Dis* 1994;182(1):3-8.
196. De Fife JA. Defensive functioning and psychopathology and psychotherapy. *Psychologist-Psychoanalyst*; 2006.
197. Rohsenow DJ, Erickson RC, O'Leary MR. The Defense Mechanism Inventory and alcoholics. *Int J Addict* 1978;13(3):403-14.

198. Rohsenow DJ, O'Leary MR. Locus of control research on alcoholic populations: a review. II. Relationship to other measures. *Int J Addict* 1978;13(2):221-26.
199. Rounsaville BJ, Dolinsky ZS, Babor TF, Meyer RE. Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44(6):505-13.
200. Herrán OF, Ardila MF. Categories of alcohol consumers and the criteria for classification. *Biomedica* 2009;29(4):635-46.
201. Dodig G, Brnabić R, Mrass D i sur. Alcoholism and depression. *Coll Antropol* 2001;25(2):651-5.
202. Arias I, Johnson P. Evaluations of physical aggression among intimate dyads. *J Interpers Violence* 1998;4:298-307.
203. Figer A, Kreitler A, Kreitler M, Inbar M. Personality dispositions of colon cancer patients. *Gastrointest Oncol* 2002;4:81-92.
204. Servaes P, Vingerhoets AJ, Vreugdenhil G, Keuning JJ, Broekhuijsen AM. Inhibition of emotional expression in breast cancer patient. *Behav Med* 1999;25(1):23-7.
205. Grulke N, Bailer H, Tschuschke V i sur. Defense mechanisms in patients with leukemia undergoing bone marrow transplantation. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2001;3:5-18.
206. Marchiori E, Loschi S, Marconi PL, Mioni D, Pavan L. Dependence, locus of control, parental bonding, and personality disorders: a study in alcoholics and controls. *Alcohol Alcohol* 1999;34(3):396-401.
207. Zeigler-Hill V, Pratt DW. Defence Styles and the Interpersonal Circumplex: The Interpersonal Nature of Psychological Defense. *Journal of Psychiatry, Psychology and Mental Health* 2007;1(2):1-15.
208. Mc Williams N. Psychoanalytic diagnosis - understanding personality structure in the clinical process. New York-London: The Guilford Press, 1994; str. 96-144.

209. Kreitler S. Defence mechanisms and physical health. U: Hentschel U, ur. Defense mechanisms - theoretical, research and clinical perspectives. Elsevier London: G.E.Stelmach, 2007; str. 477-510.
210. Gottschalk LA, Fronczek J, Bechtel RJ. Defense mechanisms and hope as protective factors in physical and mental disorders U: Hentschel U, ur. Defense mechanisms - theoretical, research and clinical perspectives. Elsevier London: G.E.Stelmach, 2007; str. 453-76.
211. Kung S, Rummans TA, Colligan RC i sur. Association of optimism-pessimism with quality of life in patients with head and neck and thyroid cancer. Mayo Clin Proc 2006;81(12):1545-52.
212. Morgenstern J, Langenbucher J, Labouvie E, Miller KJ. The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. J Abnorm Psychol 1997;106(1):74-84.
213. Oboyle M. Personality - disorder and multiple substance dependence. J Pres Disord 1993;7(4):342-7.
214. Poldrugo F, Forti B. Personality disorders and alcoholism treatment outcome. Drug Alcohol Depend 1988;21(3):171-6.
215. Coyne JC, Pajak TF, Harris J i sur. Emotional well-being does not predict survival in head and neck cancer patients. Cancer 2007;110(11):2568-75.
216. De Boer MF, McCormick LK, Pruyn JFA, Ryckman RM, Borne BW. Physical and psychosocial correlates of head and neck cancer: a review of the literature. Otolaryngol Head Neck Surg 1999;120(3):427-36.
217. Sharma D, Nagarkar AN, Jindal P, Kaur R, Gupta AK. Personality changes and the role of counseling in the rehabilitation of patients with laryngeal cancer. Ear Nose Throat J 2008;87(8):5.

218. Chaudhury S, Das SK, Ukil B. Psychological assessment of alcoholism in males. *Indian J Pschyatry* 2006;48(2):114-7.
219. Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH i sur. Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders. Findings from the Netherlands study of depression and anxiety (NESDA). *J Affect Disord* 2011;131(1-3):233-42.
220. Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH i sur. The performance of the alcohol use disorder identification test (AUDIT) in detecting alcohol abuse and dependence in a population of depressed or anxious persons. *J Affect Disord* 2010;126 (3):441-6.
221. Vos MS, de Haes JC. Denial in cancer patients, an exploretive review. *Psychooncology* 2007;16(1):12-25.
222. Gregurek R, Braš M, Đorđević V, Strahinja-Ratković A, Brajković L. Psychological problems of patients with cancer. *Psychiatr Danub* 2010;22(2):227-30.
223. Vos MS, Putter H, van Houwelingen HC, de Haes HC. Denial and social and emotional outcomes in lung cancer patients: the protective effect of denial. *Lung Cancer* 2011;72(1):119-24.
224. McCaffrey JC, Weitzner M, Kamboukas D, Haselhuhn G, LaMonde L, Booth-Jones M. Alcoholism, depression, and abnormal cognition in head and neck cancer: a pilot study. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;136(1):92-7.
225. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):269-82.
226. Katz MR, Kopek N, Waldron J, Devins GM, Tomplinson G. Screening for depression in head and neck cancer. *Psychooncology* 2004;13(4):269-80.

227. Schomerus G, Corrigan PW, Klauer T, Kuwert P, Freyberger HJ, Lucht M. Self-stigma in alcohol dependence: consequences for drinking-refusal self efficacy. *Drug Alcohol Depend* 2011;114(1):12-7.
228. Bean G, Cooper S, Alpert R, Kipnis D. Coping mechanisms of cancer patient: a study of 33 patients receiving chemotherapy. *CA Cancer J Clin* 1980;30(5):256-59.
229. Gross JJ. Emotional expression in cancer onset and progression. *Soc Sci Med* 1989;28:1239-48.
230. Baltrusch HJ, Stangel W, Titze I. Stress, cancer and immunity. New developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. *Acta Neurol (Napoli)* 1991;13(4):315-27.
231. Porcelli P, Tulipani C, Maiello E, Cilenti G, Todarello O. Alexithymia, coping, and illness behavior correlates of pain experience in cancer patients. *Psychooncology* 2007;16(7):644-50.
232. Gill KM, Abrams MR, Phillipis G, Keffe FJ. Sickle cell disease pian: relation of coping strategies to adjustment. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:725-731.
233. Lepore SJ, Smyth J, ur. *The writing cure: how expressive writing influences health and wellbeing*. Washington: American Psychological Association; 2002.
234. Pennebaker JW. Putting stress into words: health, linguistic, and therapeutic implications. *Behav Res Ther* 1993;31(6):539-48.
235. Moss RH, Brennan PL, Fondacaro MR, Moss BS. Approach and avoidance coping responses among older problem and nonproblem drinkers. *Psychol Aging* 1990;5(1):31-40.
236. Cooper ML, Russell M, Skinner JB, Frone MR, Mudar P. Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *J Abnorm Psychol* 1992;101(1):139-52.

237. Moser AE, Annis HM. The role of coping in relapse crisis outcome: a prospective study of treated alcoholics. *Addiction* 1996;91(8):1101-13.
238. Pandey M, Latha PT, Mathew A i sur. Concerns and coping strategies in patients with oral cancer: a pilot study. *Indian J Surg* 2003;65(6):496-9.
239. Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M i sur. Religious coping an use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *JAMA* 2009;301(11):1140-7.
240. Holt CL, Caplan L, Schulz E i sur. Role of religion in cancer coping among African Americans: a qualitative examination. *J Psychosoc Oncol* 2009;27(2):248-73.
241. Pearce MJ, Rivinoja CM, Koenig HG. Spirituality and health: empirically based reflections on recovery. *Recent Dev Alcohol* 2008;18:187-208.
242. Dropkin MJ. Coping with disfigurement and dysfunction after head and neck cancer surgery: a conceptual framework. *Semin Oncol Nurs* 1989;5(3):213-9.
243. Allison PJ, Nicolau B, Edgar L, Archer J, Black M, Hier M. Teaching head and neck cancer patients coping strategies: results of a feasibility study. *Oral Oncol* 2004;40(5):538-44.
244. Vilela LD, Nicolau B, Mahmud S i sur. Comparison of psychosocial outcomes in head and neck cancer patients receiving a coping strategies intervention and control subjects receiving no intervention. *J Otolaryngol* 2006;35(2):88-96.
245. Horney DJ, Smith HE, McGurk M i sur. Associations between quality of life, coping styles, optimism, and anxiety and depression in pretreatment patients with head and neck cancer. *Head Neck* 2011;33(1):65-71.
246. Pandey M, Devi N, Ramdas K, Krishnan R, Kumar V. Higher distress relates to poor quality of life in patients with head and neck cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2009;38(9):955-9.

8. PRILOZI

8.1. UPITNIK demografskih podataka, ranih obiteljskih relacija i navika

UPUTA: Pred Vama se nalazi niz pitanja o Vama, Vašem odrastanju, navikama u svezi konzumiranja alkohola i pušenju. Molimo Vas da iskreno odgovorite na svako pitanje. Ispitivanje je anonimno.

INICIJALI: _____

1. Spol: 1) M 2) Ž

2. Godina rođenja: _____

3. Godine starosti: _____

4. Radni status (zaokružite broj koji odgovara točnom odgovoru):

1 - zaposlen

2 - nezaposlen

3 - umirovljen

5. Stručna sprema (zaokružite broj koji odgovara točnom odgovoru):

0 - nepismeni

1 - NSS

2 - SSS

3 - VŠS

4 - VSS

6. Napišite broj godina školovanja (edukacije) _____

7. Bračni status (zaokružite broj koji odgovara točnom odgovoru):

1. u braku

2. samac

3. rastavljen

4. udovac

8. Napišite brojkom ako ste rastavljeni ili udovci- broj godina. _____

9. U braku sada: DA NE

10. Imate li djece: DA NE

11. Napišite broj djece. _____

12. Imate li braću ili sestre. DA NE

13. Napišite broj braće ili sestara. _____

14. Da li je netko u obitelji bolovao od (zaokružite broj koji odgovara točnom odgovoru):

1- karcinoma

2 - alkoholizma

3- drugo

4 - bez osobitosti

15. Da li je Vaše djetinjstvo bilo teško i ružno? DA NE

16. Da li ste maltretirani od roditelja u djetinjstvu? DA NE

17. Da li su sada Vaši roditelji (zaokružite broj koji odgovara točnom odgovoru):

1 - živa oba roditelja

2 - jedan roditelj

3 - bez roditelja

18. Da li su roditelji sada ili bili rastavljeni? DA NE

19. Da li su roditelji sada ili bili udovci? DA NE

20. Da li su roditelji ušli u novi brak? DA NE

21. Da li konzumirate alkoholna pića? DA NE

22. Napišite brojkom koliko godina sveukupno konzumirate alkohol. _____

23. Koju vrstu pića obično konzumirate (zaokružite broj koji odgovara točnom odgovoru):

0 - ne pije alkohol

1 - žestoka pića

2 - pivo, vino

3 - sve navedeno

24. Da li pušite? DA NE

25. Da li ste pušili ranije tijekom života? DA NE

26. Napišite brojkom koliko godina sveukupno pušite _____

27. Napišite brojkom koliko u prosjeku pušite cigareta dnevno. _____

28. Kolika su Vaša mjesečna primanja (zaokružite broj koji odgovara točnom odgovoru):

1 - do 3000 kuna

2 - 3000 do 5000 kuna

3 - više od 5000 kuna

4 - preko 8000 kuna

29. Kakav je Vaš ekonomski status (subjektivno) (zaokružite broj koji odgovara točnom odgovoru):

1 - niži

2 - prosječan

3 - dobar

4 - iznad prosjeka

30. Da li ste bili sudionik domovinskog rata (zaokružite broj koji odgovara točnom odgovoru): 0 - ne

1- aktivni sudionik

2 -indirektni sudionik (partner, suprug ili netko od obitelji)

Molim vas da provjerite da li ste odgovorili na sva pitanja! HVALA!

8.2. UPITNIK ŽIVOTNOG STILA I OBRAMBENIH MEHANIZAMA (ŽS)

Pročitajte tvrdnje koje slijede.

Odaberite odgovor (DA ili NE) koji najbolje opisuje Vas kao osobu.

Svi su odgovori dobri; nema točnih i netočnih.

Radite brzo, ne razmišljajte previše o tvrdnjama.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Sa mnom je vrlo lako izići na kraj. | DA | NE |
| 2. Spavam više nego većina ljudi koje poznajem. | DA | NE |
| 3. Uvijek je postojala neka osoba kojoj sam želio biti sličan. | DA | NE |
| 4. Ako sam na liječenju, uvijek pokušavam ustanoviti razloge za sve liječničke postupke kojima sam podvrgnut. | DA | NE |
| 5. Kada nešto poželim, ne mogu dočekati da to dobijem. | DA | NE |
| 6. Često se zacrvenim. | DA | NE |
| 7. Jedna od mojih glavnih vrlina je samokontrola. | DA | NE |
| 8. Ponekad bih najradije udario šakom o zid. | DA | NE |
| 9. Brzo mi “popuste kočnice”. | DA | NE |
| 10. Kada me u gužvi netko odgurne, mogao bih ga i ubiti. | DA | NE |
| 11. Samo rijetko zapamtim svoje snove. | DA | NE |
| 12. Ljudi koji se ponašaju posjednički tjeraju me u bijes. | DA | NE |
| 13. Često sam bolestan. | DA | NE |
| 14. Vrlo sam pravedna osoba. | DA | NE |
| 15. Što više posjedujem, to sam sretniji. | DA | NE |
| 16. Rado maštam da sam u središtu pažnje. | DA | NE |
| 17. Neugodna mi je pomisao na to da bi članovi moje obitelji | | |

hodali po stanu bez odjeće.	DA	NE
18. Kažu da se previše hvalim.	DA	NE
19. Kad me netko odbije, ponekad pomislim na samoubojstvo.	DA	NE
20. Većina ljudi mi se dive.	DA	NE
21. Dogodilo se već da sam se toliko razljutio da sam razbijao stvari.	DA	NE
22. Ljudi koji ogovaraju idu mi jako na živce.	DA	NE
23. Kod svake stvari vidim njenu svijetlu stranu.	DA	NE
24. Pokušavam ili želim promijeniti svoj izgled pomoću odgovarajućih tjelesnih vježbi.	DA	NE
25. Ponekad poželim da atomska bomba uništi čitav svijet.	DA	NE
26. Kažu da sam previše impulsivan.	DA	NE
27. Nemam predrasuda.	DA	NE
28. Smeta me što se ljudi toliko prave važni.	DA	NE
29. Ne podnosim ljude koji se neprijateljski ponašaju.	DA	NE
30. Jako se trudim da ne budem neljubazan prema drugima.	DA	NE
31. Od onih sam ljudi koji nikad ne plaču.	DA	NE
32. Puno pušim.	DA	NE
33. Teško se odričem nečega što mi pripada.	DA	NE
34. Slabo pamtim lica.	DA	NE
35. Često se samozadovoljavam.	DA	NE
36. Teško zapamtim imena ljudi.	DA	NE
37. Ako mi netko ide na živce, obično mu to ne kažem, nego se požalim nekom drugom.	DA	NE
38. Uvijek sam spreman saslušati sve strane problema, čak iako znam da sam u pravu.	DA	NE

- | | | |
|--|----|----|
| 39. Nikad mi ne dosade ljudi. | DA | NE |
| 40. Teško mi je dugo vremena mirno sjediti. | DA | NE |
| 41. Slabo se sjećam događaja iz svoga djetinjstva. | DA | NE |
| 42. Trebam puno vremena da upoznam slabe strane drugih ljudi. | DA | NE |
| 43. Smatram da je bolje o nečemu dobro razmisliti nego se naljutiti. | DA | NE |
| 44. Kažu da sam jako lakovjeran. | DA | NE |
| 45. Ljudi koji pokušavaju vikanjem i deranjem postići svoj cilj idu mi jako na živce. | DA | NE |
| 46. Imam običaj što manje razmišljati o neugodnim stvarima. | DA | NE |
| 47. Uvijek sam optimističan. | DA | NE |
| 48. Kad idem na izlet, unaprijed napravim detaljan plan. | DA | NE |
| 49. Ponekad se razljutim više nego što bi u takvoj situaciji bilo potrebno. | DA | NE |
| 50. Kada se stvari ne odvijaju po mojoj želji, durim se. | DA | NE |
| 51. U raspravi rado upozorim na pogreške u tuđem mišljenju. | DA | NE |
| 52. Kada naletim na neku prepreku, osjećam jaku želju da se s njom uhvatim u koštac. | DA | NE |
| 53. Pornografski filmovi me ispunjavaju ogorčenjem. | DA | NE |
| 54. Ako mi se ne posvećuje dovoljno pažnje, postajem razdražljiv. | DA | NE |
| 55. Kažu da nisam naročito osjećajan. | DA | NE |
| 56. Kada o nečemu odlučujem, obično se dvoumim. | DA | NE |
| 57. Ako netko kaže da za nešto nisam sposoban, tada stvarno želim to napraviti. | DA | NE |
| 58. Kada se vozim u automobilu, ponekad osjetim želju da se zaletim u vozača pred sobom. | DA | NE |
| 59. Većina ljudi mi ide na živce jer su previše sebični. | DA | NE |

60. Kada idem na odmor, uvijek uzmem sa sobom nešto za raditi.	DA	NE
61. Neka jela mi se gade.	DA	NE
62. Grizem nokte.	DA	NE
63. Kažu da rado izbjegavam probleme.	DA	NE
64. Pijem puno alkohola.	DA	NE
65. Kada čujem neku šalu u vezi sa spolnošću, postane mi vrlo neugodno.	DA	NE
66. Ponekad sanjam nešto stvarno odvratno.	DA	NE
67. Ambiciozni ljudi su mi antipatični.	DA	NE
68. Često lažem.	DA	NE
69. Pornografija mi je odvratna.	DA	NE
70. To što se brzo naljutim već mi je prouzročilo poteškoće.	DA	NE
71. Jako mi smeta što su ljudi tako neiskreni.	DA	NE
72. Kada sam razočaran, ne mogu sakriti loše raspoloženje.	DA	NE
73. Kada čujem ili čitam o kakvoj tragediji, to nikad posebno ne utječe na mene.	DA	NE
74. Ako dotaknem nešto sluzavo povraća mi se.	DA	NE
75. Kada sam uznemiren, ponekad se ponašam stvarno djetinjasto.	DA	NE
76. Često mi se desi da upadnem u kakvu svađu.	DA	NE
77. Na sprovodima skoro nikada ne postanem naročito osjećajan.	DA	NE
78. Ne podnosim ljude koji uvijek pokušavaju biti u središtu pozornosti.	DA	NE
79. Većina ljudi mi je odvratna.	DA	NE
80. Vrlo nerado koristim javne zahode.	DA	NE
81. Jako teško bih se navikao psovati.	DA	NE
82. Ljuti me što se ljudima ne može vjerovati.	DA	NE
83. Jako želim da mi ljudi pokažu da sam spolno privlačan.	DA	NE

- | | | |
|---|----|----|
| 84. Sve ono što započnem, nekako ne uspijevam završiti. | DA | NE |
| 85. Uvijek se pokušavam tako obući da izgledam što privlačnije. | DA | NE |
| 86. Moja moralna načela su stroža nego načela većine ljudi koje poznajem. | DA | NE |
| 87. U diskusijama sam obično logičniji od drugih. | DA | NE |
| 88. Ljudi s niskim moralnim načelima su mi odvratni. | DA | NE |
| 89. Kada se netko zaleti u mene, razbjjesnim se. | DA | NE |
| 90. Često se zaljubim. | DA | NE |
| 91. Kažu da sam u svakoj stvari čak previše objektivn. | DA | NE |
| 92. Ako vidim da nekome teče krv, to me skoro nikad ne uznemiri. | DA | NE |

8.3. PROFIL INDEKSA EMOCIJA (PIE)

PREZIME I IME: _____

Ovo je lista riječi napisanih u parovima. Riječi opisuju ljude. U svakom paru izaberite onu riječ koja vas bolje opisuje. Možda će kod nekih parova odluka biti teška ali se ipak odlučite za jednu riječ.

Izabranu riječ obilježite ovako: srdačan
 društven

Vrijeme za rad nije ograničeno

<input type="radio"/> srdačan	<input type="radio"/> sklon prepiranju	<input type="radio"/> sklon prepiranju	<input type="radio"/> potišten
<input type="radio"/> sklon pustolovinama	<input type="radio"/> srdačan	<input type="radio"/> smeten	<input type="radio"/> poslušan
<input type="radio"/> ozlojeđen	<input type="radio"/> poslušan	<input type="radio"/> nagao	<input type="radio"/> nagao
<input type="radio"/> smeten	<input type="radio"/> sklon pustolovinama	<input type="radio"/> društven	<input type="radio"/> potišten
<input type="radio"/> nagao	<input type="radio"/> nagao	<input type="radio"/> sklon pustolovinama	<input type="radio"/> ozlojeđen
<input type="radio"/> sklon pustolovinama	<input type="radio"/> nesiguran u sebe	<input type="radio"/> oprezan	<input type="radio"/> nagao
<input type="radio"/> potišten	<input type="radio"/> nesiguran u sebe	<input type="radio"/> smeten	<input type="radio"/> nesiguran u sebe
<input type="radio"/> ozlojeđen	<input type="radio"/> potišten	<input type="radio"/> grize se u sebi	<input type="radio"/> srdačan
<input type="radio"/> nagao	<input type="radio"/> društven	<input type="radio"/> društven	<input type="radio"/> srdačan
<input type="radio"/> oprezan	<input type="radio"/> potišten	<input type="radio"/> oprezan	<input type="radio"/> grize se u sebi
<input type="radio"/> grize se u sebi	<input type="radio"/> sklon pustolovinama	<input type="radio"/> ozlojeđen	<input type="radio"/> smeten
<input type="radio"/> oprezan	<input type="radio"/> sklon prepiranju	<input type="radio"/> poslušan	<input type="radio"/> sklon pustolovinama
<input type="radio"/> sklon pustolovinama	<input type="radio"/> grize se u sebi	<input type="radio"/> nesiguran u sebe	<input type="radio"/> nagao
<input type="radio"/> društven	<input type="radio"/> nagao	<input type="radio"/> poslušan	<input type="radio"/> sklon prepiranju
<input type="radio"/> srdačan	<input type="radio"/> poslušan	<input type="radio"/> oprezan	<input type="radio"/> potišten
<input type="radio"/> nagao	<input type="radio"/> grize se u sebi	<input type="radio"/> srdačan	<input type="radio"/> smeten
<input type="radio"/> sklon pustolovinama	<input type="radio"/> grize se u sebi	<input type="radio"/> grize se u sebi	<input type="radio"/> smeten
<input type="radio"/> potišten	<input type="radio"/> društven	<input type="radio"/> nesiguran u sebe	<input type="radio"/> društven
<input type="radio"/> oprezan	<input type="radio"/> grize se u sebi	<input type="radio"/> srdačan	<input type="radio"/> poslušan
<input type="radio"/> ozlojeđen	<input type="radio"/> sklon pustolovinama	<input type="radio"/> smeten	<input type="radio"/> oprezan
<input type="radio"/> sklon prepiranju	<input type="radio"/> smeten	<input type="radio"/> potišten	<input type="radio"/> društven
<input type="radio"/> poslušan	<input type="radio"/> nagao	<input type="radio"/> sklon prepiranju	<input type="radio"/> ozlojeđen
<input type="radio"/> poslušan	<input type="radio"/> oprezan	<input type="radio"/> potišten	<input type="radio"/> sklon prepiranju
<input type="radio"/> smeten	<input type="radio"/> potišten	<input type="radio"/> srdačan	<input type="radio"/> grize se u sebi
<input type="radio"/> društven	<input type="radio"/> ozlojeđen	<input type="radio"/> oprezan	<input type="radio"/> ozlojeđen
<input type="radio"/> nesiguran u sebe	<input type="radio"/> srdačan	<input type="radio"/> sklon prepiranju	<input type="radio"/> grize se u sebi
<input type="radio"/> sklon pustolovinama	<input type="radio"/> smeten	<input type="radio"/> srdačan	<input type="radio"/> poslušan
<input type="radio"/> ozlojeđen	<input type="radio"/> nesiguran u sebe	<input type="radio"/> poslušan	<input type="radio"/> nagao
<input type="radio"/> nesiguran u sebe	<input type="radio"/> oprezan	<input type="radio"/> sklon pustolovinama	<input type="radio"/> poslušan
<input type="radio"/> ozlojeđen	<input type="radio"/> nesiguran u sebe	<input type="radio"/> nesiguran u sebe	<input type="radio"/> društven
<input type="radio"/> nesiguran u sebe	<input type="radio"/> društven		
<input type="radio"/> sklon prepiranju	<input type="radio"/> sklon prepiranju		

8.4. UPITNIK STILOVA SUOČAVANJA SA STRESNIM SITUACIJAMA (COPE)

Sljedeća pitanja odnose se na načine kako se suočavate sa stresnim situacijama.

Stresne situacije nisu samo pojedini tragični događaji.

Stresne situacije su dio naše svakodnevnice (npr. žurba, uspjeh, neuspjeh, želja za udovoljavanjem sebi i drugima, nesporazumi sa samim sobom i/ili okolinom).

Ljudi se razlikuju po načinima kako reagiraju na stres.

Nas zanimaju isključivo VAŠE NAJČEŠĆE REAKCIJE na takve situacije, a ne načini kako reagira većina.

Ovdje nema “dobrih” i “loših” odgovora, stoga odaberite onaj koji je karakterističan upravo za Vas.

Označite što VI obično činite i što doživljavate u konfliktnim situacijama!!!

Pri tome brojevi znače sljedeće:

- 0 – NIKAD se tako ne ponašam
- 1 – KATKAD 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. | 0 1 2 3 4 |
| 3. | Obraćam se nekom za savjet o tome što raditi. | 0 1 2 3 4 |
| 4. | Svom snagom pokušavam učiniti nešto u vezi s tim problemom | 0 1 2 3 4 |
| 5. | Sam sebe uvjeravam da to nije istina, da to nije moguće. | 0 1 2 3 4 |
| 6. | Uzdam se u Boga. | 0 1 2 3 4 |
| 7. | Nastojim pronaći šaljivu stranu takvih situacija. | 0 1 2 3 4 |
| 8. | Priznajem si da to ne mogu riješiti pa prestajem pokušavati. | 0 1 2 3 4 |
| 9. | Trudim se da ne reagiram prebrzo. | 0 1 2 3 4 |
| 10. | Razgovaram s nekim o svojim osjećajima. | 0 1 2 3 4 |
| 11. | Popijem alkoholno piće ili pilule za smirenje kako bih se osjećao bolje | 0 1 2 3 4 |
| 12. | Pokušavam se priviknuti na nastalu situaciju. | 0 1 2 3 4 |
| 13. | Razgovaram s nekim kako bih se bolje snašao. | 0 1 2 3 4 |
| 14. | Nastojim da me ne ometaju misli ili aktivnosti koje nisu u vezi s tim situacijama. | 0 1 2 3 4 |
| 15. | Maštam o drugim stvarima. | 0 1 2 3 4 |
| 16. | Nadam se Božjoj pomoći. | 0 1 2 3 4 |
| 17. | Planiram različite postupke kojima bih uspio riješiti te probleme. | 0 1 2 3 4 |
| 18. | Prihvaćam da se to dogodilo (događa) i da se ne može promijeniti. | 0 1 2 3 4 |
| 19. | Ne činim ništa dok to situacija ne dopusti. | 0 1 2 3 4 |
| 20. | Pokušavam dobiti emocionalnu podršku od prijatelja i rodbine. | 0 1 2 3 4 |
| 21. | Jednostavno odustajem od pokušaja da ostvarim svoje ciljeve. | 0 1 2 3 4 |
| 22. | Probleme pokušavam riješiti na druge načine. | 0 1 2 3 4 |
| 23. | Pokušavam se opustiti pa popijem neko piće ili pilulu za smirenje. | 0 1 2 3 4 |
| 24. | Naprосто odbijam vjerovati da se to dogodilo. | 0 1 2 3 4 |
| 25. | Otvoreno iskazujem svoja osjećanja. | 0 1 2 3 4 |
| 26. | Pokušavam takve događaje sagledati u drugačijem svjetlu i učiniti da izgledaju povoljnije. | 0 1 2 3 4 |
| 27. | Pokušavam smisliti kako se ti problemi mogu riješiti na drugačije načine | 0 1 2 3 4 |
| 28. | Koncentriram se na rješavanje tih problema i, ako je to potrebno, druge stvari ostavljam po strani. | 0 1 2 3 4 |
| 29. | Tražim od nekog suosjećanje i razumijevanje. | 0 1 2 3 4 |
| 30. | Pijem ili uzimam pilule za smirenje kako bih o tim situacijama što | |

- manje razmišljao. 0 1 2 3 4
31. Šalim se na račun toga. 0 1 2 3 4
32. Odustajem od pokušaja da postignem ono što želim. 0 1 2 3 4
33. Pokušavam sagledati bolju stranu takvih situacija. 0 1 2 3 4
34. Razmišljam kako na najbolji način mogu riješiti te probleme. 0 1 2 3 4
35. Pravim se kao da se ništa nije dogodilo. 0 1 2 3 4
36. Ne reagiram prebrzo da probleme još više ne otežam. 0 1 2 3 4
37. Trudim se da me druge stvari ne ometaju pri rješavanju tih problema. 0 1 2 3 4
38. Idem u kino ili gledam TV kako bih što manje o tome razmišljala. 0 1 2 3 4
39. Prihvaćam realnost takvih situacija. 0 1 2 3 4
40. Pitam ljude sa sličnim iskustvima što bi oni u takvim situacijama učinili. 0 1 2 3 4
41. Teško mi je i to jasno pokazujem. 0 1 2 3 4
42. Utjehu pronalazim u religiji. 0 1 2 3 4
43. Čekam pravi trenutak da nešto u vezi s tim problemima uradim. 0 1 2 3 4
44. Ismijavam te situacije. 0 1 2 3 4
45. Sve se manje trudim oko rješavanja tih problema. 0 1 2 3 4
46. Pričam s nekim ljudima o tome kako se osjećam. 0 1 2 3 4
47. Posežem za alkoholom ili pilulama koje mi pomažu da prebrodim
te probleme. 0 1 2 3 4
48. Učim se živjeti s tim problemima. 0 1 2 3 4
49. Ostavljam po strani sve druge aktivnosti i usmjeravam se na te probleme. 0 1 2 3 4
50. Razmišljam o koracima koje valja poduzeti kako bi se ti problemi riješili. 0 1 2 3 4
51. Ponašam se kao da se to nije ni dogodilo. 0 1 2 3 4
52. Postepeno radim ono što mislim da treba učiniti u vezi s tim problemima. 0 1 2 3 4
53. Učim iz tih iskustava. 0 1 2 3 4

- | | | |
|-----|--|-----------|
| 54. | Molim se Bogu više nego obično. | 0 1 2 3 4 |
| 55. | Pojačano se bavim nekim fizičkim aktivnostima. | 0 1 2 3 4 |
| 56. | Ulažem dodatni napor da riješim te probleme. | 0 1 2 3 4 |
| 57. | Glumim sigurnost i smirenost. | 0 1 2 3 4 |
| 58. | Povlačim se u sebe. | 0 1 2 3 4 |
| 59. | Tražim novi izlaz iz tih problema. | 0 1 2 3 4 |
| 60. | Susprežem svoje osjećaje. | 0 1 2 3 4 |
| 61. | Izbjegavam društvo i razgovore kako bih razmišljao o tom problemu. | 0 1 2 3 4 |
| 62. | Želim biti sam. | 0 1 2 3 4 |
| 63. | Pitam ljude što bi učinili na mom mjestu. | 0 1 2 3 4 |
| 64. | Pušim više nego obično kako bih se smirio. | 0 1 2 3 4 |
| 65. | Radim sve samo da ne razmišljam o tom problemu. | 0 1 2 3 4 |
| 66. | Bavim se bilo kakvim aktivnostima samo da bih se rastresao. | 0 1 2 3 4 |
| 67. | Skrivam svoje osjećaje. | 0 1 2 3 4 |
| 68. | Pravim se kao da mi sve to ništa ne znači. | 0 1 2 3 4 |
| 69. | Šećem po svježem zraku. | 0 1 2 3 4 |
| 70. | Izbjegavam kontakte s drugim ljudima. | 0 1 2 3 4 |
| 71. | Nadam se da će netko drugi riješiti tu situaciju. | 0 1 2 3 4 |

8.5. LJESTVICA ŽIVOTNIH DOGAĐAJA

Životne promjene mogu biti uzrokom stresa.

Koliko ste promjena u životu imali tijekom zadnje 2 godine? Da bismo uvidjeli količinu stresa povezanog s promjenama u Vašem životu ispunite sljedeći upitnik.

Uputa : Za svaki navedeni događaj označite križićem da li ste ga doživjeli u **protekle 2 godine**. Ako ste neki događaj doživjeli više od jednom označite sa dva križića.

DOGAĐAJ:

- 1.Smrt supruge / partnerice (supruga / partnera).
- 2.Razvod.
- 3.Razdvajanje od supruge / partnerice (supruga / partnera).
- 4.Odlazak u zatvor ili drugu instituciju.
- 5.Smrt člana u užoj obitelji.
- 6.Ozbiljna osobna ozljeda ili bolest.
- 7.Ulazak u brak.
- 8.Dobivanje otkaza s posla.
- 9.Pomirenje s partnerom.
- 10.Odlazak u mirovinu.
- 11.Promjena u zdravstvenom stanju ili ponašanju člana obitelji.
- 12.Trudnoća supruge / partnerice.
- 13.Seksualni problemi.
- 14.Novi član obitelji (rođenje, usvojenje).
- 15.Značajne promjene u poslu (reorganizacija, stečaj).

- 16.Značajne financijske promjene (pozitivne ili negativne).
- 17.Smrt bliskog prijatelja.
- 18.Promjena vrste posla.
- 19.Značajne promjene u učestalosti svađa sa suprugom / partnericom
(suprugom / partnerom).
- 20.Uzimanje većeg kredita (npr. za kuću, posao).
- 21.Završetak otplate kredita.
- 22.Značajna promjena odgovornosti na poslu (unapređenje, degradacija).....
- 23.Odlazak djece od kuće (zbog braka, odlaska na studij...).
- 24.Problemi sa zakonom.
- 25.Izvanredno osobno postignuće.
- 26.Partnerica / supruga (partner / suprug) počinje ili završava raditi
izvan kuće.
- 27.Početak ili kraj formalnog obrazovanja.
- 28.Velike promjene u životnim uvjetima (stvaranje novog doma,
preuređenje).
- 29.Promjena osobnih navika (u oblačenju, običajima).
- 30.Problemi sa šefom.
- 31.Značajne promjene u radnom vremenu ili uvjetima rada.
- 32.Promjene mjesta stanovanja.
- 33.Početak nekog tečaja ili kvalifikacije.
- 34.Promjene količine ili tipa rekreacijskih aktivnosti.
- 35.Promjena religijskih aktivnosti.
- 36.Promjene u društvenim aktivnostima.
- 37.Uzimanje manjeg kredita (npr. za frižider, TV).

- 38.Značajne promjene u navikama spavanja (više ili manje spavanja,
doba spavanja)
- 39.Promjene u broju obiteljskih okupljanja.
- 40.Značajne promjene u navikama hranjenja (uzimanja puno više ili
manje hrane, promjene u doba jedenja).
- 41.Odlazak na odmor / put.
- 42.Božić.
- 43.Manja kršenja zakona.

ŽIVOTOPIS

I. OSOBNI PODACI

Ime: Daniela Petrić

Rođena: Rovinj, 18. veljače 1960.

Nacionalnost: Hrvatica

Kućna adresa: Franje Belulovića 8

51000 Rijeka

Tel. 051/412102

Gsm. 099/6306301

E- pošta: daniela.petric@me.com

Adresa na radnom mjestu: Klinički bolnički centar Rijeka

Klinika za psihijatriju

Zavod za psihološku medicinu

Odjel za adolescentnu psihijatriju

Cambierieva 17/7

51000 Rijeka

Tel. 051/658334

II. ŠKOLOVANJE:

Dodiplomsko školovanje

Srednja stručna sprema – medicinski radnik općeg smjera - medicinska sestra, Centar odgoja i usmjerenog obrazovanja u društvenim djelatnostima “Branko Semelić” Pula, 1980.

Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci, diplomirala 1990.

Poslijediplomsko školovanje

Obavezni stručni staž

Klinički bolnički centar Rijeka i Dom zdravlja Rijeka (svibanj 1990 - prosinac 1992)

Položen stručni ispit u Zagrebu 23.12.1992.

Sekundarijat

Psihijatrijska bolnica Lopača (svibanj 1993 - travanj 1997)

Specijalizacija iz psihijatrije

Klinički bolnički centar Rijeka (svibanj 1997 - veljača 2001)

Uža specijalizacija psihijatrije – dječje i adolescentne psihijatrije

Klinički bolnički centar Rijeka (ožujak 2005 - veljača 2008)

Pripremna izobrazba iz grupne analize

Institut grupne analize Zagreb (1994 – 1995)

Izobrazba za grupnog analitičara

Institut grupne analize Zagreb (1996 – 2001)

Poslijediplomski studij

Medicinski fakultet Rijeka, Sveučilište u Rijeci

Studij: Kliničke patofiziologije, smjer “Patofiziologija živčanog sustava i osjetnih organa”

(1992-1994)

Medicinski fakultet u Zagrebu, Sveučilište u Zagrebu

Stručni poslijediplomski studij: Dječja i adolescentna psihijatrija (ožujak - prosinac 2005)

Radno iskustvo

1990 - 1992. Pripravnički staž u Kliničkom bolničkom centru u Rijeci

1993 - 1997. Odjelni liječnik u Psihijatrijskoj bolnici Lopača

1997 - 2001. Klinika za psihijatriju, Klinički bolnički centar Rijeka

2001 - 2004. Odjelni liječnik specijalist psihijatrije u Psihijatrijskoj bolnici Lopača

Od 2004. Odjelni liječnik na Odjelu za adolescentnu psihijatriju, Zavoda za psihološku medicinu, Klinike za psihijatriju, Kliničkog bolničkog centra u Rijeci

III. AKADEMSKA I STRUČNA DRUŠTVA

- Association of European Psychiatrists
- Hrvatsko psihijatrijsko društvo
- Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju
- Hrvatsko društvo za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju
- Hrvatska udruga grupnih psihoterapeuta
- Hrvatska liječnička komora
- Hrvatsko društvo sudskih vještaka
- Psihoterapijska sekcija - ogranak Rijeka

IV. STRUČNI I ZNANSTVENI RADOVI

Kvalifikacijski radovi:

Rački D. Procjena ljestvica za ocjenu invalidnosti u bolesnika od multiple skleroze.

Magistarski rad. Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci, 2000.

Publikacije koje se citaraju u Current Contents:

1. Graovac M, Pernar M, Moro Lj, Petrić D, Ružić K, Girotto I, Frančišković T. Changes of adolescents' defence mechanisms during the first year of high school education. Coll Antropol 2006; 30(1):75-80.

Publikacije koje se citiraju u Current Contents u postupku objavljivanja:

1. Petrić D, Frančišković T, Juretić M, Šuković Z, Graovac M, Rački S, Ružić T, Britvić D. Defense Mechanisms in Alcohol Dependent Patient with Oral and Oropharyngeal Cancer. Coll Antropol September issue (35 (3) 2011).
2. Germin-Petrović D, Mesaroš-Devčić I, Lesac A, Mandić M, Soldatić M, Vezmar D, Petrić D, Vujičić D, Pavletić-Peršić M, Rački S. Health-related Quality of Life in the Patients on Maintenance Hemodialysis: the Analysis of demographic and Clinical Factors. Coll Antropol September issue (2011).
3. Vučić – Peitl M, Peitl V, Pavlović E, Prološčić J, Petrić D. Stigmatization of patients suffering from schizophrenia. Coll Antropol 2011; Supplement 2.
4. Vučić – Peitl M, Peitl V, Pavlović E, Blažević – Zelić S, Petrić D. Influence of personality traits on sexual functioning of patients suffering from schizophrenia od depression. Coll Antropol 2011; Supplement 2.

Sažeci kongresnih priopćenja koje se citiraju u Current Contents:

1. Rački D, Rački S, Rački Z, Sepčić J, Debelić D, Rudež J. Clinical scales in multiple sclerosis – evaluation of disability and handicap. Abstracts of the 14 th Congress of the European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis

(ECTRIMS 98); Multiple sclerosis Clinical and Laboratory Research/Allen, Ingrid V ,
ur. Avenel NJ: Stockholm Press: 1998; P 2080, str. 354.

2. Graovac M, Petrić D, Matković V, Frančičković T, Moro Lj. Treatment with sertraline in depressive adolescents. 8th ECNP Regional Meeting Moscow: J European College of Neuropsychopharmacology: Elsevier: 2005; 15(2):606-606. Abstracts- P.2.020.
3. Petrić D, Graovac M, Frančičković T, Kaštelan A, Moro Lj. Quetiapine: a potential treatment of anorexia nervosa. Abstracts of the 18th ECNP Congress; J European College of Neuropsychopharmacology: Elsevier: 2005;15(3):620-620.
4. Graovac M, Petrić D, Kaštelan A, Frančičković T, Moro Lj. Treatment with risperidon in early onset of psychotic decompensations in adolescents. Abstracts of the 8 th ECNP Regional Meeting: u: European Neuropsychopharmacology: Elsevier: 2005; 15(2):S87-S312: Psychotic disorder and antipsychotic P.2.020. str. 138-139.
5. Petrić D, Graovac M, Frančičković T. Efficacy and safety of ziprasidone in the treatment of schizophrenia in adolescence. The World Journal of Biological Psychiatry 2007; 8(1):147-147.

Publikacije u ostalim indeksima (Index medicus, Excerpta medica):

1. Rački Z, Vukelić M, Rački S, Rački D, Rinčić G, Stipanović M. Causes of permanent disability in professional drivers. Arh Hig Rada Toksikol 1991;42:205-13.
2. Rački S, Grković J, Matić-Glažar Đ, Razmilić D, Madžar Ž, Brnčić-Dabo N, Rački D. Invazivne metode liječenja otrovanja lijekovima i gljivama-vlastita iskustva. Liječ Vjesn 1996;118:161-2.
3. Ružić K, Dadić - Hero E, Knez R, Medved P, Petrić D. Pregnancy and atypical antipsychotics. Psychiatr Danub 2009;21(3):368-70.

4. Vučić - Peitl M, Petrić D, Peitl V. Ziprasidone as a possible cause of cleft palate in a newborn. Psychiatr Danub 2010;22(1):117-9.
5. Petrić D, Vučić - Peitl M, Peitl V. High doses alprazolam induced amenorrhoea and galactorrhoea. Psychiatr Danub 2011;23(1):123-4.
6. Frančišković T, Stevanović A, Blažić D, Petrić D, Šuković Z, Tovilović Z, Nemčić-Moro I. Croatian war veterans in print media in 1996 and in 2006. Psychiatr Danub 2011; 23(2):171-7.

Poglavlje u knjizi:

Petrić D. Poremećaji raspoloženja u djece i adolescenata. U: Ljubičić Đ, (ur.) Depresija i duhovnost. Sveučilište u Rijeci Medicinski fakultet Rijeka: Udžbenici sveučilišta u Rijeci: 2010, str. 123-155.

Kongresna priopćenja:

1. Rački D, Rački S, Rački Z, Materljan E, Rudež J, Debelić D, Škarpa - Prpić I, Sepčić J. Poser's clinical score system – for the evaluation of disability and handicaps in Multiple sclerosis patients. Neurol Croat 1997; 46(3):63.
2. Rački D, Sepčić J, Rački Z, Vulin M, Škarpa - Prpić I, Debelić D, Lovrović D. Evaluation of the scales for assessment of disability and handicap in Multiple sclerosis patients. Acta Clin Croat 1997;36:104.
3. Rački D, Pernar M, Rončević-Gržeta I, Tvrtković L, Kosić R, Frančišković T. Rezultati liječenja PTSP bolesnika. Hotujac Lj. (ur.). Opatija: Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Klinika za psihijatriju Rijeka, 1998;155.
4. Rački D, Pernar M, Rončević-Gržeta I, Tvrtković L, Kosić R, Frančišković T. Long term Effects of PTSD Treatment Program. The 1st International Conference on

- psycho-social consequences of war/Lars Weiaeth, Wybrand op den Velde, Tom Lundin, Herman Vukušić (ur.) Dubrovnik: World Veterans Federation, 1998;34.
5. Moro Lj, Pernar M, Frančišković T, Grković J, Rončević - Gržeta I, Rački D. Kontrantransfer i održavanje granica terapijskog procesa, Ljetna škola psihotraumatologije, Dubrovnik, 2000. (pozvano predavanje, sažetak)
 6. Moro Lj, Lesica T, Rački D, Sabljčić V, Janković M, Turković M. Turbulance during adolescence time and adict, 1st Croatian Conference on Alcoholism and Other Addictions, 3rd Alpe-Adria Conference on Alcoholism, Opatija 1999, Book of abstracts – No.39
 7. Moro Lj, Pernar M, Frančišković T, Grković J, Rončević-Gržeta I, Rački D. Emocionalne reakcije psihoterapeuta i održavanje granica terapijskog procesa. Dugotrajne posljedice psihotraume i terapijske mogućnosti. 3. Savjetovanje o psihosocijalnoj pomoći stradalnicima Domovinskog rata: Dugotrajne posljedice psihotraume i terapijske mogućnosti: zbornik radova. Moro Lj i ur. Rijeka: Ministrastvo hrvatskih branitelja, Medicinski fakultet Rijeka, 2000;1-17. (pozvano predavanje, objavljen rad, stručni)
 8. Petrić D, Graovac M, Kaštelan A, Sveško-Visentin H, Frančišković T, Moro Lj. Uspješnost liječenja poremaćaja hranjenja quetiapinom, Drugi hrvatski psihijatrijski dani, Opatija 2005, Zbornik sažetaka – Rb. 39.
 9. Petrić D, Graovac M., Perić Lj, Mandić T, Frančišković T, Moro Lj: Hospitalno liječenje adolescenata na Odsjeku za adolescente i obitelj Klinike za psihijatriju KBC Rijeka, II. Hrvatski kongres dojenačke, dječje i adolescentne psihijatrije, Zagreb, 2005; Psihičko zdravlje - ljepota različitosti (knjiga sažetaka):35.

10. Graovac M, Petrić D, Matković V, Sveško - Visentin H, Frančišković T, Moro Lj. Olanzapin i fluoksetin u terapiji anoreksije nervoze – prikaz slučaja, Drugi hrvatski psihijatrijski dani, Opatija 2005, Zbornik sažetaka – Rb. 23.
11. Petrić D, Graovac M, Kaštelan A, Sveško - Visentin H, Frančišković T, Moro Lj: Uspješnost liječenja poremećaja hranjenja quetiapiinom. 2. Hrvatski psihijatrijski dani, Opatija, 2005.; Knjiga sažetaka:80-81.
12. Graovac M, Petrić D. Liječenje depresivnih poremećaja u adolescenciji, IV. Hrvatski psihijatrijski kongres, Cavtat, 2006; Za boljitak bez stigme (knjiga sažetaka):67.
13. Petrić D, Graovac M, Frančišković T, Ljubičić Đ: Učinkovitost quetiapina u liječenju anoreksije nervoze, IV. Hrvatski psihijatrijski kongres, Cavtat, 2006; Za boljitak bez stigme (knjiga sažetaka):105-106.
14. Petrić D, Juretić M, Graovac M, Frančišković T: Pojavnost depresije u bolesnika sa zloćudnim tumorom glave i vrata, IV. Hrvatski psihijatrijski kongres, Cavtat, 2006; Za boljitak bez stigme (knjiga sažetaka):109.
15. Graovac M, Petrić D. Liječenje depresivnih poremećaja u adolescenciji. IV. Hrvatski psihijatrijski kongres, Cavtat, 2006.; Za boljitak bez stigme (knjiga sažetaka): 67-68.
16. Petrić D, Graovac M, Janović S, Frančišković T. Učinkovitost i sigurnost ziprasidona u liječenju shizofrenije u adolescenata, 4. Hrvatski psihijatrijski dani, Opatija, 2007; Knjiga sažetaka: 52-53.
17. Petrić D, Graovac M, Kaštelan A, Letica - Crepulja M, Sveško - Visentin H, Frančišković T, Moro Lj. Specifičnosti grupno analitičkog rada s adolescentima. 1. hrvatski psihoterapijski kongres „Izazovi psihoterapije u stoljeću uma“. Zadar 2008, Zbornik radova: 66-67.
18. Ružić K, Dadić – Hero E, Knez R, Medved P, Petrić D. Trudnoća i atipični antipsihotici. Komorbiditet i psihofarmakoterpija: Zadar: 2009;54-55.

19. Butković L, Graovac M, Petrić D, Kaštelan A, Sveško-Visentin H, Frančišković T. Psihotični i konverzivni simptomi u adolescenciji. 7. hrvatski psihijatrijski dani. Opatija 2010. Zbornik sažetaka: 46.
20. Petrić D, Sabljčić V. Post-traumatic stress disorder as a potential predictor for Alzheimers disease. 5.hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti Zadar. Neurol Croat 2010;59(2):105.
21. Graovac M, Kaštelan A, Petrić D, Rebić J. Terapija crtežom i strahovi u djeteta. 5. Hrvatski psihijatrijski kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Šibenik 2010. Zbornik sažetaka:101-102.
22. Graovac M, Petrić D, Kaštelan A, Sveško - Visentin H, Rebić J. Otpori majke u psihoterapiji kasnog adolescenta. 5. Hrvatski psihijatrijski kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Šibenik 2010. Zbornik sažetaka:117.
23. Rebić J, Graovac M, Petrić D, Rončević - Gržeta I, Jardas - Rebić B, Frančišković T. Rizični faktori za psihotični poremećaj u adolescenciji. 5. Hrvatski psihijatrijski kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Šibenik 2010. Zbornik sažetaka:169.
24. Kaštelan A, Graovac M, Mandić T, Petrić D, Čučuković M, Perić Lj. Koji adolescenti prekidaju liječenje u Dnevnoj bolnici. 5. Hrvatski psihijatrijski kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Šibenik 2010. Zbornik sažetaka:105.
25. Lesica T, Knez R, Petrić D, Pernar M, Ljubičić Đ. Oniomanija, poremećaj nagona, ovisnost ili ...? 5. Hrvatski psihijatrijski kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Šibenik 2010. Zbornik sažetaka:156.
26. Sabljčić V, Petrić D. Višestruki komorbiditet kroničnog neliječenog PTSP-a i tumora mozga. 5. Hrvatski psihijatrijski kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Šibenik 2010. Zbornik sažetaka:114.

27. Sveško – Visentin H, Graovac M, Petrić D. Psihoterapijska adolescentna grupa kao pomoć u potrazi za identitetom. 18. Konferencija psihologa, Opatija 2010. Zbornik sažetaka.
28. Graovac M, Knez R, Petrić D, Kaštelan A, Sveško - Visentin H, Frančišković T. Zapisi na koži – skrivena poruka. Zbornik sažetaka, Medved V, ur. Zagreb: HPD, Klinika za psihijatriju KBC Zagreb: 2011;7-8.
29. Vučić - Peitl M, Peitl V, Pavlović E, Prološčić J, Petrić D. Stigmatization of patients suffering from schizophrenia. 4th International Congress of Croatian Association for Protection of non Ionizing Radiation. Under the auspices of Medical faculty – University of Rijeka. Abstract Book. Rab: 2011;32.
30. Vučić - Peitl M, Peitl V, Pavlović E, Blažević - Zelić S, Petrić D. Influence of personality traits on sexual functioning of patients suffering from schizophrenia or depression. 4th International Congress of Croatian Association for Protection of non Ionizing Radiation. Under the auspices of Medical faculty – University of Rijeka. Abstract Book. Rab: 2011;43.

Znanstveno istraživačka djelatnost:

Znanstveni projekti:

1996 – 2000 Projekt: “Multipla skleroza u Hrvatskoj” u okviru Ministarstva znanosti i tehnologije, RH; 062015. Voditelj: Prof.dr.sc. Juraj Sepčić

1998 – 2001 Projekt: “Psychological responses to impunity for perpetrators of human right violations and traumatic stress in survivors of war and torture” Institute for trauma research, Maudsley Hospital, London. Director: Metin Basoglu, MD, PhD

1997 – 2005 Projekt: “Terapijski pristup žrtvama rata” u okviru Ministarstva znanosti i tehnologije, RH; 062026. Voditelj: Prof. dr. sc. Ljiljana Moro

Sudjelovala u 25 kliničkih ispitivanja.

V. OSOBNO

Služim se engleskim i talijanskim jezikom, poznajem rad na osobnom računalu s upotrebom komercijalnih softverskih paketa i korištenjem interneta.

Majka sam jednog djeteta, sin Valentino (20 godina).