

KRONIČNA BOLEST, DEPRESIVNOST I ANKSIOZNOST

MERI TADINAC, NATAŠA JOKIĆ-BEGIĆ, IVANA HROMATKO, LENA KOTRULJA¹ i
ANITA LAURI-KORAJLIJA

*Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu i ¹Klinika za kožne i spolne bolesti,
Klinička bolnica «Sestre milosrdnice», Zagreb, Hrvatska*

Cilj istraživanja bio je usporediti razinu depresije i anksioznosti između oboljelih od psorijaze te gastrointestinalnih bolesti i zdravih sudionika, te provjeriti utjecaj percipirane socijalne podrške na psihološku prilagodbu pacijenata. U istraživanje je bilo uključeno 240 sudionika (70 s psorijazom, 83 s dijagnosticiranom gastrointestinalnom bolešću i 87 zdravih). Razina anksioznosti određena je STAI upitnikom, razina depresivnosti BDI upitnikom, a percipirana socijalna podrška SS-A ljestvicom. U odnosu na zdrave sudionike, bolesnici obiju skupina imaju povišene razine anksioznosti kao crte, ali se međusobno ne razlikuju po izraženosti te crte ličnosti, što ide u prilog hipotezi o anksioznosti kao precipitirajućem čimbeniku razvoja bolesti. Provjeren je i utjecaj percipirane socijalne podrške na depresivnost i anksioznost kao stanje, te se pokazalo da pacijenti s višom percipiranom razinom socijalne podrške imaju manje razine depresivnosti i anksioznosti. U pacijenata oboljelih od psorijaze ne postoje spolne razlike u razini anksioznosti kao stanja (koje su inače dobro utvrđene, te postoje u zdravih sudionika kao i u gastrointestinalnih bolesnika), što ide u prilog hipotezi da je psihološka prilagodba teža u slučaju vidljivog oboljenja, iako je ono možda manje tjelesno ugrožavajuće.

Ključne riječi: kronična bolest, depresija, anksioznost, socijalna podrška, spolne razlike

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. Meri Tadinac
Odsjek za psihologiju
Filozofski fakultet
10000 Zagreb, Hrvatska
E-mail: mtadinac@ffzg.hr

UVOD

Kao odgovor na dugotrajno prevladavajuće stajalište prema kojem se bolest smatrala isključivo poremećajem tjelesnih procesa, formuliran je biopsihosocijalni model bolesti i zdravlja u kojem su zdravlje i bolest podjednako određeni interakcijom bioloških, psiholoških i socijalnih činitelja (1). Brojna se istraživanja usmjerilo na proučavanje uloge psihosocijalnih činitelja u održavanju zdravlja odnosno pojavi i/ili egzacerbaciji bolesti (2-4). Pokazalo se da postoji izravni utjecaj stresnih događaja, strukture ličnosti i socijalnih činitelja na imunološke reakcije pojedinca (5-11).

Iako utjecaj stresa na zdravlje možemo smatrati empirijski dobro potvrđenom činjenicom, još uvijek nije do kraja razjašnjena posredujuća uloga niza psiholoških i socijalnih činitelja koji determiniraju kakav i koliki će taj utjecaj biti. Postoje velike individualne razlike u percepciji određenih događaja kao stresnih i reakcijama na njih,

tako da određeni stresor može kod različitih pojedinaca izazvati raznolike reakcije, ovisno o osobinama ličnosti i socijalnom kontekstu u kojem se stresna situacija javila (12-15).

Osim što stres može imati važnu ulogu u etiopatogenezi različitih bolesti, postoji i utjecaj u suprotnom smjeru: pojava ili pogoršanje bolesti mogu dovesti do anksioznih i depresivnih reakcija. Važno je naglasiti da će se pri tome utjecaj bolesti razlikovati ovisno o osobinama pojedinca, ali i pojavnosti bolesti, pri čemu njena težina ne mora biti presudni čimbenik. Bolest, makar i teška, ne mora nužno biti vidljiva, što bolesnicima omogućuje da učinkovitije sudjeluju u uobičajenim svakodnevnim aktivnostima. Međutim, kronična i okolini vidljiva bolest, kao što je psorijaza, može imati značajni utjecaj na pacijenta te njegovi/njezini svakodnevni stresni događaji, tzv. "mali stres", povezani s bolešću mogu znatno utjecati na

tijek te bolesti (16-18). Pokazalo se, npr., da na kvalitetu života oboljelih od psorijaze znatno više utječe vidljivost bolesti i odnos okoline nego težina kliničke slike (19). Slični nalazi, psihosocijalne teškoće i sniženje kvalitete života, dobiveni su i na oboljelima od akni, bolesti koju se često smatra trivijalnom, pri čemu je presudni utjecaj imala pacijentova procjena vlastitoga stanja, a ne objektivna težina akni (20, 21).

Mogući izvori osobne patnje koji prate kožnu, okolini vidljivu bolest, su: (a) zabrinutost zbog izgleda s čime su povezani nisko samopoštovanje, nisko samopouzdanje, slabija socijalna prilagodba, te posljedična depresivnost; (b) zabrinutost zbog zdravlja – s obzirom na vanjske znakove bolesti, osoba s kožnom bolešću je konstantno podsjećana na činjenicu da je bolesna (dakle vulnerabilna, fragilna), što onemogućuje “negaciju” kao vrlo snažni mehanizam obrane. Razvija se identitet “bolesnika”, a posljedično se javljaju anksioznost i depresivnost (22, 23).

Nasuprot tome, oboljeli od tjelesnih bolesti, koje su možda čak i patogenije, ne moraju stalno biti svjesni bolesti. Sama ta činjenica dopušta im povremenu negaciju bolesti, a time i kvalitetnije sudjelovanje u svakodnevnim životnim zahtjevima.

U dosadašnjim istraživanjima pokazalo se da opisani učinci stresa kao posljedice bolesti mogu biti ublaženi adekvatnom socijalnom podrškom (24), pri čemu percepcija ili vjerovanje o mogućnosti dobivanja podrške jače utječe na zdravlje osobe nego stvarno primanje podrške (25).

CILJ

Potaknuti navedenim nalazima odlučili smo ispitati razlikuju li se zdravi sudionici i oboljeli od psorijaze odnosno gastrointestinalnih bolesti po a) anksioznosti kao trajnoj crti ličnosti; b) aktualnoj razini anksioznosti i depresivnosti, i c) utjecaju spola i percipirane socijalne podrške na psihološku prilagodbu oboljelih.

Kako određene osobine pojedinca, poput anksioznosti kao crte, pojačavaju subjektivni osjećaj stresa, čime su povećani negativni utjecaj stresa na zdravlje i vjerojatnost obolijevanja, očekujemo višu razinu anksioznosti kao crte u oboljelih. Zbog negativnih psihosocijalnih učinaka bolesti očekujemo više razine depresivnosti i anksioznosti kao stanja u bolesnih u usporedbi sa zdravima, uz moderirajući utjecaj spola, osobina pojedinca, vrste bolesti te percipirane socijalne podrške.

METODA

Sudionici

Skupina gastrointestinalnih pacijenata obuhvaćala je 83 pacijenta sa Zavoda za gastroenterologiju Kliničkog bolničkog centra Zagreb (Rebro), od čega 48 ambulantnih i 35 na bolničkom liječenju. Njihova je prosječna dob bila $M=55,04$ ($SD=13,48$). U uzorku je bilo 40 muškaraca i 43 žene. Taj je prigodni uzorak uključivao četiri dijagnostičke kategorije: gastritis ($n=38$), ulkus ventrikuli ($n=20$), ulcerozni kolitis ($n=15$) te divertikuloza ($n=10$).

Skupina oboljelih od psorijaze obuhvaćala je 70 pacijenata s Klinike za kožne i spolne bolesti Kliničkog bolničkog centra Zagreb (Šalata) te Klinike za kožne i spolne bolesti Kliničke bolnice «Sestre milosrdnice», koji su svi bili na bolničkom liječenju. Prosječna dob u ovoj skupini bila je $M=49,83$ ($SD=14,76$). U uzorku je bilo 40 muškaraca i 30 žena.

Komparabilnu skupinu zdravih činio je prigodni uzorak 87 sudionika iz različitih zagrebačkih radnih organizacija i jednog doma umirovljenika, 43 muškarca i 44 žene. Njihova je prosječna dob bila $M=51,91$ ($SD=8,51$).

Instrumenti

Sudionici su zamoljeni da ispune sljedeće upitnike:

STAI - Upitnik anksioznosti kao stanja i kao crte [State-Trait Anxiety Inventory, Spielberger (26)]. STAI se sastoji od dviju odvojenih ljestvica samoprocjene, od kojih je jedna namijenjena mjerenju trenutačnih, prolaznih anksioznih stanja, a druga mjerenju relativno stabilne sklonosti pojedinca anksioznim reakcijama.

BDI - Beckova ljestvica depresivnosti [Beck Depression Inventory, Beck i sur.(27)]. BDI je ljestvica samoprocjene od 21 čestice koja mjeri težinu depresivnih simptoma.

SS-A - Ljestvica percipirane socijalne podrške [Social Support Appraisals Scale, autora Vauxa, hrvatska adaptacija Hudek-Knežević(28)] – ljestvica od 14 čestica koja mjeri subjektivnu procjenu kvalitete primljene podrške od strane obitelji i prijatelja.

U postupku prikupljanja podataka u potpunosti su poštovana pravila i etički standardi definirani Etičkim kodeksom Hrvatskog psihološkog društva.

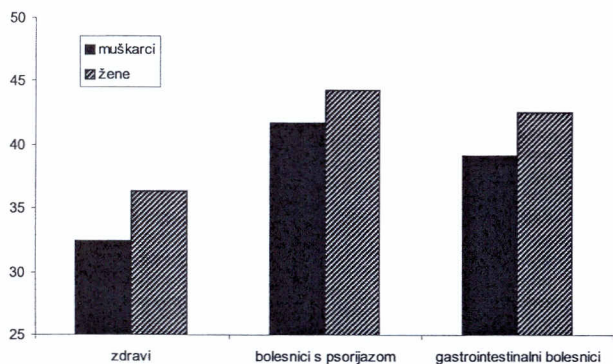
REZULTATI

a) Anksioznost kao crta ličnosti

Analiza varijance sa skupinom sudionika (zdravi, psorijatični bolesnici, gastrointestinalni bolesnici) i spolom kao nezavisnim varijablama, te anksioznošću (crta ličnosti) kao zavisnom varijablom, pokazala je značajne glavne učinke, kako spola (žene svih skupina su anksioznije od muškaraca $F(1,226) = 9,08$, $p<,01$) tako i pripadnosti skupini ($F(2,226) = 23,13$, $p<,001$), a post-hoc Schéffe test je pokazao da su bolesnici s psorijazom i gastrointestinalni bolesnici anksiozniji od zdravih sudionika, ali se međusobno ne razlikuju po razini anksioznosti kao crte ličnosti. Rezultati su prikazani na sl. 1.

b) Anksioznost kao stanje i depresivnost

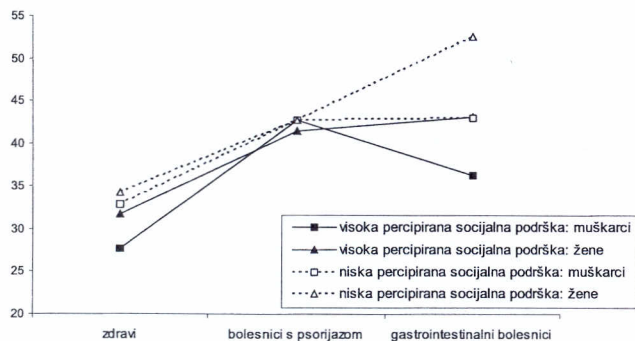
Provedene su dvije složene analize varijance tipa $3 \times 2 \times 2$ - sa skupinom sudionika, spolom i percipiranom socijalnom podrškom (visoka ili niska) kao nezavisnim varijablama. U prvoj analizi je zavisna varijabla bila anksioznost (kao stanje), a u drugoj depresivnost.



Sl. 1. Anksioznost kao crta ličnosti kod zdravih sudionika, te bolesnika s psorijazom i gastrointestinalnih bolesnika

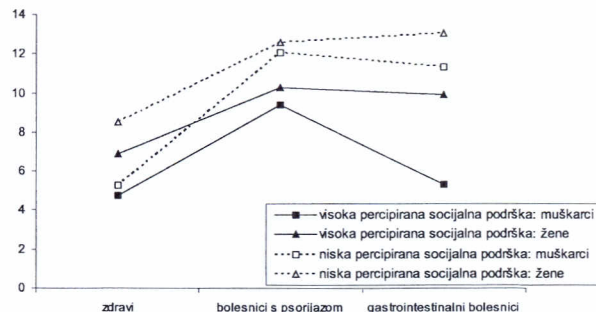
ANOVA s anksioznošću kao zavisnom varijablom pokazala je značajne glavne učinke spola (žene su anksioznije od muškaraca: $F(1,212) = 6,91, p < ,001$) i percipirane socijalne podrške (osobe koje socijalnu podršku percipiraju višom su manje anksiozne: $F(1, 212) = 10,27, p < ,001$) te pripadnosti skupini ($F(2,212) = 37,34, p < ,001$); opet je *post-hoc* Schéffe test pokazao da su bolesnici s psorijazom i gastrointestinalni bolesnici anksiozniji od zdravih sudionika, ali se međusobno ne razlikuju po razini anksioznosti kao stanja. Od mogućih interakcija, značajnom se pokazala samo interakcija skupine i spola ($F(2, 212) = 3,65, p < ,005$) - obje skupine bolesnika imaju povišenu razinu anksioznosti u odnosu na zdrave sudionike, ali se u bolesnika s psorijazom gube spolne razlike, dok su u gastrointestinalnih bolesnika žene anksioznije od muškaraca (sl. 2).

ANOVA s depresivnošću kao zavisnom varijablom također je ukazala na sva tri značajna glavna učinka: spola (žene su depresivnije od muškaraca: $F(1,213) = 5,19, p < ,05$), percipirane socijalne podrške (osobe koje socijalnu podršku percipiraju višom manje su depresivne: $F(1,213) = 7,89, p < ,001$), i pripadnosti skupini ($F(2,213) = 9,37, p < ,001$); kao što je bio slučaj i s anksioznošću, *post-hoc* Schéffe test je pokazao da su bolesnici s psorijazom i gastrointestinalni bolesnici depresivniji od zdravih



Sl. 2. Anksioznost kao stanje kod zdravih sudionika, bolesnika s psorijazom te gastrointestinalnih bolesnika s različitim stupnjem percipirane socijalne podrške

sudionika, ali se međusobno ne razlikuju po razini depresivnosti). Ni jedna se interakcija nije pokazala statistički značajnom. Rezultati su prikazani na sl. 3.



Sl. 3. Depresivnost kod zdravih sudionika, bolesnika s psorijazom te gastrointestinalnih bolesnika s različitim stupnjem percipirane socijalne podrške

RASPRAVA I ZAKLJUČCI

Obje skupine bolesnika imaju statistički značajno višu razinu anksioznosti kao crte ličnosti od zdravih sudionika, ali se međusobno ne razlikuju po razini anksioznosti. Takav je nalaz u skladu s našom hipotezom, jer, kako je već navedeno, u osoba s visokom anksioznošću kao crtom pojačava se subjektivni doživljaj stresa, čime je povećan negativni utjecaj stresa na zdravlje te vjerojatnost oboljevanja, kako je pokazano u nizu psihoneuroimunoloških istraživanja (2-4, 12, 29). Možemo, dakle, smatrati kako naši rezultati podupiru stajalište da stres djeluje kao precipitirajući činitelj razvoja bolesti, pri čemu bismo mogli spekulirati da će razvoj određene vrste bolesti ovisiti o tome koji je *locus minoris resistentiae* određenog pojedinca. Nije iznenađujuća činjenica da u svim skupinama žene postižu viši rezultat na ljestvici anksioznosti kao crte, jer je to dobro dokumentirani nalaz u ranijim istraživanjima (30, 31).

S druge strane, jednom već oboljeli pacijenti, ovisno o težini i obliku bolesti, mogu doživljavati različite razine depresivnosti i anksioznosti kao stanja. Budući da je poznat povoljan utjecaj percipirane socijalne podrške na doživljaj stresa i dobrobit bolesnika (24,25), provjerali smo ima li ta varijabla moderirajući učinak na razinu depresivnosti i anksioznosti kao stanja. Analizom varijance potvrđeno je kako sve tri nezavisne varijable (spol, percipirana socijalna podrška i skupina ispitanika) utječu na razinu depresivnosti, i to neovisno jedna od druge (nema interakcije). Objе skupine pacijenata su značajno depresivnije od zdravih sudionika, ali se međusobno ne razlikuju po razini depresivnosti. Međutim, oni s višom u pacijenata s gastrointestinalnim tegobama, dok je povoljni učinak socijalne podrške nešto manje izražen u psorijatičnih bolesnika. Značajni glavni učinak spola pokazuje da su u svim skupinama, neovisno o stupnju socijalne podrške, žene depresivnije. To je posve u skladu s podacima iz literature, koji ukazuju na veću učestalost

depresivnih reakcija u žena, neovisno o rasi, stupnju obrazovanja, prihodima i sl. (32-35).

Slična je slika i s anksioznošću kao stanjem: pacijenti obiju skupina su anksiozniji od zdravih (ali se ne razlikuju međusobno). Oni koji socijalno podršku percipiraju višom u prosjeku su manje anksiozni, a žene su u prosjeku anksioznije od muškaraca. Ta spolna razlika u anksioznosti, prema nekim nalazima, zapravo djelomično tumači i spolne razlike u depresivnosti, budući da su neki autori pokazali da spolne razlike zapravo postoje u komorbidnoj depresiji s anksioznošću, a ne u specifičnoj depresiji (30, 32). Međutim, u našem se uzorku, za razliku od depresije, kod anksioznosti kao stanja pojavila značajna interakcija pripadnosti skupini i spola: u psorijatičnih bolesnika nisu nađene značajne spolne razlike.

Iz dobivenih je rezultata moguće uočiti kako je, usprkos svim značajnim glavnim učincima i pri anksioznosti i pri depresivnosti, obrazac različit u oboljelih od gastrointestinalnih bolesti i oboljelih od psorijaze. Iako su obje skupine pacijenata anksioznije od zdravih, u gastrointestinalnih pacijenata i zdravih osoba razina anksioznosti ovisi o spolu (žene su anksioznije od muškaraca), dok se u oboljelih od psorijaze ta spolna razlika gubi. Nadalje, iako je glavni učinak socijalne podrške značajan, u psorijatičnih je bolesnika pozitivan utjecaj socijalne podrške manje izražen, i to ne samo pri anksioznosti, već i pri depresivnosti. Ti nalazi potvrđuju da pojavnost bolesti može znatno utjecati na psihičko stanje bolesnika jer ga stavlja u specifičnu situaciju: psorijatični bolesnici imaju vidljive kožne promjene što često dovodi do negativnog odnosa okoline, potenciranog neinformiranošću i neznanjem šire populacije o kožnim bolestima. Oboljeli se svakodnevno moraju suočavati s činjenicom da ih ljudi izbjegavaju, da ih doživljavaju kao zarazne, što dovodi do osjećaja izoliranosti. Zbog takvih iskustava u njih se razvija nelagoda među nepoznatim osobama, tako da često izbjegavaju odlazak na javna mjesta, sunčanje i kupanje u društvu i sl. (36), što može dovesti do pojačanja depresivnih i anksioznih simptoma. Istraživanja govore da oko 30-40% oboljelih od psorijaze ima psihičke smetnje koje se javljaju kao reakcija na bolest (37).

Narušavanje tjelesnog izgleda nije trivijalni problem, već sa sobom nosi brojne i ozbiljne posljedice na osobno psihičko zdravlje i kvalitetu života. Zapadna kultura ističe tjelesnu ljepotu kao vrijednu i poželjnu. Voditi računa o svome izgledu, truditi se izgledati lijepo i njegovano, kulturni je imperativ koji nam se nameće preko svih medija i s kojim odrastamo. Oboljeli od kožnih, okolini vidljivih bolesti, izloženi su kontinuiranom nesuglasju između izgleda kakav se stereotipno očekuje i vlastitog izgleda koji je obilježen bolešću. Posljedice su anksioznost i depresivnost, koje imaju negativan utjecaj na samopouzdanje. Sniženo samopouzdanje rezultat će rjeđim socijalnim interakcijama, čime se smanjuju negativne reakcije okoline na izgled, ali se smanjuje i vjerojatnost da se ostvare

dublji i topliji odnosi koji bi imali povoljni utjecaj kako na kvalitetu života, tako i na intenzitet primarne bolesti.

Iako je ovo istraživanje provedeno s temeljnim ciljem proširivanja spoznaja o depresivnim i anksioznim reakcijama na različite vrste bolesti, moguća je primjena nalaza takvog i sličnih istraživanja u području zdravstvene psihologije višestruka. Pokazalo se da, u skladu s ranijim podacima, oboljeli pokazuju viši stupanj anksioznosti kao crte, te da tu osobinu možemo smatrati jednim od precipitirajućih činitelja u razvoju bolesti. Na osnovi detaljnijeg upoznavanja djelovanja ovog kao i drugih psihosocijalnih činitelja bila bi moguća tzv. sekundarna prevencija, tj. identifikacija pojedinaca s povećanim rizikom za pojavljivanje bolesti. Nadalje, s obzirom na jasno dokumentirani utjecaj bolesti, u smislu povećane razine depresivnosti i anksioznosti, evidentna je potreba različitih oblika psihosocijalnih intervencija koje bi mogle imati pozitivan utjecaj na bolesnika. Depresija i anksioznost su osjećaji koji mogu ozbiljno i trajno narušiti kvalitetu života te ugroziti psihičko i tjelesno zdravlje osobe. Adekvatnom psihodijagnostikom moguće je procijeniti utjecaj bolesti na oboljelog, a također utvrditi osobine pojedinca i njegove socijalne okoline koje mogu utjecati na tijek bolesti i uspješnost liječenja. U skladu s time mogu se planirati učinkoviti programi psihosocijalne intervencije, koji bi uključivali komponente zdravstvenog obrazovanja, upravljanja stresom i suočavanja s bolešću. Učinkovitost takvih intervencija je empirijski dokazana pri različitim kroničnim bolestima (23, 38-40). Jasno je da takvi programi zahtijevaju dodatne edukacije za liječnike i za psihologe, sa svrhom usvajanja znanja i vještina koje će im omogućiti aktivniju ulogu kako u prevenciji, tako i u ublažavanju negativnih posljedica bolesti. Iako na prvi pogled takav prijedlog može djelovati utopistički zbog potrebe ulaganja financijskih sredstava u edukativne i prevencijske programe, koristi od takvog pristupa bile bi višestruke. Postigli bismo ne samo poboljšanje kvalitete života pacijenata i njihovo veće zadovoljstvo medicinskim tretmanom, već bi u konačnici bile ostvarene velike uštede zahvaljujući manjem broju oboljelih, kraćem vremenu bolovanja te duljim remisijama bolesti.

LITERATURA

1. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
2. Glaser R, Kiecolt-Glaser J. *Handbook of Human Stress and Immunity*. London: Academic Press, 1994.
3. Cohen S, Herbert TB. Health psychology – psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Ann Rev Psychol* 1996;47:113-42.
4. Stowell JR, Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Perceived stress and cellular immunity: When coping counts. *J Behav Med* 2001;24:323-39.

5. Glaser R, Rice J, Speicher CE, Stout JC, Kiecolt-Glaser JK. Stress depresses interferon production concomitant with a decrease in natural killer cell activity. *Behav Neurosci* 1986;100:675-8.
6. Irwin M, Daniels M, Bloom ET, Weiner H. Life events, depression and natural killer cell activity. *Psychopharmacol Bull* 1986;22:1093-6.
7. Kang DH, Coe CL, McCarthy DO, Ershler WB. Immune responses to final exams in healthy and asthmatic adolescents. *Nurs Res* 1997;46:12-19.
8. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988;241:540-45.
9. Steptoe A, Owen N, Kunz-Ebrecht SR, Brydon L. Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology* 2003;29:593-611.
10. Ader R, Cohen N, Felten D. Psychoneuroimmunology: Interactions between the nervous system and the immune system. *Lancet* 1995;345:99-102.
11. Elenkov IJ, Chrousos GP. Stress hormones, Th1/Th2 patterns, pro/anti-inflammatory cytokines and susceptibility to disease. *TEM* 1999;10:359-68.
12. Wiedenfeld SA, Bandura A, Levine S, O'Leary A, Brown S, Raska K. Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. *J Pers Soc Psychol* 1990;59:1082-94.
13. Thoits PA. Stress, coping and social support processes. *J Health Soc Behav* 1995;Extra Issue:53-79.
14. Reed GM, Kemeny ME., Taylor SE., Visscher BR. Negative HIV-specific expectancies and AIDS-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV-positive gay men. *Health Psychol* 1999;18:1-10.
15. Olf M. Stress, depression and immunity: the role of defense and coping styles. *Psychiatry Res* 1999;85:7-15.
16. Kent G, Keohane S. Social anxiety and disfigurement: the moderating effects of fear of negative evaluation and past experience. *Br J Clin Psychol* 2001;40:23-34.
17. Kotrulja L, Tadinac Babić M, Gregurek R, Jokić-Begić N. Psychological aspects of psoriasis. 9th ESDaP Congress, Barcelona, 2001.
18. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE, Main CJ. Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *Br J Psychol* 2002;4:157-74.
19. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *Br J Dermatol* 1997;137:755-60.
20. Oremović L, Kotrulja L, Tadinac Babić M, Poduje S. The psychological impact of acne and quality of life. 10th EADV Congress, München, 2001.
21. Tadinac Babić M, Kotrulja L, Oremović L, Poduje S. Quality of life in patients with acne. *Soc Psihijat* 2001;29:194-8.
22. Lazarus RS. Positive denial: the case for not facing reality. *Psychol Today* 1979;12:44-60.
23. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Bergman W, Vermeer BJ, Rooijmans HGM. Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *Br J Dermatol* 2000;142:899-907.
24. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull* 1996;119: 488-531.
25. Dunkel-Schetter C, Bennett TL. Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support, U: Sarason, BR, Sarason G, Pierce GR, ur. *Social Support: An interactional view*. New York: John Wiley & Sons, 1990;287-96.
26. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
27. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RV, Vagg PR., Jacobs GA. *Manual for State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists, 1983.
28. Hudek-Knežević J. Suočavanje sa stresnim situacijama izazvanim konfliktom između profesionalne i obiteljske uloge: uloga stilova suočavanja, samopoimanja i percepcije socijalne okoline. Zagreb: Filozofski fakultet, neobjavljena doktorska disertacija, 1984.
29. O'Leary A. Stress, emotion, and human immune function. *Psychol Bull* 1990;108:363-82.
30. Ochoa L, Beck AT, Steer RA. Gender differences in comorbid anxiety and mood disorders. *Am J Psychiatry* 1992;149:1409-10.
31. Kessler RC, McGonagl, KA, Zhao S, Nelson C. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
32. Joiner TE, Blalock JA. Gender differences in depression: The role of anxiety and generalized negative affect. *Sex Roles* 1995;33:91-108.
33. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989;261: 2229-35.
34. Weissman MM, Bland R, Joyce PR, Newman S, Wells JE, Witcher, HU. Sex differences in rates of depression: Cross-national perspectives. *J Affect Disord* 1993;29:77-84.
35. McGrath E, Keita GP, Strickland BR, Russo NF, ur. *Women and depression: risk factors and treatment issues*. Washington, DC: American Psychological Association, 1991.
36. Ginsburg IH. Psychological and psychophysiological aspects of psoriasis. *Dermatol Clin* 1995;13:793-804.

37. Richards HL, Fortune DG, Weidmann A, Sweeney SK, Griffiths CE. Detection of psychological distress in patients with psoriasis: low consensus between dermatologist and patient. *Br J Dermatol* 2004;151:1227-33.
38. Pibernik-Okanovic M, Prašek M, Poljičanin-Filipović T, Pavlič-Renar I, Metelko Z. Effects of an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. *Patient Educ Couns* 2004;52:193-9.
39. Barlow JH, Ellard DR. Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: an overview of the research evidence base. *Child Care Health Dev* 2004;30:637-45.
40. Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *Int J Psychiatry Med* 2006;36:13-34.

SUMMARY

CHRONIC ILLNESS, DEPRESSION AND ANXIETY

M. TADINAC, N. JOKIĆ-BEGIĆ, I. HROMATKO, L. KOTRULJA¹ and
A. LAURI-KORAJLIJA

Department of Psychology, School of Humanities and Social Sciences, University of Zagreb and ¹University Department of Dermatology and Venereology, Sestre Milosrdnice University Hospital, Zagreb, Croatia

The aim of this study was to compare the levels of depression and anxiety among patients with gastrointestinal diseases, psoriasis and healthy subjects. The sample consisted of 240 subjects (70 psoriasis patients, 83 patients diagnosed with gastrointestinal disease, and 87 healthy subjects). Anxiety was measured by means of STAI, depression by means of BDI, and perceived social support by SS-A scale. Compared to healthy subjects, both patient groups had higher levels of trait anxiety, while difference between the two patient groups was not significant, supporting the hypothesis on trait anxiety as a precipitating factor for disease development. Assessment of the effect of the perceived social support on the state of depression and anxiety showed lower levels of depression and anxiety in patients who perceived their social support as higher. In the group of psoriatic patients there was no sex difference in the state of anxiety (which has been well documented elsewhere and recorded in the present groups of healthy subjects and gastrointestinal patients). These findings support the hypothesis on a more difficult psychological adjustment in case of a perceptible, although maybe less physically threatening disease.

Key words: chronic illness, depression, anxiety, social support, sex differences