

Psihosocijalna prilagodba na rak dojke

Rosanda Pahljina-Reinić

Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju

Ovaj rad predstavlja pregledni osvrt na dosadašnja istraživanja u području psihosocijalne prilagodbe bolesnica na oboljenje od raka dojke. U smislu ispitivanih pokazatelja prilagodbe, većina provedenih istraživanja odražava jednodimenzionalni, emocijama usmjeren pristup, stoga su prikazani rezultati istraživanja u kojima su, kao adaptacijski ishodi, ispitivane mjere emocionalnog funkcioniranja ove populacije. Naveden je pregled najvažnijih determinanti psihosocijalne prilagodbe na rak dojke. Detaljnije je razmotrena uloga koju u procesu prilagodbe bolesnica na ovo oboljenje imaju suočavanje sa stresom, percipirana kontrola i percipirana socijalna podrška. Također, rad sadrži i kratak prikaz nalaza istraživanja uloge psihosocijalnih čimbenika u etiologiji i kliničkom tijeku oboljenja od raka dojke.

Ključne riječi: rak dojke, psihosocijalna prilagodba, suočavanje, percepcija kontrole, percepcija socijalne podrške

Prva kontrolirana istraživanja u ispitivanju psihosocijalnih pitanja vezanih za rak javljaju se krajem 70-ih godina 20. st., a 80-ih ovo istraživačko područje dobiva naziv *psihosocijalna onkologija* (Redd, 1995). Pojavu potrebe za ovim istraživanjima značajnije su potakle i opravdale prve intervencijske studije o primjeni bihevioralnih metoda u kontroli popratnih pojava u kemoterapiji raka (Burish i Lyles, 1979, 1981; Morrow i Morrell, 1982; Redd i Andresen, 1981; Redd, Andresen i Minagawa, 1982). Izuzetan napredak u području izučavanja psihosocijalnih aspekata oboljenja od raka od tada pa do danas ogleda se, između ostalog, i u pojavi stručnih časopisa namijenjenih isključivo istraživanjima psihosocijalnih čimbenika oboljenja od raka (npr. *Journal of Psychosocial Oncology* i *Psycho-Oncology*).

Rak dojke najčešće je zloćudno oboljenje žena u svijetu. Drugi je najčešći oblik raka,

iza raka pluća, kada se radi o oboljevanju obaju spolova. Na rak dojke otpada 10,1% svih slučajeva raka u svijetu ili nešto preko milijun novooboljelih žena godišnje. Javlja se s učestalošću od 9 do 11% (svaka 9. do 11. žena) (Strnad, 2002).

Pored velike zastupljenosti i stalnog porasta broja novooboljelih od raka dojke, žene s ovim oboljenjem su također i jedna od najvećih grupa unutar populacije oboljelih od raka s petogodišnjim preživljavanjem. Prema procjenama Američkog društva za rak, u SAD-u se u 2004. godini petogodišnje preživljavanje očekuje u 97% slučajeva lokaliziranog raka dojke, odnosno 79% slučajeva regionalnog oboljenja (American Cancer Society, 2004). Divergencija između novooboljelih i mortaliteta od raka dojke u razvijenim zemljama uvjetovana je, prije svega, primjenom organiziranih programa ranog otkrivanja raka dojke (palpacija i mamografija) kojima se dijagnosticiraju mali i lokalizirani tumori u izlječivom stadiju bolesti (National Cancer Institute, 2004).

U kontekstu velike zastupljenosti raka dojke u populacijama širom svijeta te produljivanja života žena s ovim oboljenjem, ne iznenađuje činjenica da su zloćudni tumori dojke u

Svu korespondenciju koja se odnosi na ovaj članak adresirati na Rosanda Pahljina-Reinić, Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet, Sveučilište u Rijeci, Trg I. Klobučarića 1, 51 000 Rijeka.

E-mail: rpahljina-reinic@human.pefri.hr

žena jedna od najčešće ispitivanih vrsta oboljenja od raka.

Istraživanja su usmjerena na moguć utjecaj čimbenika ličnosti i stresa na pojavu i klinički tijek bolesti, na psihološke učinke dijagnoze i tretmana raka dojke, pojavu i prirodu psiholoških i psihijatrijskih problema, na razvoj i evaluaciju psiholoških intervencija u svrhu ublažavanja popratnih pojava i poboljšanja kvalitete života ove populacije, na psihološke učinke organiziranih preventivnih zdravstvenih pregleda i savjetovanje žena s visokim rizikom, na organizaciju službi za pružanje psihosocijalne podrške, treninga zdravstvenog osoblja u osnovnim vještinama savjetovanja, te psihoneuroimunologiju (Walker i Eremin, 1996).

PSIHOSOCIJALNI ČIMBENICI U ETIOLOGIJI I KLINIČKOM TIJEKU RAKA DOJKE

Popularnu zdravstvenu literaturu već dulje vrijeme karakterizira vjerovanje o povezanosti psihosocijalnih čimbenika i razvoja raka. Jednim dijelom ta vjerovanja podržava činjenica da teorije psihosocijalnog utjecaja osiguravaju javnosti razumljive i dostupne pretpostavke o etiologiji i kliničkom tijeku ovog oboljenja. Također, i povrh takvih teorija i izvješća, to uvjerenje potkrepljuje i neupitna mogućnost osobne kontrole u oboljevanju. Poznato je, naime, da je promjenom nekih aspekata ličnosti ili ponašanja moguće mijenjati tjelesno zdravlje i/ili rizik od oboljenja.

Istraživanja uloge psihosocijalnih čimbenika u razvoju raka u izvjesnoj su mjeri potaknuta rezultatima koji jasno podržavaju njihov utjecaj u razvoju kardiovaskularnih oboljenja (Booth-Kewley i Friedman, 1987). U istraživanjima psihosocijalnih čimbenika u razvoju i kliničkom tijeku raka ističe se nekoliko značajnijih istraživačkih područja.

Jedno od njih ispituje odnose između pojave raka i stabilnih stilova ličnosti. Premda su rezultati miješani, a veličina efekata u većini slučajeva tek umjerena, uočava se izvjesna konvergencija rezultata prema tipu ličnosti karakteriziranom konformizmom i potiskivanjem emocija, naročito ljutnje (Spiegel i Kato, 1996). Odnos između ličnosti i raka bolje je potvrđen vezano za klinički tijek ovog oboljenja. Istraživanja pokazuju da pacijenti oboljeli od raka koji aktivno reagiraju na oboljenje, u vidu optimiz-

ma, asertivnosti i odlučnosti da se odupru oboljenju, žive duže nego pacijenti oboljeli od raka koji pokazuju tzv. C tip uzorak ličnosti (pasivno reagiraju na oboljenje u vidu depresije, bespomoćnosti i beznadežnosti) (Derogatis, Abeloff i Melisaratos, 1979; Greer, 1991; Temoshok, 1985). Pojedince C tipa ličnosti karakterizira upravo potiskivanje emocionalnih odgovora, posebno ljutnje, a opisuju se u terminima osobina kao što su inhibicija, pretjerana socijaliziranost, konformizam, kompulsivnost, depresivnost (Baltrusch, Stangel i Titze, 1991). Prema nekim autorima, ti su pojedinci svjesni negativnih emocija, ali ih potiskuju, te se pojavljuju kao poslušni, submisivni i pasivni (Traue i Pennebaker, 1993).

Jedno područje istraživanja ispituje ulogu stresnih životnih situacija u etiologiji i kliničkom tijeku raka. Pokazalo se, naime, da pojedinci oboljeli od raka u retrospektivnim ispitivanjima iskazuju više razine stresnih životnih događaja prije pojave oboljenja u odnosu na usporedne skupine (Skalar i Anisman, 1981; Forsen, 1989). Naročitu prediktivnu vrijednost za razvoj raka pokazuje gubitak bliske i pojedincu značajne osobe (Gatchel, Baum i Krantz, 1989), a Bahnson (1981) ističe da taj životni događaj može potaknuti maligne procese putem psiholoških mehanizama depresije, razočarenja i gubitka nade. Zanimljiv je nalaz da stresni životni događaji u većoj mjeri doprinose razvoju raka kod pojedinaca koji potiskuju svoje emocije, u prvom redu ljutnju (Kissen, 1966). Također, stresni se životni događaji pokazuju boljim prediktorima razvoja raka ukoliko se vezuju uz percepciju niske kontrole nad situacijom (Taylor, 1995), te kada se kao mjere koriste subjektivne procjene stresnih životnih događaja (Bryla, 1996; Spiegel i Kato, 1996). Kada je riječ o mogućim mehanizmima u osnovi povezanosti stresnih životnih situacija i razvoja raka, većina istraživanja podržava mogućnost da oni uključuju stresom potaknuto slabljenje imunoloških odgovora (O'Leary, 1990; Shwartz, 1990; Traue i Pennebaker, 1993).

Rezultati na području istraživanja utjecaja socijalne podrške na pojavu i klinički tijek raka, premda daju još uvijek nejasnu sliku povezanosti i zahtijevaju daljnja istraživanja, u velikoj mjeri potvrđuju povezanost niskih razina socijalne podrške i gubitka socijalne podrške s povećanom smrtnosti kod raka (Hislop, Waxler, Coldman, Elwood i Kan, 1987; Maun-

sell, Jaques i Deschenes, 1993; Waxler-Morrison, Hislop, Mears i Kan, 1991). Neka istraživanja također nalaze povezanost nedostatka socijalne podrške s višom pojavnosti raka (Taylor, 1995). Reynolds i Kaplan (1990) nalaze, na primjer, pet puta veći relativan rizik smrtnosti i dva puta veću pojavnost hormonalno vezanih vrsta raka kod socijalno izoliranih žena. Carlsson i Hamrin (1994) u preglednom radu psihosocijalnih aspekata oboljenja od raka dojke također ističu da većina istraživanja upućuje na značaj socijalne podrške u preživljavanju ove populacije.

Rak dojke najčešće je izučavan oblik raka vezano za pitanje uloge psihosocijalnih čimbenika u njegovom razvoju. Ispitivane su pretpostavke o povezanosti raka dojke i stabilnog stila ličnosti karakteriziranog izbjegavanjem konflikata (pasivnost, nekompetitivnost, ljubavnost u osobnim interakcijama) (Cooper, Davies-Cooper i Faragher, 1986), stila suočavanja karakteriziranog upotrebom negiranja i potiskivanja (Hu i Silberfarb, 1988; Katz, Weiner, Gallagher i Hellman, 1970; Sherg, Cramer i Blohmke, 1981), C tipa ličnosti (Greer, 1991; Jansen i Muenz, 1984), stresnih životnih događaja (Cooper i sur., 1986; Geyer, 1993; Roberts, Newcomb, Trentham-Dietz i Storer, 1996), gubitka bliskog odnosa (Ewertz, 1986; Forsen, 1991; Jasmin, Le, Marty i Herzber, 1990), ekstraverzije (Hughson, Cooper, McArdle i Smith, 1988; Priestman, Priestman i Bradshaw, 1985), anksioznosti i depresije (Andrykowski i sur., 1996; Forsen, 1991; Jasmin i sur., 1990; Neuhaus, Zok, Gohring i Scharl, 1994).

Pregledne radove iz ovog područja moguće je svrstati u dvije kategorije: (a) radovi koji zaključuju da nema povezanosti između psihosocijalnih čimbenika i raka dojke, a koji pozitivne rezultate tumače nizom metodoloških i konceptualnih nedostataka istraživanja (npr. Hiller, 1989) i (b) radovi koji podržavaju zaključak o niskoj ili umjerenoj povezanosti psihosocijalnih čimbenika i raka dojke (npr. Bryla, 1996; McKenna, Zevon, Corn i Rounds, 1999). Općenito, nema preglednih radova koji zaključuju da između razvoja raka dojke i ličnosti postoji jasan odnos ili visoka povezanost.

Među smjericama za buduća istraživanja uloge psihosocijalnih čimbenika u etiologiji i kliničkom tijeku raka dojke ističe se potreba za primjenom mjernih instrumenata validiranim na uzorcima pacijenata oboljelih od raka, potreba

za višestrukim procjenama konstrukata, longitudinalnim istraživanjima, uzorcima sudionika izjednačene dobi i socijalnog statusa, usporednim skupinama (zdrava populacija ili populacija s dobroćudnim oboljenjima dojke), prospektivnim istraživačkim nacrtima, te potreba za teorijskim modelima i metodologijama koje razmatraju odnos hormonalnih, fizioloških i psiholoških reakcija u razvoju raka dojke. Općenito gledano, dosadašnji rezultati podržavaju primarnost bioloških mehanizama u etiologiji i kliničkom tijeku raka dojke (McKenna i sur., 1999).

PSIHOSOCIJALNI ČIMBENICI I PRILAGODBA NA RAK DOJKE

Umjerene korelacije između stresa i široka raspona tjelesnih i mentalnih zdravstvenih ishoda temeljni su rezultat u području izučavanja odnosa između stresa i zdravlja općenito. Objašnjavajući tek malu proporciju varijance oboljenja, svojevrsna su teškoća u definiranju uloge stresa u razvoju oboljenja. Međutim, s druge strane, promatrane kao izraz čovjekove otpornosti na stres, ne samo da su pozitivan rezultat, nego je takvo shvaćanje rezultiralo i značajnim preokretom u izučavanju odnosa stresa i zdravlja.

Dok se stres tradicionalno proučavao kao čimbenik koji doprinosi razvoju oboljenja, u novije se vrijeme proučavaju čimbenici za koje se smatra da posreduju u odnosu stres-bolest i doprinose otpornosti na stres, a time i poboljšanju kvalitete života (Holahan i Moos, 1990; 1994). Među njima se najčešće istražuju neke varijable ličnosti, strategije suočavanja i socijalna podrška (Hudek-Knežević, 1993). Pored ispitivanja njihove uloge vezano uz mogućnost da čovjek ostane zdrav usprkos izloženosti stresu, posebno značajno mjesto zauzimaju u području proučavanja prilagodbe na različita oboljenja.

Zbog povećane prevalencije kroničnih oboljenja i produljivanja života ljudi s takvim oboljenjima zahvaljujući ranom otkrivanju i poboljšanjima u medicinskim tretmanima, danas je prisutan velik interes za razumijevanjem pitanja prilagodbe na oboljenja, te je broj istraživanja u ovom području posljednje vrijeme znatno porastao.

Prilagodba na oboljenje višeznačan je proces. Moos i Schaefer (1984) ističu tri osnovna zadatka prilagodbe: (1) suočavanje s tjeles-

nim posljedicama oboljenja (simptomi, bol, tjelesna nesposobnost); (2) suočavanje s medicinskim tretmanom i bolničkim okruženjem; (3) razvoj i očuvanje dobrih odnosa sa zdravstvenim osobljem; te četiri općenitija zadatka prilagodbe: (1) očuvanje emocionalne ravnoteže; (2) očuvanje osjećaja kompetentnosti u postizanju osobnih ciljeva; (3) očuvanje dobrih odnosa s obitelji i s prijateljima; (4) priprema na zahtjeve kojima će napredovanje bolesti rezultirati u budućnosti.

Postojeća istraživanja usmjerena su, međutim, najčešće na jedan ili najviše na dva takva zadatka, pa stoga omogućavaju tek djelomičan uvid u proces prilagodbe na oboljenja. Najzastupljenija su istraživanja suočavanja s boli i s medicinskim tretmanima, te istraživanja kroničnih oboljenja u kojima se ispituje mentalno ili psihološko zdravlje kao ishodna varijabla (Aldwin, 1994).

Kada je riječ o prilagodbi na rak dojke, treba istaknuti specifičnosti raka dojke kao stresnoga životnog događaja. Naime, dijagnoza raka dojke ozbiljna je prijetnja zdravlju koja dovodi u pitanje život bolesnice. Pored toga, uključuje i čitav niz dodatnih posljedica, među kojima se ističu strah od stigmatizacije i odbijanja od strane drugih kada saznaju za dijagnozu, zabrinutost vezana za pitanje je li se rak proširio, nesigurnost vezana za reakciju oboljenja na medicinske tretmane, pitanje odluke o pristajanju na rekonstruktivne zahvate, financijska pitanja (Kaplan, Sallis i Patterson, 1993). Thompson, Sobolew-Shubin, Galbraith, Schwankovsky i Cruzen (1993) ističu negativnu emocionalnost, probleme u socijalnim odnosima, posljedice na radnu učinkovitost, bol i neugodne medicinske tretmane, a Helgeson i Cohen (1996) smatraju da dijagnoza raka, dovodeći u pitanje temeljne pretpostavke pacijenata o sebi i svijetu, može rezultirati konfuzijom, osjećajem osobne neadekvatnosti, te smanjiti osjećaje kontrole i povećati podložnost negativnim učincima stresa.

Dijagnoza raka dojke i medicinski tretmani koji ju slijede očito zahtijevaju kontinuirano prilagođavanje širokom rasponu stresnih posljedica oboljenja te je prilagodba na rak dojke izuzetno složen proces. Pokazatelje uspješne prilagodbe predstavljaju aktivna uključenost u svakodnevne aktivnosti, očuvanje životnih uloga u najvećoj mogućoj mjeri i uspješno reguliranje negativnih emocija (Spencer, Carver i Pri-

ce, 1998). Prema mišljenju Nicholas i Veach (2000), kvaliteta života pacijenata oboljelih od raka, izravan je ishod prilagodbe na oboljenje definirane ovim pokazateljima. Pri tom uspješnija prilagodba na oboljenje podrazumijeva bolju kvalitetu života.

Treba, međutim, istaknuti da istraživanja prilagodbe bolesnica na rak dojke, kao i istraživanja prilagodbe osoba na oboljenja općenito, većinom odražavaju jednodimenzionalan, emocijama usmjeren pristup. Pri tom je izostavljen čitav raspon drugih važnih ponašanja i uloga pacijentica na koja oboljenje može utjecati, što pri generalizaciji rezultata, naročito vezano za njihovu moguću primjenu, treba imati u vidu. Česta ograničavanja istraživanja na emocionalnu prilagodbu ujedno ograničavaju i potencijal za planiranje intervencija namijenjenih pacijentima s rakom (Nelson, Friedman, Baer, Lane i Smith, 1993).

Razmatrajući područje izučavanja prilagodbe osoba na oboljenja općenito, Aldwin (1994) ukazuje na potrebu za ispitivanjem i pozitivnih i negativnih ishoda procesa prilagodbe na oboljenja i to na četiri razine: fiziološkoj, psihološkoj, socijalnoj i kulturalnoj. Međutim, sadašnja tehnologija i postojeći teorijski modeli omogućavaju zahvaćanje tek jednoga užeg dijela adaptacijskih ishoda.

Emocionalna prilagodba na rak dojke

Procjenjuje se da ukupna prevalencija mentalnih poremećaja u populaciji pacijenata oboljelih od raka iznosi približno 47%, od čega velik dio čine reaktivni poremećaji prilagodbe (Derogatis i sur., 1983; Massie i Holland, 1990).

U slučaju emocionalne prilagodbe bolesnica na rak dojke, ranija su istraživanja sugerirala da kod oboljelih dolazi do težih emocionalnih reakcija na dijagnozu u vidu depresije, anksioznosti i ljutnje (Meyerowitz, 1980; Miller, 1980), dok noviji radovi daju pozitivniju sliku. Tako Schover (1991) u svom preglednom radu zaključuje da dijagnoza raka, iako kod većine žena izaziva tugu, ljutnju i pojačani strah, ne dovodi do pojave težih emocionalnih poremećaja. Massie i Holland (1990) nalaze depresivne simptome kod 25% hospitaliziranih pacijenata sa rakom, ali samo 5% pacijenata s težom depresijom, što bi se moglo očekivati i u općoj populaciji. Hopwood, Howell i Maguire (1991)

nalaze afektivne poremećaje kod 30% pacijentica sa rakom dojke, od čega se trajnijim pokazuje 1/3.

Iako dijagnoza raka dojke obično ne rezultira psihopatologijom, istraživanja ipak upućuju na znatan varijabilitet emocionalnih reakcija na ovo oboljenje, kako na interindividualnoj, tako i na intraindividualnoj razini (Stanton i Snider, 1993). Stoga istraživanja emocionalne prilagodbe na rak dojke nastoje specificirati u kojim su vremenskim točkama kliničkog tijeka oboljenja negativni emocionalni ishodi najvjerojatniji, te identificirati čimbenike koji olakšavaju ili otežavaju emocionalnu prilagodbu.

Rezultati istraživanja ukazuju na uobičajenu pojavu povišenih razina mjera negativnih emocionalnih ishoda u ovoj populaciji tijekom prvih mjeseci oboljenja, naročito neposredno nakon dijagnoze (Bleiker, Ploeg, Ader, Dalal i Hendriks, 1995; Neuhaus i sur., 1994). Nakon toga, negativne se emocije smanjuju i dalje zadržavaju relativno stabilne razine. Carver i suradnici (1993) nalaze najveći poremećaj u raspoloženju kod pacijentica s rakom dojke tjedan dana nakon dijagnoze, odnosno neposredno prije kirurškog zahvata. Nakon toga, negativno raspoloženje statistički značajno opada i u daljnjim praćenjima tijekom narednih godinu dana više ne pokazuje značajne promjene. Slično tome, Irvine, Brown, Crooks, Roberts i Browne (1991) u svom preglednom radu zaključuju da većina žena sa rakom dojke ne doživljava dugotrajniji porast negativnih emocija. U istraživanju anksioznosti i depresije kao mjera emocionalne prilagodbe pacijentica s rakom dojke pri dijagnozi, te tri i šest mjeseci nakon dijagnoze, Epping-Jordan i suradnici (1999) nalaze značajno smanjenje anksioznosti kroz sva mjerenja, dok depresivni simptomi nisu pokazali promjene tijekom triju mjerenja. Rezultati istraživanja Stanton i Snidera (1993), koje je pored procjene negativnih uključivalo i procjenu pozitivnih emocija kao mjere emocionalne prilagodbe, pokazuju značajan porast negativnih emocija pacijentica s rakom dojke nakon dijagnoze, te potom njihovo smanjenje nakon kirurškog zahvata. S druge strane, neposredno nakon dijagnoze, razine pozitivnog afekta značajno su se smanjile te su i nakon kirurškog zahvata njegove vrijednosti ostale niže u odnosu na početnu razinu prije dijagnoze. Slični rezultati dobiveni su i u istraživanju emocionalne prilagodbe na rak doj-

ke na hrvatskom uzorku pacijentica (Pahljina-Reinić, 2004). U razdoblju nakon kirurškog zahvata, u usporedbi s razdobljem prije njega, utvrđeno je poboljšanje u emocionalnoj prilagodbi u vidu značajnog smanjenja negativnih emocija pacijentica. Razine pozitivnih emocija bile su podjednake tijekom oba ispitivana razdoblja. U istraživanju prilagodbe pacijentica s rakom dojke prosječno 3,5 godina nakon dijagnoze, Kessler (2002) nalazi visoke razine pozitivnih, odnosno niske razine negativnih emocija kod ovih pacijentica. Zaključuje da pacijentice s rakom dojke, usprkos potencijalnim negativnim ishodima oboljenja, ostvaruju dobru emocionalnu prilagodbu i procjenjuju svoju kvalitetu života čak većom od prosječne kvalitete života ljudi općenito.

Iz navedenog pregleda istraživanja moguće je uočiti da su najčešće mjere emocionalne prilagodbe negativne emocije te anksioznost i depresija. Izuzetno rijetko istraživanja emocionalne prilagodbe na rak dojke, pored ispitivanja negativnih, uključuju i ispitivanje pozitivnih emocija.

S tim u vezi važno je istaknuti da znatan dio empirijske literature u području izučavanja stresa i prilagodbe općenito ukazuje na potrebu za uvođenjem mjera pozitivnih emocionalnih ishoda u istraživanja. Naime, istraživanja u području izučavanja strukture i dinamičnih obilježja raspoloženja sugeriraju da pozitivna i negativna emocionalna stanja nisu suprotni polovi kontinuuma emocionalnog doživljavanja, nego da pokazuju međusobno ortogonalan ili nezavisan odnos (npr. Diener i Emons, 1985; Diener i Iran-Nejad, 1986; Watson i Tellegen, 1985; Zevon i Tellegen, 1982). U tom kontekstu, opravdano je pretpostaviti i nezavisne učinke različitih psihosocijalnih varijabli na ta dva pokazatelja emocionalne prilagodbe (Aldwin, 1994).

Međutim, istraživanja također pokazuju da skraćivanje vremenskog perioda tijekom kojeg se emocionalna stanja procjenjuju i mjere, te porast njihovog intenziteta, smanjuju nezavisnost dimenzija pozitivnog i negativnog raspoloženja, te da zapravo istovremeno doživljavanje intenzivnih pozitivnih i negativnih emocionalnih stanja nije moguće (Feldman Barrett i Russell, 1998; Russell i Carroll, 1999). Stoga se postavlja pitanje je li tijekom perioda intenzivnog stresa uopće moguća zajednička pojava dimenzija pozitivnog i negativnog raspoloženja.

Folkman i Moskowitz (2000) ističu da izvjesni stresni vremenski period, pored niza stresnih okolnosti i događaja koji proizvode negativna emocionalna stanja, uključuje i manji broj pozitivnih događaja koji dovode do pojave pozitivnih emocionalnih stanja, te da pretpostavka o istovremenoj pojavi obje dimenzije raspoloženja u periodima intenzivnog stresa nailazi na sve veću empirijsku potvrdu. Prema njihovom mišljenju, dimenzija pozitivnog raspoloženja neopravdano je zanemarena u većini modela stresa, posebno u smislu mogućih pozitivnih funkcija u prilagodbi na stres.

Pregled najvažnijih psihosocijalnih čimbenika u prilagodbi na rak dojke

Psihosocijalne čimbenike za koje se smatra da značajnije određuju prilagodbu na oboljenje od raka općenito, pa tako i prilagodbu pacijentica s rakom dojke, moguće je podijeliti u tri široke kategorije varijabli: situacijske varijable, varijable životnog konteksta i osobne varijable (Holland, 1998).

Kategoriju *situacijskih varijabli* čine varijable vezane uz samo oboljenje. Tu se u prvom redu ističe klinički stadij raka dojke, određen na temelju TNM klasifikacije tumora dojke Američkoga udruženog komiteta za rak (Beahrs, Henson, Hutter i Myers, 1988; Dollinger, Rosenbaum i Cable, 1997). TNM klasifikacija koristi se u svrhu standardizacije postupka određivanja kliničkog stadija raka dojke. "T" označava veličinu tumora, "N" stupanj proširenosti tumora u limfne čvorove i "M" prisutnost udaljenih metastaza. Na temelju kombinacija tih triju pokazatelja, izvršena je podjela raka dojke u četiri klinička stadija, s povećanjem težine oboljenja od kliničkog stadija I do kliničkog stadija IV. Klinički stadij određuje odabir postupaka liječenja, kao i dugoročnu prognozu oboljenja, pa je stoga jedna od ključnih varijabli u razumijevanju situacijskog konteksta u kojem se emocionalna prilagodba oboljelih odvija (Heim, 1991; Spencer i sur., 1998).

Sljedeću važnu situacijsku varijablu čini klinički tijek oboljenja. Većina žena započinje kontinuum bolesti otkrivanjem simptoma i neposrednim ili odgođenim liječničkim pregledom. U vrijeme biopsije i kirurškog zahvata saznaju se dijagnoza, stadij i prognoza, a ubrzo nakon toga, praćeno specifičnim rizicima i popratnim pojavama, započinje liječenje u trajanju

od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci. U slučaju učinkovitih medicinskih tretmana slijedi period oporavka i dulji period bez znakova bolesti. Kod nekih pacijentica to rezultira dugoročnim preživljavanjem i izlječenjem, a kod drugih rak dojke postaje kronično oboljenje praćeno dugoročnim tjelesnim nesposobnostima. Ponekad period bez znakova bolesti prekida povratak simptoma ili pojava metastaza, nakon čega slijedi daljnje liječenje. Uz neučinkovite ili djelomično učinkovite medicinske tretmane taj se krug može ponavljati i do nekoliko puta, a terminalni stadij bolesti prati paliativna njega. Prema tome, klinički se tijek može bitno razlikovati od pacijentice do pacijentice, a pored toga, svaka točka na kontinuumu kliničkog tijeka raka dojke specifična je stresna situacija (Nicholas i Veach, 2000).

Tjelesna nesposobnost je situacijska varijabla koja može otežavati prilagodbu ograničavanjem pacijentice u aktivnom obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Svjetska zdravstvena organizacija (The World Health Organization, 1980) definira tjelesnu nesposobnost kao bilo koje ograničenje ili smanjenje sposobnosti za obavljanje aktivnosti na način ili u rasponu koji se smatra normalnim za čovjeka. Ograničenja u prilagodbi mogu rezultirati iz niza funkcionalnih oštećenja izazvanih medicinskim tretmanima, njihovim popratnim pojavama i/ili samim oboljenjem (npr. umor, mučnina i povraćanje, bol, limfedemi i dr.), a simptomi mogu biti akutne, kronične ili varijabilne prirode. Istraživanja pokazuju da su ograničenja u obavljanju svakodnevnih aktivnosti značajan posredujući čimbenik u odnosu između kliničkog stadija oboljenja od raka i emocionalne prilagodbe, te da povratak težine oboljenja, kao i nekih psihosocijalnih varijabli (dob, socijalna podrška, ličnost), značajno objašnjava dodatnih 6 do 14% proporcije varijance depresivnih simptoma (Williamson, 1998; Williamson i Schulz, 1995).

Sljedeću kategoriju psihosocijalnih čimbenika značajnih u prilagodbi na oboljenje od raka dojke predstavljaju *varijable životnog konteksta*, uključujući vjerovanja i očekivanja vezana uz oboljenje od raka i konkretan razvojni stadij pacijentice.

Naime, novija istraživanja o percepcijama zdravlja i bolesti ukazuju na postojanje niza kulturalno utemeljenih vjerovanja o oboljenjima koja mogu utjecati na prilagodbu (Anderson, Woods i Copeland, 1997; Clemmey i

Nicassio, 1997; Landrine i Klonoff, 1992). Tako, na primjer, Die-Trill i Holland (1993) ističu kulturalne razlike u vjerovanjima vezano za percepciju uzroka raka. Za neke je rak primarno biološki događaj, a liječenje podrazumijeva obrazovane stručnjake te očekivanu pasivnost i poslušnost pacijenata. Drugi će uzrok raka vidjeti u interpersonalnim ili nadnaravnim čimbenicima, što može rezultirati smanjenom poslušnošću i nepovjerenjem ili nerazumijevanjem u komunikaciji sa zdravstvenim osobljem, te upotrebom tradicionalnih, alternativnih oblika liječenja. Netočna vjerovanja o raku i njegovom liječenju mogu značiti nerealistično optimistična ili nerealistično pesimistična očekivanja.

Razvojni stadij pacijentice u vrijeme dijagnoze, odnosno konkretni biološki, osobni i socijalni životni ciljevi i zadaci, važna su determinanta prilagodbe. Ista dijagnoza kod žene u dobi od trideset i one u dobi od sedamdeset godina znači vrlo različit izazov životnim pretpostavkama i razvojnim zadacima (Fawzy, 1994).

I konačno, pored situacijskih varijabli i varijabli životnog konteksta, važne psihosocijalne čimbenike u prilagodbi na rak dojke svakako predstavljaju i *osobne varijable*. Moguće je razlikovati četiri skupine osobnih varijabli: povijest pacijentice, demografija, intrapersonalni i interpersonalni čimbenici otpornosti na stres.

Relevantna povijest uključuje mentalne poremećaje, ovisnosti, prijašnje iskustvo s oboljenjem od raka, nedavne značajne gubitke (npr. smrt supružnika), a dob, socioekonomski i bračni status najznačajnije su demografske varijable. Intrapersonalne kapacitete, pored nekih varijabli ličnosti, predstavljaju stilovi i strategije suočavanja, a interpersonalne socijalna podrška pacijentice.

Suočavanje sa stresom i prilagodba na rak dojke

Zbog ranije spomenutog preusmjeravanja pažnje istraživača sa samog stresa na suočavanje, broj istraživanja odnosa između suočavanja i zdravlja općenito, pa i uloge suočavanja u prilagodbi na oboljenja u okviru toga, u posljednjih je dvadesetak godina značajno porastao. Rezultati tih istraživanja potvrđuju povezanost suočavanja i zdravstvenih ishoda. Tako, na primjer, prema nekim istraživanjima varijable

stresa i suočavanja objašnjavaju čak više od 50% varijance različitih mentalnih zdravstvenih ishoda (Aldwin, 1991; Aldwin i Revenson, 1987; Folkman, Chesney, Pollak i Coates, 1993).

Vezano uz pitanje diferencijalne uloge pojedinih strategija suočavanja u prilagodbi na stres, istraživanja općenito sugeriraju da su strategije približavanja povezane s boljim, a strategije izbjegavanja s lošijim adaptacijskim ishodima (Compas, Malcarne i Fondacaro, 1988; Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor i Falk, 1992; Holahan i Moos, 1990; 1991; Nakano, 1991). Također, istraživanja upućuju na povezanost problemu usmjerenog suočavanja s boljom prilagodbom (Aldwin i Revenson, 1987; Aspinwall i Taylor, 1992; Dunkel-Schetter i sur., 1992; Terry, Tonge i Callan, 1995). S druge strane, prema rezultatima većine istraživanja, emocijama usmjereno suočavanje povezano je s lošijom prilagodbom (Aldwin i Revenson, 1987; Aspinwall i Taylor, 1992; Manne i Zautra, 1989; Terry i sur., 1995).

Međutim, treba istaknuti da je odnos između suočavanja i prilagodbe izuzetno složen te da integraciju rezultata i donošenje općih zaključaka, kako u području klasificiranja učinkovitih i neučinkovitih strategija suočavanja, tako i u pokušaju definiranja mehanizama putem kojih suočavanje ostvaruje svoje učinke na prilagodbu, otežava veći broj konceptualnih i metodoloških poteškoća svojstvenih ovom području (Aldwin, 1994; Folkman, Lazarus, Gruen i DeLongis, 1986).

Jedna takva poteškoća, često razmatrana u području izučavanja prilagodbe na oboljenje od raka općenito, pa tako i prilagodbe na oboljenje od raka dojke, vezuje se uz varijablu stupnja kontrole nad situacijom. Naime, Folkman i suradnici (Folkman i sur., 1986; Folkman, Schaefer i Lazarus, 1979) postavili su hipotezu o podudarnosti između strategije suočavanja i kontrole nad situacijom, prema kojoj problemu usmjereno suočavanje ostvaruje pozitivne učinke na prilagodbu u situacijama visoke kontrole, a emocijama usmjereno suočavanje u situacijama niske kontrole.

Oboljenje od raka dojke stresna je situacija na čiju prirodu ili ishod gotovo uopće nije moguće utjecati. Stoga je moguće očekivati da će pokušaji aktivnog rješavanja situacije, odnosno problemu usmjereno suočavanje imati štetne učinke, vjerojatno zato što će takvi napori

rezultirati osjećajima frustracije i razočarenja (Roth i Cohen, 1986; Wortman i Brehm, 1975). S druge strane, pretpostavka je da bi emocijama usmjereno suočavanje trebalo biti adaptivno zbog potrebe za suočavanjem s osjećajima bespomoćnosti koji redovito prate uvjete niske kontrole nad situacijom (Masel, Terry i Gribble, 1996).

Pa ipak, hipoteza o podudarnosti između strategije suočavanja i kontrole nad situacijom, iako intuitivno prihvatljiva, tek je djelomično empirijski potvrđena (Terry i Hynes, 1998). Neki autori razlog tome vide u određenim poteškoćama vezanim uz procjenu načina suočavanja u istraživanjima. Naime, pokazalo se da je podjela suočavanja na problemu i emocijama usmjereno suočavanje prejednostavna, te da definiranje učinkovitosti pojedinih načina suočavanja u uvjetima niske kontrole nad situacijom zahtijeva preciznije razlikovanje strategija. Takvo preciznije razlikovanje omogućila je integracija problemu i emocijama usmjerenog suočavanja s konceptualizacijom suočavanja u terminima približavanja i izbjegavanja. Konkretno, predloženo je razlikovanje problemu i emocijama usmjerenih strategija koje se odnose na približavanje i izbjegavanje (Tobin, Holroyd, Reynolds i Wigal, 1989).

Istraživanja odnosa suočavanja i prilagodbe na rak dojke općenito potvrđuju da su problemu i emocijama usmjerene strategije suočavanja koje se odnose na približavanje, za razliku od onih koje se odnose na izbjegavanje, povezane s boljim adaptacijskim ishodima.

U istraživanju suočavanja pacijentica s početnim stadijem raka dojke Carver i suradnici (1993) nalaze povezanost strategija prihvaćanja, upotrebe humora i pozitivne interpretacije s nižim razinama negativnih emocija u praćenjima pri dijagnozi, nakon kirurškog zahvata, te tri, šest i dvanaest mjeseci nakon dijagnoze. Upotreba strategije prihvaćanja pri dijagnozi raka dojke, pokazala se dobrim prediktorom bolje emocionalne prilagodbe u praćenjima tijekom narednih godina. Ovi rezultati upućuju na zaključak da u uvjetima niske objektivne kontrole nad događajem, kao što je oboljenje od raka dojke, umjesto aktivnih pokušaja rješavanja problema izravnim mijenjanjem samog događaja, pozitivne učinke na emocionalnu prilagodbu ostvaruju problemu usmjerene strategije suočavanja koje uključuju prihvaćanje situacije i pokušaje mijenjanja procjene stresnosti situa-

cije. S druge strane, upotreba strategija negiranja i ponašajnog izbjegavanja bile su povezane s višim razinama negativnih emocija, te su se ove strategije izbjegavanja pokazale prediktorima lošije emocionalne prilagodbe u praćenjima tijekom prve godine nakon dijagnoze.

Slično tome, u istraživanju odnosa suočavanja i emocionalne prilagodbe pacijentica s rakom dojke prije i nakon kirurškog zahvata, značajnim prediktorom lošije emocionalne prilagodbe pokazalo se suočavanje kognitivnim izbjegavanjem (Stanton i Snyder, 1993). Suočavanje putem traženja socijalne podrške pokazalo se prediktorom bolje emocionalne prilagodbe.

Epping-Jordan i suradnici (1999) su ispitujući emocionalnu prilagodbu pacijentica s rakom dojke u vrijeme dijagnoze, te tri i šest mjeseci nakon dijagnoze, utvrdili značajnu povezanost problemu i emocijama usmjerenih strategija suočavanja koje se odnose na izbjegavanje s povišenim razinama anksioznih i depresivnih simptoma u sva tri praćenja. Problemu usmjereno izbjegavanje činile su strategije izbjegavanja problema i maštanje, a emocijama usmjereno izbjegavanje strategije osamljivanje i samokritičnost. Problemu usmjereno približavanje (rješavanje problema i kognitivno restrukturiranje) nije bilo povezano s mjerama emocionalne prilagodbe, a emocijama usmjereno približavanje (traženje socijalne podrške i izražavanje emocija) bilo je umjereno povezano s višim razinama emocionalnih simptoma u vrijeme dijagnoze i tri mjeseca nakon dijagnoze.

Dovodeći u pitanje zaključak empirijske literature prema kojem emocijama usmjereno suočavanje predstavlja čimbenik rizika negativne prilagodbe, Stanton, Danoff-Burg, Cameron i Ellis (1994), pored potrebe za razlikovanjem strategija emocijama usmjerenog suočavanja koje se odnose na približavanje i izbjegavanje, ističu i problem statističkog preklapanja postojećih mjera suočavanja i prilagodbe. U svrhu jednoznačnije i preciznije procjene strategija emocijama usmjerenog približavanja, Stanton, Kirk, Cameron i Danoff-Burg (2000) razvili su skale suočavanja putem emocionalnog približavanja (Emotional Approach Coping scales) koje omogućavaju procjenu suočavanja putem emocionalnog procesiranja i suočavanja putem izražavanja emocija.

Polazeći od pretpostavke da upravo suočavanje putem emocionalnog približavanja,

uključujući aktivno procesiranje i izražavanje emocija nastalih u uvjetima niske objektivne kontrole nad situacijom, pospješuje emocionalnu prilagodbu, Stanton, Danoff-Burg i suradnici (2000) primijenili su spomenuti mjerni instrument na uzorku pacijentica s rakom dojke. Rezultati istraživanja su pokazali da je upotreba suočavanja putem emocionalnog izražavanja pri prvoj procjeni suočavanja (pet mjeseci nakon dijagnoze) prediktor bolje emocionalne prilagodbe tri mjeseca kasnije, koji i uz kontrolu početnih vrijednosti pozitivnih i negativnih emocija kao zavisnih varijabli, te nekih drugih strategija suočavanja, samostalno doprinosi objašnjenju varijance prilagodbe. Suočavanje putem emocionalnog procesiranja bilo je, međutim, povezano s višim razinama negativnih emocija.

Stanton, Danoff-Burg i Huggins (2002), sukladno do sada iznesenim rezultatima, nalaze da je suočavanje putem aktivnog prihvatanja u vrijeme dijagnoze prediktor viših razina pozitivnih emocija tijekom idućih godinu dana, dok su strategije usmjerene na izbjegavanje (negiranje, ponašajno izbjegavanje, mentalno izbjegavanje) prediktor viših razina negativnih emocija.

Iz navedena pregleda istraživanja može se uočiti da se u prilagodbi na oboljenje od raka dojke upotreba strategija problemu i emocijama usmjerenog suočavanja koje se odnose na izbjegavanje, redovito vezuje uz lošiju emocionalnu prilagodbu. Ovaj je zaključak u suprotnosti s rezultatima ranijih istraživanja prema kojima strategije izbjegavanja mogu imati pozitivne učinke ukoliko služe kratkoročnom uspostavljanju i održavanju emocionalne ravnoteže u uvjetima niske kontrole nad situacijom (Mullen i Suls, 1982; Suls i Fletcher, 1985).

Zapravo su već Suls i Fletcher (1985) na temelju provedene meta-analize zaključili da bi izbjegavanje trebalo biti vrlo koristan način suočavanja u relativno kratkotrajnim stresnim životnim situacijama koje nemaju ozbiljnih posljedica. Oboljenje od raka dojke, ozbiljan je stresni životni događaj i još k tome potencijalno kroničan. Vrlo je vjerojatno da suočavanje izbjegavanjem interferira sa specifičnim zahtjevima ovog oboljenja za brzim donošenjem odluka vezanih uz podvrgavanje dijagnostičkim postupcima i medicinskim tretmanima, a rezultati nekih istraživanja upućuju na zaključak da izbjegavanje misli vezanih uz stresni događaj

zapravo povećavaju negativna razmišljanja, a time i negativna emocionalna stanja (Pennebaker, Huges i O'Heeron, 1987; Wegner, Shortt, Blake i Page, 1990).

Također, rezultati prema kojima suočavanje mentalnim i ponašajnim izbjegavanjem, kao suprotnost strategijama približavanja, ima nepovoljne učinke na emocionalnu prilagodbu, u izvjesnom su smislu neizravna empirijska potvrda opravdanosti očekivanja povoljnih učinaka emocijama usmjerenog suočavanja na prilagodbu pacijentica oboljelih od raka dojke.

Uvjerljivi nalazi učinkovitosti emocijama usmjerenog suočavanja u prilagodbi pacijenata oboljelih od raka dobiveni su u kontroliranim istraživanjima učinkovitosti psiholoških intervencija. Naime, kontrolirana ispitivanja psiholoških intervencija koje su, između ostalog, uključivale poticanje i olakšavanje izražavanja emocija pokazala su da takve intervencije u populacijama pacijenata oboljelih od metastatskog raka dojke i malignog melanoma mogu poboljšati psihološku prilagodbu (Fawzy, Cousins i sur., 1990; Spiegel, Bloom i Yalom, 1981), funkcioniranje imunološkog sustava (Fawzy, Kemeny i sur., 1990) te možda doprinosti produljenju preživljavanja ovih pacijenata (Fawzy i sur., 1993; Spiegel, Bloom, Kraemer i Gottheil, 1989).

Najuvjerljivije dokaze o kauzalnoj povezanosti procesiranja i izražavanja emocija s pozitivnim adaptacijskim ishodima osigurala su eksperimentalna istraživanja. Iako zasad nisu provedena u populacijama pacijenata oboljelih od raka, ta su istraživanja pokazala da eksperimentalna indukcija procesiranja i izražavanja emocija pisanjem i razgovorom o stresnim iskustvima kroz nekoliko ponavljanja dovodi do poboljšanja u tjelesnom i psihološkom zdravlju, kao i u nekim ponašajnim ishodima (Pennebaker, Mayne i Francis, 1997). Na temelju meta-analize trinaest istraživanja s pismenim izražavanjem emocionalnih iskustava, Smyth (1998) nalazi poboljšanje od 23% u eksperimentalnim skupinama u usporedbi s kontrolnim, što je slična veličina efekta onoj koju daju druge psihološke intervencije.

Percipirana kontrola i prilagodba na rak dojke

Za razliku od stvarne ili objektivne kontrole, percipirana kontrola predstavlja individu-

alna vjerovanja o tome koliko je kontrole u pojedinoj situaciji dostupno i koliko kontrole utječe na ponašanja i emocije nezavisno od objektivnih uvjeta kontrole (Skinner, 1996).

Brojna istraživanja pokazuju da su individualne razlike u percipiranoj kontroli snažan prediktor tjelesnog i mentalnog zdravlja (Thompson i Spacapan, 1991). Tako i u području izučavanja emocionalne prilagodbe na oboljenje od raka istraživanja potvrđuju povezanost viših razina percipirane kontrole s boljom emocionalnom prilagodbom (Lowery, Jacobsen i DuCette, 1993; Marks, Richardson, Graham i Levine, 1986; Newsom, Knapp i Schulz, 1996; Taylor, Lichtman i Wood, 1984; Thompson i sur., 1993; Watson, Greer, Pruyun i Van Den Borne, 1990).

Uloga percipirane kontrole u prilagodbi na oboljenja posebno je istaknuta u teoriji kognitivne prilagodbe na prijeteće događaje (Taylor, 1983). Prema ovom modelu, inače razvijenom vezano za suočavanje s rakom dojke, u uvjetu niske objektivne kontrole, kao što je oboljenje od raka, uspješno suočavanje s gubitkom kontrole uključuje preusmjeravanje na druge čimbenike nad kojima je moguća kontrola. U ovom modelu, iznalaženje takvih čimbenika i ponovno uspostavljanje kontrole postulirani su kao glavne dimenzije suočavanja s oboljenjem.

U novije je vrijeme potpunije razumijevanje uloge percipirane kontrole u prilagodbi na oboljenja omogućilo jasnije razlikovanje pojedinih tipova percipirane kontrole. U longitudinalnom istraživanju pacijenata s povratom oboljenja od raka, Newsom i suradnici (1996) utvrdili su pet nezavisnih područja percipirane kontrole: samookrivljavanje, kontrola nad pojavom raka, kontrola nad simptomima, kontrola nad kliničkim tijekom oboljenja i opća kontrola nad drugim životnim događajima.

Prema rezultatima ovog istraživanja, prediktorom viših razina depresivnih simptoma tijekom osam mjeseci praćenja pokazala se samo viša početna razina percipirane kontrole nad pojavom raka. Ovaj rezultat sugerira mogućnost da su opća vjerovanja pacijenata o tome da je u većoj mjeri moguće izbjeći pojavu raka, te žaljenje za time da to oni nisu učinili, važan čimbenik u razvoju depresivne simptomatologije u populaciji pacijenata s rakom. Također, kontrola nad simptomima i kontrola nad drugim životnim događajima bile su negativno povezane s depresivnim simptomima, iako samo u smislu

neposrednih učinaka na prilagodbu unutar pojedinog praćenja.

Thompson i suradnici (1993) u svom su istraživanju na uzorku pacijenata oboljelih od raka krenuli od pretpostavke da je jedan od načina na koji ljudi uspijevaju očuvati osjećaj kontrole u uvjetu niske objektivne kontrole kao što je oboljenje od raka upravo postizanje kontrole savladavanjem posljedica oboljenja u različitim životnim područjima. U okviru toga ispitivali su percipiranu kontrolu nad emocionalnim i tjelesnim simptomima, percipiranu kontrolu u području interpersonalnih odnosa te percipiranu kontrolu u području medicinske skrbi (dobivanje relevantnih informacija o prognozi i mogućnostima liječenja te donošenje odluka o postupcima liječenja).

Na temelju rezultata istraživanja autori su zaključili da percipirana kontrola nad posljedicama oboljenja u navedenim područjima više pridonosi pozitivnoj povezanosti percipirane kontrole i emocionalne prilagodbe, nego percipirana kontrola nad kliničkim tijekom raka, odnosno nad samim oboljenjem.

Percipirana socijalna podrška i prilagodba na rak dojke

U izučavanju prilagodbe na oboljenje od raka dojke socijalna je okolina naročito značajno područje iz dva razloga: prvo, pokazalo se da socijalna podrška štiti osobu od štetnih učinaka raka dojke kao stresnog životnog događaja, pri čemu su pozitivni učinci socijalne podrške na tjelesno i mentalno zdravlje u većoj mjeri funkcija percipirane, nego stvarno primljene podrške (Glanz i Lerman, 1992; Roberts, Cox, Shannon i Wells, 1994); i drugo, rak dojke je stresan događaj koji utječe na interpersonalne odnose. Naime, budući da je riječ o potencijalno smrtnom oboljenju, kao i često stigmatiziranom oboljenju, socijalna se mreža ovih pacijentica može povući ili reagirati neprimjereno (Bloom i Kessler, 1994). Također, rak dojke može posredno utjecati na odnose ograničavajući socijalne aktivnosti pacijentica, te time i mogućnosti sudjelovanja u socijalnim kontaktima i interakcijama nužnim za očuvanje socijalne mreže (Bloom i Kessler, 1994; Bloom i Spiegel, 1984; Burman i Margolin, 1992). Irvine i suradnici (1991) ističu da je socijalna podrška značajan čimbenik psihosocijalne prilagodbe pacijentica s rakom dojke, jer 20 do 30% pacijentica ima iskustvo

narušene kvalitete života upravo kroz gubitak socijalnih uloga i funkcionalnih sposobnosti te kroz probleme u socijalnim odnosima.

Istraživanja odnosa socijalne podrške i prilagodbe pacijentica s rakom dojke pokazuju da socijalna podrška ovih pacijentica ostvaruje različite učinke na prilagodbu, ovisno o tipu socijalne podrške (emocionalna, instrumentalna, informacijska) i ovisno o izvoru socijalne podrške (obitelj, prijatelji, zdravstveno osoblje i dr.) (Helgeson i Cohen, 1996). Pored korelacijskih istraživanja o povezanosti pojedinih vrsta socijalne podrške s prilagodbom proveden je i izvjestan broj deskriptivnih ispitivanja u svrhu definiranja specifičnih ponašanja različitih izvora socijalne okoline koje pacijentice s rakom dojke smatraju podržavajućima ili nepodržavajućima.

Tako Neuling i Winefield (1988) u praćenjima pacijentica s rakom dojke neposredno nakon kirurškog zahvata, te jedan mjesec i tri mjeseca nakon kirurškog zahvata, nalaze naročito visoku potrebu pacijentica za emocionalnom podrškom, prvenstveno od strane obitelji. Emocionalna se podrška pokazala najčešće primljenom vrstom podrške, ali i najčešće percipiranom kao neodgovarajućom. Informacijsku pomoć pacijentice priželjkuju samo od strane zdravstvenog osoblja. Prema rezultatima ovog istraživanja, anksioznost i depresivnost pacijentica mjesec dana nakon kirurškog zahvata bile su povezane sa zadovoljstvom vezanim za podršku liječnika, odnosno tri mjeseca nakon kirurškog zahvata sa zadovoljstvom vezanim za podršku obitelji i liječnika.

U istraživanju pacijenata različitih vrsta oboljenja od raka, Dakof i Taylor (1990) utvrdili su da pacijenti emocionalnu podršku bračnog partnera, obitelji i prijatelja percipiraju najkorisnijom ukoliko je prisutna te najštetnijom kada je odsutna. Najkorisnijom vrstom podrške od strane zdravstvenog osoblja pokazala se informacijska socijalna podrška, a najštetnijom neprimjerena informacijska, ali i neprimjerena emocionalna podrška iz ovog izvora. Instrumentalna se socijalna podrška pokazala najkorisnijom u skupini pacijenata s najlošijom kliničkom prognozom.

Slično tome, u istraživanju na uzorku pacijenata od raka, od kojih je 59% imalo rak dojke, Rose (1990) nalazi da pacijentice mogućnost za otvorenim izražavanjem emocija priželjkuju više od strane obitelji i prijatelja, nego

od strane zdravstvenog osoblja, dok od zdravstvenog osoblja priželjkuju, u prvom redu, informacijsku socijalnu podršku.

Drugačiji pristup definiranju percepcija podržavajućih i nepodržavajućih ponašanja odražava istraživanje Peters-Goldena (1982) u kojem je usporedbom stavova zdravih ljudi i stavova pacijentica s rakom dojke prema oboljenju od raka utvrđeno nekoliko pogrešnih shvaćanja zdrave populacije o potrebama pacijenata s rakom. Tako je, na primjer, većina zdravih ljudi izvjestila da bi pokušala "razvedriti" pacijenta s rakom, dok je većina oboljelih od raka izvjestila da ih neutemeljeni optimizam uzrujava. S druge strane, većina zdravih smatrala je da razgovor o oboljenju šteti pacijentima s rakom, dok su pacijentice iskazale upravo suprotan stav.

U drugim istraživanjima, pacijenti s rakom su izvještavali o sličnim nepodržavajućim ponašanjima okoline, u prvom redu o pokušajima umanjivanja ozbiljnosti problema, neprimjerenom optimizmu i vedrom raspoloženju, zahtjevima i poticajima da smanje zabrinutost zbog oboljenja, pružanju medicinskih usluga u odsustvu emocionalne podrške, te neosjetljivim komentarima prijatelja (Dakof i Taylor, 1990; Dunkel-Schetter, 1984).

Istraživanja odnosa nepodržavajućih ponašanja i prilagodbe pacijenata oboljelih od raka pokazuju da su nepodržavajuća ponašanja okoline povezana s lošijom prilagodbom i kvalitetom života ove populacije (Bolger, Foster, Vinokur i Ng, 1996; de Ruiter, de Haes i Tempelaar, 1993; Manne, Taylor, Dougherty i Kemeny, 1997). Štoviše, pokazalo se da nepodržavajuće interakcije imaju veći utjecaj na prilagodbu pacijenata s rakom nego podržavajuće interakcije (Manne i sur., 1997).

Izbjegavajuća ponašanja okoline, pokušaji umanjivanja ozbiljnosti problema i neprimjereni optimizam suzdržavaju pacijentice s rakom dojke u otvorenoj komunikaciji o oboljenju i zapravo su neuspjesi socijalne okoline u pružanju emocionalne podrške. U istraživanju Dunkel-Schetter (1984) čak je 87% pacijenata s rakom izvjestilo da se, zbog straha od reakcije okoline, sa svojim oboljenjem suočava suzdržavanjem u izražavanju razmišljanja i osjećaja vezanim uz oboljenje.

Korelacijska istraživanja također ukazuju da najjasnija povezanost između socijalne podrške i prilagodbe pacijentica s rakom dojke

uključuje upravo emocionalnu podršku. U istraživanju Blooma i Spiegela (1984) percipirana emocionalna podrška obitelji bila je povezana s povoljnijim i optimističnijim viđenjem budućnosti kod pacijentica s rakom dojke dvije godine nakon dijagnoze. Zemore i Shepel (1989) u istraživanju pacijentica s početnim stadijem raka dojke nalaze pozitivnu povezanost između percipirane emocionalne podrške, te socijalne i emocionalne prilagodbe. Suprotno pretpostavci prema kojoj socijalna okolina smanjuje emocionalnu podršku pacijenticama upravo kada im je najpotrebnija, rezultati ovog istraživanja pokazali su da su pacijentice s rakom dojke percipirale veću emocionalnu podršku obitelji i prijatelja nego kontrolna skupina zdravih žena.

Nadalje, Northouse (1988) u longitudinalnom praćenju pacijentica s rakom dojke tri i trideset dana nakon kirurškog zahvata nalazi također pozitivnu povezanost emocionalne podrške obitelji, prijatelja i zdravstvenog osoblja s emocionalnom prilagodbom pacijentica. Slično tome, Funch i Mettlin (1982) utvrdili su povezanost emocionalne podrške s pozitivnim i negativnim emocijama pacijentica s rakom dojke tri i dvanaest mjeseci nakon kirurškog zahvata, a Primomo, Yates i Woods (1990) nalaze niže razine depresivnih simptoma kod pacijentica s rakom dojke čije obitelji češće razgovaraju s njima o oboljenju i češće izražavaju pozitivne emocije prema njima.

Vežano uz pitanje mogućih mehanizama putem kojih socijalna podrška ostvaruje učinke na prilagodbu općenito, potrebno je spomenuti opći, integrativni model suočavanja Valentiner, Holahana i Moosa (1994). U svrhu proširivanja i preciziranja konceptualnog razumijevanja suočavajućih procesa, ovi su autori, na temelju rezultata prijašnjih istraživanja odnosa socijalne podrške i suočavanja (Holahan i Moos, 1987; 1990; 1991), predložili i empirijski provjerili model prema kojem su osobni i socijalni izvori povezani s mentalnim zdravljem izravno ili posredstvom učinkovitih suočavajućih odgovora ovisno o procjenama kontrole nad situacijom.

Prema rezultatima dvogodišnjega longitudinalnog istraživanja na uzorku studenata u suočavanju sa stresnim događajima niske kontrole nad situacijom, socijalna je podrška s promjenama u prilagodbi povezana izravno, dok je u suočavanju sa stresnim događajima visoke kontrole nad situacijom socijalna podrška s

promjenama u prilagodbi povezana neizravno, posredstvom strategija suočavanja (Valentiner i sur., 1994).

Iako je oboljenje od raka dojke stresan događaj niske kontrole nad situacijom, rezultati nekih istraživanja ukazuju na posredujuću ulogu suočavanja u odnosu socijalne podrške i emocionalne prilagodbe na ovo oboljenje. Tako Manne, Pape, Taylor i Dougherty (1999) ispitujući moguću posredujuću ulogu suočavanja u odnosu između nepodržavajućih ponašanja bračnih partnera pacijenata s rakom i njihove emocionalne prilagodbe na oboljenje, nalaze da ponašanja kritiziranja i izbjegavanja od strane bračnih partnera negativne učinke na prilagodbu pacijenata s rakom ostvaruju posredstvom povećane upotrebe strategija kognitivnog i ponašajnog izbjegavanja kod ovih pacijenata.

Bračni partner, prema iskazima udanih pacijenata oboljelih od raka, ključan je i naročito visoko vrednovani izvor emocionalne podrške (Neuling i Winefield, 1988; Pistrang i Barker, 1995). Istraživanja jednoznačno potvrđuju pozitivnu povezanost emocionalne podrške bračnog partnera i općeg zadovoljstva brakom s prilagodbom pacijenata oboljelih od raka (npr. Giese-Davis, Hermanson, Koopman, Weibel i Spiegel, 2000; Manne i sur., 1997; Primomo i sur., 1990). Burman i Margolin (1992) u preglednom radu vezanom uz povezanost bračnih odnosa i zdravstvenih problema također ističu da empirijska literatura upućuje na zaključak da varijable bračnih odnosa utječu na zdravstveni status, ali isto tako i da su njihovi učinci neizravni i nespecifični.

Rezultati istraživanja Manne i Glasmana (2000) također su pokazali da su nepovoljni učinci percepcije nepodržavajućih ponašanja kritiziranja i izbjegavanja od strane bračnih partnera na emocionalnu prilagodbu pacijenata s rakom, u smislu povećanih razina depresivnih i anksioznih simptoma, posredovani češćom upotrebom kognitivnog i ponašajnog izbjegavanja u suočavanju pacijenata s mislima i osjećajima o oboljenju i njegovom liječenju. Nadalje, pokazalo se da spomenuta nepodržavajuća ponašanja bračnih partnera ostvaruju štetne učinke na prilagodbu pacijenata i posredstvom nepovoljnih učinaka na percepciju uspješnosti u suočavanju, odnosno na subjektivne procjene pacijenata o tome koliko su suočavajući napori koje ulažu učinkoviti u dostizanju ciljeva unutar specifične stresne situacije oboljenja od raka.

Percipirana kontrola nad emocionalnim aspektima oboljenja, uključujući emocionalne reakcije i odnose s obitelji i prijateljima, te percipirana kontrola nad kliničkim tijekom raka, nisu posredovale odnos između nepodržavajućih ponašanja bračnih partnera i emocionalne prilagodbe ovih pacijenata.

U određenoj mjeri, posredujuća uloga suočavanja u odnosu socijalne podrške i prilagodbe potvrđena je i u istraživanju emocionalne prilagodbe hrvatskog uzorka pacijentica s rakom dojke i ginekološkim karcinomima tijekom terapije zračenjem (Hudek-Knežević, Kardum i Pahljina, 2002). Rezultati ovog istraživanja pokazali su različite odnose između ispitivanih varijabli u skupini hospitaliziranih i nehospitaliziranih pacijentica, pri čemu su se u skupini hospitaliziranih pacijentica najznačajnijim prediktorima negativnih emocija pokazali percipirana socijalna podrška zdravstvenog osoblja i obitelji te problemu usmjereno suočavanje, a u skupini nehospitaliziranih pacijentica percipirana socijalna podrška obitelji te suočavanje bihevioralnim povlačenjem/potiskivanjem emocija i izbjegavanjem. Iako rezultati istraživanja upućuju na zaključak da socijalna podrška ostvaruje prvenstveno izravne učinke na emocionalnu prilagodbu, suočavanjem posredovana povezanost socijalne podrške i prilagodbe potvrđena je utoliko što se podrška zdravstvenog osoblja pokazala pozitivnim prediktorom problemu usmjerenog suočavanja kod hospitaliziranih pacijentica, odnosno podrška prijatelja negativnim prediktorom suočavanja bihevioralnim povlačenjem/potiskivanjem emocija i izbjegavanjem kod nehospitaliziranih pacijentica.

Prema rezultatima ranije spomenutog istraživanja emocionalne prilagodbe našeg uzorka pacijentica s rakom dojke u vrijeme kirurškog zahvata, pacijentice nakon zahvata, u odnosu na razdoblje prije njega, pored nižih razina negativnih emocija, iskazuju i više razine percipirane socijalne podrške obitelji, prijatelja i zdravstvenog osoblja (Pahljina-Reinić, 2004). Analizom odnosa između ispitivanih varijabli nakon kirurškog zahvata utvrđena su dva povoljna učinka na emocionalnu prilagodbu ovih pacijentica koji prije zahvata nisu bili značajni: jedan je od njih izravan učinak percipirane socijalne podrške obitelji na smanjenje negativnih emocija, a drugi neizravan učinak percipirane socijalne podrške zdravstvenog osoblja putem percipirane kontrole nad posljedicama obolje-

nja, također na smanjenje negativnih emocija pacijentica.

ZAKLJUČAK

Rezultati navedenih istraživanja pružaju korisne uvide vezano za implikacije osobnih i socijalnih kapaciteta bolesnica s rakom dojke u prilagodbi na ovo oboljenje. Međutim, navedena istraživanja također demonstriraju i neka važna metodološka ograničenja u ovom području.

Usprkos visokom preživljavanju ove populacije, provedena su istraživanja gotovo isključivo usmjerena na period početne prilagodbe. Nedostatak dugotrajnijih longitudinalnih istraživanja čimbenika prilagodbe u zavisnosti o specifičnim vremenskim točkama kliničkog tijeka raka dojke otežava cjelovitije razumijevanje procesa kontinuiranog prilagođavanja bolesnica na oboljenje od raka dojke. Štoviše, naredna bi se istraživanja trebala usmjeriti na identifikaciju mogućih razlika u uzorcima promjena u prilagodbi kroz duži vremenski period te identifikaciju čimbenika koji se vezuju uz takve razlike u prilagodbi (Helgeson, Snyder i Seltman, 2004).

Važno ograničenje glavnine istraživanja prilagodbe na rak dojke, kao i prilagodbe na oboljenja općenito, odnosi se na usku usmjerenost na simptome emocionalne prilagodbe, jer se time izostavlja čitav raspon drugih važnih ponašanja i uloga pacijentica na koje oboljenje može utjecati.

Slično tome, postavlja se i pitanje primjerenosti emocionalnih adaptacijskih ishoda kao kriterija za procjenu učinkovitosti suočavanja s oboljenjem od raka dojke. Kao i u slučaju većine istraživanja suočavanja sa stresom korelacijskog tipa provedenih u posljednja dva desetljeća, u istraživanjima suočavanja s oboljenjem od raka dojke učinkovitost strategija suočavanja procjenjuje se u terminima povezanosti suočavanja i emocionalne prilagodbe, uz pretpostavku da povezanost određenog načina suočavanja s boljom emocionalnom prilagodbom reprezentira njegovu učinkovitost.

Međutim, pored mogućnosti da su dobivene povezanosti jednim dijelom rezultat statističkog preklapanja ispitivanih mjera suočavanja i prilagodbe, pitanje je u kojoj mjeri i je li uopće smanjenje negativnih i povećanje pozitivnih emocija samo po sebi ujedno i cilj pacijentica oboljelih od raka dojke. Na primjer, po-

znato je da upravo negativne emocije u stresnim okolnostima mogu imati i važnu adaptacijsku funkciju, u smislu povećanja specifičnih ponašajnih sklonosti, odnosno motivacije, te u smislu povećanog usmjeravanja pažnje na problem i procesiranja informacija vezanih uz problem (Frijda, 1988).

Istraživanja pokazuju da se pojedinci razlikuju u ciljevima koje pred sobom postavljaju suočavajući se s ozbiljnim životnim situacijama, da u pojedinoj stresnoj situaciji najčešće istovremeno postoje višestruki ciljevi te da se ciljevi u dugotrajnim, kroničnim stresnim okolnostima nerijetko mijenjaju u funkciji vremena, kako po vrsti, tako i po trenutnom prioritetu pred ostalim ciljevima (Austin i Vancouver, 1996). Suvremene konceptualizacije psihološkog zdravlja, u usporedbi sa simptomima emocionalne prilagodbe, ističu samoprihvatanje, osobni rast i razvoj, iznalaženje svrhovitosti u životu, pozitivne odnose s drugim ljudima i autonomiju kao bolje pokazatelje učinkovitog funkcioniranja (Ryff i Keyes, 1995).

U kontekstu naglašavanja nužnosti radikalnijih promjena u području istraživanja stresa i suočavanja znatan dio empirijske literature ukazuje na potrebu za razvojem kreativnije metodologije, odnosno na potrebu za planiranjem i provođenjem sofisticiranih i longitudinalnih istraživanja, zasnovanih na kvalitativnim metodama (Aldwin, 1994; Coyne i Racioppo, 2000; Folkman, 1997). Svakako je razumljivo da bi prikupljanje i analiza deskriptivnih iskaza, odnosno pripovijesti bolesnica o njihovim suočavajućim procesima, uključujući detaljne opise emocija, misli i ponašanja vezanih uz oboljenje, kao i deskriptivnih iskaza bolesnica o konkretnim ciljevima prema kojima su takvi suočavajući napori usmjereni, osiguralo primjereniji odgovor na ključno pitanje o tome koje misli i ponašanja određuju kvalitetu psihološke prilagodbe na oboljenje od raka dojke.

Konačno, važno pitanje koje motivira interes za izučavanjem odrednica kvalitetne prilagodbe na rak dojke odnosi se na mogućnosti praktične primjene empirijskih spoznaja kao osnove za planiranje kliničkih intervencija namijenjenih poboljšanju kvalitete života ove populacije.

LITERATURA

- Aldwin, C.M. (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. *Journal of Gerontology*, 46, 174-180.
- Aldwin, C.M. (1994). *Stress, Coping, and Development: An Integrative Perspective*. New York: The Guilford Press.
- Aldwin, C.M. i Revenson, T.A. (1987). Does coping help? A re-examination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 237-248.
- American Cancer Society. (2004). *Cancer facts and figures, 2004*. www.cancer.org
- Anderson, B.L., Woods, X.A. i Copeland, L.J. (1997). Sexual self-schema and sexual morbidity among gynecologic cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 221-229.
- Andrykowski, M.A., Curran, S.L., Studts, J.L., Cunningham, L., Carpenter, J.S., McGrath, P.C., Sloan, D.A. i Kenady, D.E. (1996). Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: A controlled comparison. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49, 827-834.
- Aspinwall, L.G. i Taylor, S.E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 989-1003.
- Austin, J.T. i Vancouver, J.B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process and content. *Psychological Bulletin*, 120, 338-375.
- Bahnsen, C.B. (1981). Stress and cancer: The state of the art. *Psychosomatics*, 22, 207-220.
- Baltrusch, H.J.F., Stangel, W. i Titze, I. (1991). Stress, cancer and immunity: New developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. *Acta Neurologica*, 13, 315-327.
- Beahrs, O.H., Henson, D.E., Hutter, R.W.P. i Myers, M.H. (1988). *Manual for Staging of Cancer*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Bleiker, E.M.A., Ploeg, H.M., Ader, H.J., Daal, V.A.J. i Hendriks, J.H. (1995). Personality traits of women with breast cancer:

- Before and after diagnosis. *Psychological Reports*, 76, 1139-1146.
- Bloom, J.R. i Kessler, L. (1994). Emotional support following cancer: A test of the stigma and social activity hypotheses. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 118-133.
- Bloom, J.R. i Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science and Medicine*, 19, 831-837.
- Bolger, N., Foster, M., Vinokur, A.D. i Ng, R. (1996). Close relationships and adjustment to a life crisis: The case of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 283-294.
- Booth-Kewley, S. i Friedman, H. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101, 343-362.
- Bryla, C.M. (1996). The relationship between stress and the development of breast cancer: A literature review. *Oncological Nursing Forum*, 23, 441-448.
- Burish, T.G. i Lyles, J.N. (1979). Effectiveness of relaxation training in reducing the aversiveness of chemotherapy in the treatment of cancer. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 357-361.
- Burish, T.G. i Lyles, J.N. (1981). Effectiveness of relaxation training in reducing adverse reactions to cancer chemotherapy. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 65-78.
- Burman, B. i Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin*, 112, 39-63.
- Carlsson, M. i Hamrin, E. (1994). Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment: A literature review. *Cancer Nursing*, 17, 418-428.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L. i Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Clemmey, P.A. i Nicassio, P.M. (1997). Illness self-schema in depressed and nondepressed rheumatoid arthritis patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 273-290.
- Compas, B.E., Malcarne, V.L. i Fondacaro, K.M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 405-411.
- Cooper, C.L., Davies-Cooper, R.F. i Faragher, E.B. (1986). A prospective study of the relationship between breast cancer and life events, Type A behavior, social support and coping skills. *Stress Medicine*, 2, 271-277.
- Coyne, J.C. i Racioppo, M.W. (2000). Never the twain shall meet: Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55, 655-664.
- Dakof, D.A. i Taylor, S.E. (1990). Victims perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 80-89.
- de Ruiter, J., de Haes, J. i Tempelaar, R. (1993). Cancer patients and their network: The meaning of the social network and social interactions for quality of life. *Supportive Care in Cancer*, 1, 152-155.
- Derogatis, L.R., Abeloff, M.D. i Melisaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 242, 1504-1508.
- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J.H., Penman, D., Pisetsky, S., Schmale, A.M., Henrichs, M. i Carnicke, C.L.M. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249, 751-757.
- Diener, E. i Emmons, R.A. (1985). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117.
- Diener, E. i Iran-Nejad, A. (1986). The relations in experience between various types of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1031-1038.

- Die-Trill, M. i Holland, J. (1993). Cross-cultural differences in the care of patients with cancer: A review. *General Hospital Psychiatry*, 15, 21-30.
- Dollinger, N., Rosenbaum, E.H. i Cable, G. (1997). *Everyone's guide to cancer therapy: How cancer is diagnosed, treated, and managed day to day*. Kansas City, MO: Andrews McNeel.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40, 77-98.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L.G., Taylor, S.E. i Falk, R.L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, 79-87.
- Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osowiecki, D. M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K. i Krag, D. N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18, 315-326.
- Ewertz, M. (1986). Bereavement and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 53, 701-703.
- Fawzy, F.I. (1994). The benefits of a short-term group intervention for cancer patients. *Advances: The Journal of Mind-Body Health*, 10, 17-19.
- Fawzy, F.I., Cousins, N., Fawzy, N.W., Kemeny, M.E., Elashoff, R. i Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients, I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47, 720-725.
- Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Hyun, C.S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J.L. i Morton, D.L. (1993). Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.
- Fawzy, F.I., Kemeny, M.E., Fawzy, N.W., Elashoff, R., Morton, D., Cousins, N. i Fahey, J.L. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients, II. Changes over time in immunological measures. *Archives of General Psychiatry*, 47, 729-735.
- Feldman Barrett, L. i Russell, J.A. (1998). Independence and bipolarity in the structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 967-983.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45, 1207-1221.
- Folkman, S., Chesney, M., Pollack, L. i Coates, T. (1993). Stress, control, coping and depressive mood in human immunodeficiency virus-positive and -negative gay men in San Francisco. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 409-416.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R. i DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Folkman, S. i Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.
- Folkman, S., Schaefer, C. i Lazarus, R.S. (1979). Cognitive processes as mediators of stress and coping. U: V. Hamilton, D. Warburton (Ur.), *Human stress and cognition*, (str. 265-298). Chichester, England: Wiley.
- Forsen, A. (1989). Life stress, personality and breast cancer. *Monographs of Psychiatria Fennica*, no. 16.
- Forsen, A. (1991). Psychosocial stress as a risk for breast cancer. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55, 176-185.
- Frijda, N.H. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist*, 43, 349-358.
- Funch, D.P. i Mettlin, C. (1982). The role of support in relation to recovery from breast surgery. *Social Science and Medicine*, 16, 91-98.
- Gatchel, R.J., Baum, A. i Krantz, D.S. (1989). *An introduction to health psychology*. New York: Random House.
- Geyer, S. (1993). Life events, chronic difficulties and vulnerability factors preceding breast cancer. *Social Science and Medicine*, 37, 1545-1555.
- Giese-Davis, J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D. i Spiegel, D. (2000). Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal of Family Psychology*, 14, 251-266.

- Glanz, K. i Lerman, C. (1992). Psychosocial impact of breast cancer: A critical review. *Annals of Behavioral Medicine*, 14, 204-212.
- Greer, S. (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21, 43-49.
- Heim, E. (1991). Coping and adaptation in cancer. U: C.L. Cooper, M. Watson (Ur.), *Cancer and stress: Psychological, biological and coping studies*, (str. 197-236). New York: Wiley.
- Helgeson, V. S. i Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational and intervention research. *Health Psychology*, 15, 135-148.
- Helgeson, V. S., Snyder, P. i Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23, 3-15.
- Hiller, J.E. (1989). Breast cancer: A psychogenic disease? *Women and Health*, 15, 5-18.
- Hislop, T.G., Waxler, N.E., Coldman, A.J., Elwood, J.M. i Kan, L. (1987). The prognostic significance of psychosocial factors in women with breast cancer. *Journal of Chronic Disease*, 40, 729-735.
- Holahan, C.J. i Moos, R.H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 946-955.
- Holahan, C.J. i Moos, R.H. (1990). Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: An extension of the stress resistance paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 909-917.
- Holahan, C.J. i Moos, R.H. (1991). Life stressors, personal and social resources, and depression: A 4-year structural model. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 31-38.
- Holahan, C.J. i Moos, R.H. (1994). Life stressors and mental health: Advances in conceptualizing stress resistance. U: W.R. Avison, I.H. Gotlib (Ur.), *Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future*, (str. 213-238). New York: Plenum.
- Holland, J.C. (1998). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
- Hopwood, P., Howell, A. i Maguire, P. (1991). Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: Prevalence measured by two self-rating questionnaires. *British Journal of Cancer*, 64, 349-352.
- Hu, D. i Silberfarb, P.M. (1988). Psychological factors: Do they influence breast cancer? U: C.L. Cooper (Ur.), *Stress and breast cancer*, (str. 27-62). London: Wiley.
- Hudek-Knežević, J. (1993). Prikaz istraživanja i teorijskih pristupa proučavanju suočavanja sa stresom. *Godišnjak Zavoda za psihologiju*, 3, 31-42.
- Hudek-Knežević, J., Kardum, I. i Pahljina, R. (2002). Relations among social support, coping, and negative affect in hospitalized and nonhospitalized cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20, 45-63.
- Hughson, A.V.M., Cooper, A.F., McArdle, C.S. i Smith, D.C. (1988). Psychosocial morbidity in patients awaiting breast biopsy. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 173-180.
- Irvine, D., Brown, B., Crooks, D., Roberts, J. i Browne, G. (1991). Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer*, 67, 1097-1117.
- Jansen, M.A. i Muenz, L.R. (1984). A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 35-42.
- Jasmin, C., Le, M.G., Marty, P. i Herzber, R. (1990). Evidence for a link between certain psychological factors and the risk of breast cancer. *Annals of Oncology*, 1, 22-29.
- Kaplan, R.M., Sallis, J.F. i Patterson, T.L. (1993). *Health and Human Behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Katz, J., Weiner, H., Gallagher, T.F. i Hellman, L. (1970). Stress, distress, and ego defenses: Psychoendocrine response to impending breast tumor biopsy. *Archives of General Psychiatry*, 23, 131-142.
- Kessler, T.A. (2002). Contextual variables, emotional state, and current and expected

- quality of life in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 29, 1109-1116.
- Kissen, D.M. (1966). The significance of personality in lung cancer in men. *Annals of New York Academy of Sciences*, 125, 820 - 826.
- Landrine, H. i Klonoff, E.A. (1992). Culture and health-related schemas: A review and proposal for interdisciplinary integration. *Health Psychology*, 11, 267-276.
- Lazarus, R.S. i Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lowery, B.J., Jacobsen, B.S. i DuCette, J. (1993). Causal attribution, control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10, 37-52.
- Manne, S. i Glassman, M. (2000). Perceived control, coping efficacy, and avoidance coping as mediators between spouses' unsupportive behaviors and cancer patients' psychological distress. *Health psychology*, 19, 155-164.
- Manne, S.L., Pape, S.J., Taylor, K.L. i Dougherty, J. (1999). Spouse support, coping, and mood among individuals with cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 21, 111-121.
- Manne, S.L., Taylor, K.L., Dougherty, J. i Kemeny, N. (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 101-125.
- Manne, S.L. i Zautra, A.J. (1989). Spouse criticism and support: Their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 608-617.
- Marks, G., Richardson, J.L., Graham, J.W. i Levine, A. (1986). Role of health locus of control beliefs and expectations of treatment efficacy in adjustment to cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 443-450.
- Masel, C.N., Terry, D.J. i Gribble, M. (1996). The effects of coping on adjustment: Re-examining the goodness of fit model of coping effectiveness. *Anxiety, Stress, and Coping*, 9, 279-300.
- Massie, M.J. i Holland, J.C. (1990). Depression and the cancer patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 12-17.
- Maunsell, E., Jacques, B. i Deschenes, L. (1993). Social support and survival among women with breast cancer. *Prezentirano na godišnjem skupu psihonkologije*, Memorial-Sloan Kettering Cancer Center.
- McKenna, M.C., Zevon, M.A., Corn, B. i Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: A Meta-analysis. *Health Psychology*, 18, 520-531.
- Meyerowitz, B.D. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin*, 87, 108-131.
- Miller, P.J. (1980). Mastectomy: A review of psychosocial research. *Health and Social Work*, 4, 60-65.
- Moos, R.H. i Schaefer, J.A. (1984). The crisis of physical illness. U: R. Moos (Ur.), *Coping with physical illness*, (str. 3-26). New York: Plenum.
- Morrow, G.R. i Morrell, B.S. (1982). Behavioral treatment for the anticipatory nausea and vomiting induced by cancer chemotherapy. *New England Journal of Medicine*, 307, 1476-1480.
- Mullen, B. i Suls, J. (1982). The effectiveness of attention and rejection as coping styles: A meta-analysis of temporal differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 43-49.
- Nakano, K. (1991). Coping strategies and psychological symptoms in a Japanese sample. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 346-350.
- National Cancer Institute. (2004). *Questions and answers: Annual report to the nation on the status of cancer 1975-2001, with a special feature on survival*. (<http://www.nci.nih.gov>)
- Nelson, D.V., Friedman, L.C., Baer, P.E., Lane, M. i Smith, F.E. (1993). Subtypes of psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 127-141.
- Neuhaus, W., Zok, C., Gohring, U.J. i Scharl, A. (1994). A prospective study

- concerning psychological characteristics of patients with breast cancer. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 255, 201-209.
- Neuling, S.J. i Winefield, H.R. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: Frequency and correlates of supportive behaviours by family, friends, and surgeon. *Social Science and Medicine*, 27, 385-392.
- Newsom, J.T., Knapp, J.E. i Schulz, R. (1996). Longitudinal analysis of specific domains of internal control and depressive symptoms in patients with recurrent cancer. *Health Psychology*, 15, 323-331.
- Nicholas, D.R. i Veach, T.A. (2000). The psychosocial assessment of the adult cancer patient. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 206-215.
- Northouse, L.L. (1988). Social support in patients and husbands adjustment to breastcancer. *Nursing Research*, 37, 91-95.
- O'Leary, A. (1990). Stress, emotion, and human immune function. *Psychological Bulletin*, 108, 363-382.
- Pahljina-Reinić, R. (2004). Uloga percipirane socijalne podrške, percipirane kontrole nad posljedicama oboljenja i strategija suočavanja u emocionalnoj prilagodbi na rak dojke. *Magistarski rad*, Zagreb: Filozofski fakultet.
- Pennebaker, J.W., Hughes, C.F. i O'Heeron, R.C. (1987). The psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 781-793.
- Pennebaker, J.W., Mayne, T.J. i Francis, M.E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 864-871.
- Peters-Golden, H. (1982). Breast cancer: Varied perception of social support in the illness experience. *Social Science and Medicine*, 16, 483-491.
- Pistrang, N. i Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science and Medicine*, 40, 789-797.
- Priestman, T.J., Priestman, S.G. i Bradshaw, C. (1985). Stress and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 51, 493-498.
- Primomo, J., Yates, B.C. i Woods, N.F. (1990). Social support for women during chronic illness: The relationship among sources and types to adjustment. *Research in Nursing and Health*, 13, 153-161.
- Redd, W.H. (1995). Behavioral research in cancer as a model for health psychology. *Health Psychology*, 14, 99-100.
- Redd, W.H. i Andresen, G.V. (1981). Conditioned aversion in cancer patients. *The Behavior Therapist*, 4, 3-4.
- Redd, W.H., Andresen, G.V. i Minagawa, R.Y. (1982). Hypnotic control of anticipatory emesis in patients receiving cancer chemotherapy. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 50, 14-19.
- Reynolds, P. i Kaplan, G.A. (1990). Social connections and risk for cancer: Prospective evidence from the Alameda County Study. *Behavioral Medicine*, 16, 101-110.
- Roberts, C.S., Cox, C.E., Shannon, V.J. i Wells, N.L. (1994). A closer look at social support as a moderator of stress in breast cancer. *Health and Social Work*, 19, 157-164.
- Roberts, F.D., Newcomb, P.A., Trentham-Dietz, A. i Storer, B.E. (1996). Self-reported stress and breast cancer. *Cancer*, 77, 1089-1093.
- Rose, J.H. (1990). Social support and cancer: Adult patients' desire for support from family, friends, and health professionals. *American Journal of Community Psychology*, 18, 439-464.
- Roth, S. i Cohen, L.J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819.
- Russell, J.A. i Carroll, J.M. (1999). On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin*, 125, 3-30.
- Ryff, C.D. i Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Scherg, H., Cramer, I. i Blohmke, M. (1981). Psychosocial factors and breast cancer: A critical reevaluation of established hypotheses. *Cancer Detection and Prevention*, 4, 165-171.

- Schover, L.R. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships. *Cancer*, 41, 112-120.
- Schwartz, G.E. (1990). Psychobiology of repression and health: A systems approach. U: J.L. Singer (Ur.), *Repression and dissociation*, (str. 405-434). Chicago: University of Chicago Press.
- Skalar, L.S. i Anisman, H. (1981). Stress and cancer. *Psychological Bulletin*, 89, 363-406.
- Skinner, E.A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 549-570.
- Smyth, J.M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174-184.
- Spencer, S.M., Carver, C.S. i Price, A.A. (1998). Psychological and social factors in adaptation. U: J.C. Holland (Ur.), *Psycho-oncology*, (str. 211-222). New York: Oxford University Press.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C. i Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2, 888-890.
- Spiegel, D., Bloom, J.R. i Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer: A randomized outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 38, 527-533.
- Spiegel, D. i Kato, P.M. (1996). Psychosocial influences on cancer incidence and progression: Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 10-25.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L., Bishop, M., Collins, C.A., Kirk, S.B., Sworowski, L.A. i Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 875-882.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L. i Ellis, A.P. (1994). Coping through emotional approach: Problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 350-362.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S. i Huggins, M.E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 93-102.
- Stanton, A.L., Kirk, S.B., Cameron, C.L. i Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1150-1169.
- Stanton, A.L. i Snider, P.R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.
- Strnad, M. (2002). Rak dojke: ranim otkrivanjem do izlječenja. *Narodni zdravstveni list*, 512-513, 1-8.
- Suls, J. i Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Taylor, S.E. (1995). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R. i Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.
- Temoshok, L. (1985). Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: Psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology, and tumor-host-response. *Social Science and Medicine*, 20, 833-840.
- Terry, D. J. i Hynes, G. J. (1998). Adjustment to a low-control situation: Reexamining the role of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1078-1092.
- Terry, D.J., Tonge, L. i Callan, V.J. (1995). Employee adjustment to stress: The role of coping resources, situational factors, and coping responses. *Anxiety, Stress, and Coping*, 8, 1-24.
- The World Health Organization, (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps-A manual of classification relating to the conse-*

- quences of disease*. Geneva: The World Health Organization.
- Thompson, S.C., Sobolew-Shubin, A., Galbraith, M.E., Schwankovsky, L. i Cruzen, D. (1993). Maintaining perceptions of control: Finding perceived control in low-control circumstances. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 293-304.
- Thompson, S.C. i Spacapan, S. (1991). Perceptions of control in vulnerable populations. *Journal of Social Issues*, 47, 1-21.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V. i Wigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-361.
- Traue, H.C. i Pennebaker, J.W. (1993). *Emotion, Inhibition, and Health*. Seattle: Hogrefe & Hubner.
- Valentiner, D.P., Holahan, C.J. i Moos, R.H. (1994). Social support, appraisals of event controllability, and coping: An integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 1094-1102.
- Walker, L.G. i Eremin, O. (1996). Psychological assessment and intervention: Future prospects for women with breast cancer. *Seminars in Surgical Oncology*, 12, 76-83.
- Watson, M., Greer, S., Pruyne, J. i Van Den Borne, B. (1990). Locus of control and adjustment to cancer. *Psychological Reports*, 66, 39-48.
- Watson, D. i Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Waxler-Morrison, N., Hislop, T.G., Mears, B. i Kan, L. (1991). Effects of social relationships on survival for women with breast cancer: A prospective study. *Social Science and Medicine*, 33, 177-183.
- Wegner, D.M., Shortt, J.W., Blake, A.W. i Page, M.S. (1990). The suppression of exciting thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 409-418.
- Williamson, G.M. (1998). The central role of restricted normal activities in adjustment to illness and disability: A model of depressed affect. *Rehabilitation Psychology*, 43, 327-347.
- Williamson, G.M. i Schulz, R. (1995). Activity restriction mediates the association between pain and depressed affect: A study of younger and older adult cancer patients. *Psychology and Aging*, 10, 369-378.
- Wortman, C., Brehm, J.C. (1975). Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. U: L. Berkowitz (Ur.), *Advances in experimental social psychology*, (str. 278-336). San Diego, CA: Academic Press.
- Zemore, R. i Shepel, L.F. (1989). Effects of breast cancer and mastectomy on emotional support and adjustment. *Social Science and Medicine*, 28, 19-29.
- Zevon, M.A. i Tellegen, A. (1982). The structure of mood change: An idiographic/nomothetic analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 111-122.