

# Odnos stilova privrženosti, doživljaja krivnje i hostilnosti s težinom bolesti kod oboljelih od psorijaze

---

Mišić, Ivana

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:821598>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-12**



Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Ivana Mišić

**ODNOS STILOVA PRIVRŽENOSTI, DOŽIVLJAJA  
KRIVNJE I HOSTILNOSTI S TEŽINOM BOLESTI KOD  
OBOLJELIH OD PSORIJAZE**

Diplomski rad

Mentor: doc.dr.sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2018.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Ivana Mišić

ODNOS STILOVA PRIVRŽENOSTI, DOŽIVLJAJA KRIVNJE I HOSTILNOSTI S  
TEŽINOM BOLESTI KOD OBOLJELIH OD PSORIJAZE

Diplomski rad

Društvene znanosti, psihologija, zdravstvena psihologija

Mentor: doc.dr.sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2018.

## SADRŽAJ

|   |    |
|---|----|
| 1. Uvod.....                                    | 1  |
| 1.1. Psorijaza.....                             | 2  |
| 1.2. Privrženost.....                           | 3  |
| 1.2.1. Privrženost i psihosomatske bolesti..... | 5  |
| 1.2.2. Privrženost i emocije.....               | 6  |
| 1.2.2.1. Krivnja.....                           | 6  |
| 1.2.2.2. Hostilnost.....                        | 7  |
| 1.3. Psihosomatske bolesti i emocije.....       | 8  |
| 2. Cilj istraživanja.....                       | 9  |
| 3. Problemi.....                                | 9  |
| 4. Hipoteze.....                                | 9  |
| 5. Metodologija.....                            | 10 |
| 5.2. Sudionici.....                             | 10 |
| 5.2. Instrumenti.....                           | 11 |
| 5.3. Postupak.....                              | 12 |
| 6. Rezultati.....                               | 13 |
| 7. Rasprava.....                                | 21 |
| 8. Zaključak.....                               | 27 |
| 9. Literatura.....                              | 27 |

## **Odnos stilova privrženosti, doživljaja krivnje i hostilnosti s težinom bolesti kod oboljelih od psorijaze**

Cilj istraživanja bio je ispitati odnos stilova privrženosti, doživljaja krivnje i hostilnosti s težinom bolesti kod oboljelih od psorijaze. U istraživanju je sudjelovalo 107 osoba s dijagnosticiranim psorijazom vulgaris. Za ispitivanje stilova privrženosti korišten je Upitnik privrženosti prema ljubavnim partnerima (Kamenov i Jelić, 2003), doživljaj krivnje ispitivan je Skalom krivnje za adolescente (Laskoski, Natividade i Hutz, 2013), hostilnost prema sebi Skalom diferencijalnih emocija (Izard, Libero, Putnam i Haynes, 1993), a težina bolesti utvrđivala se Indeksom zahvaćenosti kože psorijazom i težine psorijaze (Fredriksson i Pettersson, 1978). Podaci su obrađivani analizama varijance i hijerarhijskim regresijskim analizama. Rezultati upućuju kako između različitih stilova privrženosti postoje razlike u zastupljenosti simptoma psorijaze i to između *sigurnog* i *plašljivog* te *zaokupljenog* i *plašljivog* stila privrženosti. Kod ispitivanja izravnog doprinosa stilova privrženosti zastupljenosti simptoma, utvrđeno je kako *dimenzija izbjegavanje* jedina izravno doprinosi zastupljenosti simptoma. Što se tiče neizravnog doprinosa stilova privrženosti zastupljenosti simptoma preko doživljaja krivnje i hostilnosti, pokazalo se kako dimenzija anksioznost doprinosi simptomima preko doživljaja krivnje i hostilnosti, dok dimenzija izbjegavanje doprinosi putem doživljaja hostilnosti. Na kraju, pokazalo se da razlike u zastupljenosti simptoma bolesti ovise o razlikama u *doživljaju hostilnosti*, ali ne i *krivnje*. Sudionici veće hostilnosti u odnosu na one s manje izraženom hostilnosti imaju izraženije simptome.

*Ključne riječi:* psorijaza, stilovi privrženosti, krivnja, hostilnost, težina psorijaze

## **Relationship between attachment styles, guilt, and hostility with severity of symptoms among psoriasis patients**

The aim of the research was to examine relationship between attachment styles, guilt, and hostility with severity of symptoms among people suffering from psoriasis. The study included 107 people diagnosed with psoriasis vulgaris. Adult Romantic Attachment Questionnaire (Kamenov and Jelić, 2003) was used to investigate the attachment styles. The experience of guilt was investigated by the Guilt Scale for Adolescents (Laskoski, Natividade and Hutz, 2013), the hostility toward self was measured with Differential Emotions Scale (Izard, Libero, Putnam and Haynes, 1993) while the severity of the disease was determined by the Psoriasis Area and Severity Index (PASI; Fredriksson and Pettersson, 1978). The data were analysed using analysis of variance and hierarchical regression analysis. The results indicate that there subjects with different attachment styles have different levels of symptom severity. The difference was found between subjects with secure and fearful and preoccupied and fearful attachment style. When examining a direct effect of the attachment styles on symptom severity, it was found that the only dimension that has a significant effect was attachment dimension of avoidance. When testing indirect effects of the attachment styles on severity of the symptoms through the experience of hostility and guilt, it has been shown that the dimension anxiety contributes to the symptoms through the experience of guilt and hostility, while dimension avoidance contributes through hostility only. Finally, results indicate that the differences in psoriasis symptoms depend upon differences in experience of hostility, but not guilt. Highly hostile participants have greater presence of psoriasis symptoms than ones with low hostility.

*Key words:* psoriasis, attachment styles, guilt, hostility, severity of symptoms

## 1. Uvod

Koža se odavno smatra „organom izražavanja“ i služi kao granica između osobe i njezinog vanjskog svijeta. Ujedno je i najveći organ tijela, a brojni načini na koje koža reagira na različite podražaje (fiziološke i psihološke) ukazuju na složenost odnosa između kože i vanjskih i unutarnjih čimbenika (Walker i Papadopoulos, 2005). Povezanost kože s emocionalnim i ponašajnim problemima, kako uzročno tako i reaktivno, može voditi razvoju psihodermatoloških bolesti (Šitum, Kolić i Buljan, 2016). Psihodermatološke bolesti čine tri kategorije: psihofiziološki poremećaji, primarni psihijatrijski poremećaji i sekundarni psihijatrijski poremećaji. Pojam „*psihofiziološkog poremećaja*“ (ili psihosomatskog poremećaja) odnosi se na poremećaj kože, kao što su ekcem ili psorijaza, koji se pogoršava nakon emocionalnog stresa (Koo i Lebwohl, 2001). Budući da psorijaza nastaje međudjelovanjem genetskih i okolišnih čimbenika, važno je naglasiti da navedeni stres nije uzrok, nego okidač za pojavu bolesti za koju postoji sklonost kod pojedinca. Također, svakodnevni stres zbog prisutnih kožnih promjena, koje utječu na svakodnevni život bolesnika, može nepovoljno utjecati na psihičko stanje bolesnika, što ponovno dovodi do kožnih pogoršanja.

Teorije privrženosti koriste se kao koncept značajan za razumijevanje ponašanja pojedinca tijekom cijeloga života. Ovisno o kvaliteti ranih interakcija djeteta i njegova primarnog skrbnika, dijete će razviti ponašajne obrasce, odnosno stilove privrženosti, koji će kasnije utjecati na njegove odnose s drugim značajnim osobama - prijateljima i ljubavnim partnerima. Prema psihoanalitičkom gledištu, ukoliko majka ne uspije ostvariti dobru interakciju s djetetom, pojavit će se psihofiziološki simptomi. Kao dokaz tome, istraživanja pokazuju kako nesigurna privrženost narušava zdravlje te nepovoljno utječe na regulaciju stresa, čime se povećava i fiziološki odgovor na stres (Vari, Velotti, Zavattini, Richetta i Calvieri, 2013). Neka istraživanja pokazuju da oboljeli od psorijaze, češće nego oboljeli od drugih kožnih bolesti, pokazuju obrasce izbjegavanja (Picardi i sur., 2005), dok druga istraživanja pokazuju da oboljeli od psorijaze, u odnosu na ostale, pokazuju visoku zastupljenost dimenzije anksioznosti i izbjegavanja, sugerirajući kako nesigurna privrženost povećava osjetljivost pojedinca na kožne bolesti (Janković i sur., 2009).

Literatura upućuje na povezanost stilova privrženosti s različitim emocijama. Općenito, sigurna privrženost povezana je s ugodnim emocijama, a nesigurna privrženost s neugodnim emocijama. Pojedinici sa sigurnim stilom privrženosti manje su podložni depresiji, ljutnji i hostilnosti nego nesigurni pojedinci (Mikulincer i Orbach, 1995). Kao i druge neugodne

socijalne emocije, sram, krivnja i usamljenost mogu proizaći iz neugodnih iskustava vezanih uz rane odnose (Leary, Koch i Hechenbleikner, 2007; prema Akbağ i İmamoğlu, 2010).

Doživljaj hostilnosti, s druge strane, smatra se važnim kod nastanka i izraženosti simptoma drugih psihofizioloških bolesti, poput kardiovaskularnih bolesti (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles i Glaser, 2002).

S obzirom na neistraženost čimbenika koji doprinose pojavi i pogoršanju simptoma psorijaze, ovim istraživanjem nastoji se istražiti efekt stilova privrženosti te doživljaja neugodnih emocija, krivnje i hostilnosti, na to dermatološko stanje. Istraživanje odnosa navedenih konstrukata i zastupljenosti simptoma bolesti važno je za razumijevanje ove psihodermatološke bolesti.

## **1.1. Psorijaza**

Psorijaza je kronična upalna bolest kože koju karakterizira ubrzan rast stanica kože kao reakcija pretjerane aktivacije imunološkog sustava. Zbog pogrešnih signala imunološkog sustava, stanice dolaze do površine kože gdje se nagomilavaju te njihova količina obično izaziva uzdignute, crvene pločice prekrivene srebrnim ili bijelim ljuskama. Takav oblik naziva se psorijaza vulgaris ili plak psorijaza i najčešći je oblik psorijaze. Crvena zadebljana koža prekrivena suhim ljuskama predstavlja kožne lezije koje mogu biti različitih oblika te su oštro označene, a uzrokuju svrbež, žarenje i bol. Psorijaza se najčešće se pojavljuje na laktovima, koljenima, vlasištu i trupu, ali može i na drugim dijelovima tijela, primjerice noktima. Ostali klinički oblici psorijaze su kapljičasta, pustularna, inverzna te eritrodermijska psorijaza (Weigle i McBane, 2013). Budući da je psorijaza neizlječiva bolest, karakteriziraju ju epizode pogoršanja (recidiva) i poboljšanja (remisije).

Uzrok pojave psorijaze nije u potpunosti poznat, no pretpostavlja se da je multifaktorijalno i poligenetski uvjetovana bolest. Smatra se kako je za njezin nastanak važno međudjelovanje genetskih i okolišnih čimbenika. Epidemološka istraživanja pružaju dokaze za genetsku osnovu bolesti, pri čemu se nasljednost procjenjuje na 60-90% (Elder, Nair, Guo, Henseler, Christophers i Voorhees, 1994).

Psorijaza se može pojaviti u bilo kojoj životnoj dobi i nema razlike u pojavi između spolova (Boehncke i Schon, 2015). Dok neka istraživanja navode da je prosječna dob pojave bolesti 33 godine i da se u 75% slučajeva psorijaza pojavljuje prije 46. godine života (Nevitt i Hutchinson, 1996), ustanovljeno je da se dobni raspon pojave psorijaze prikazuje bimodalnom distribucijom. Prema tome, Parisi, Symmons, Griffiths i Ashcroft (2013) iznose da postoje dva

najčešća dobna raspona pojave: jedan između dobi od 30 i 39 godina, a drugi između 50 i 69 godina. U skladu s tim mogu se razlikovati dva oblika psorijaze: tip 1 i tip 2. Tip 1, koji se smatra nasljednim oblikom, javlja se do 40. godine života i on obuhvaća oko 75% oboljelih (Menter i Stoff, 2010). U 35-50% slučajeva bolest nastupa prije 20. godine života (Henseler i Cristophers, 1985). Oboljeli s ovim tipom psorijaze vjerojatnije imaju blisku rodbinu koja također ima psorijazu. S druge strane, tip 2 uključuje pojavu bolesti nakon 40. godine života, ona se ne nasljeđuje te se smatra lakšim oblikom u odnosu na tip 1 (Menter i Stoff, 2010; Griffiths i sur., 2007).

Iako se kožne bolesti ne smatraju životno ugrožavajućim, psorijaza ostavlja značajne socijalne i psihološke posljedice na bolesnicima. Oboljeli često imaju nisko samopoštovanje, iskrivljenu sliku o sebi, razvijaju osjećaj srama, bespomoćnosti, ljutnje, depresiju, anksioznost i suicidalne ideje (Luhok, 2010; Young, 2005; Devrimci-Ozguven, Kundakci, Kumbasar i Boyvat, 2000; Gupta i Gupta, 1998; Fried i sur., 1995). Zbog manifestacija bolesti koje su vidljive drugim ljudima, bolesnik se može osjećati stigmatizirano, što pokreće niz negativnih obrazaca ponašanja. Primjerice, dovodi do socijalne izolacije, povlačenja u sebe, izbjegavanja radnih obveza i dnevnih aktivnosti, a može utjecati i na uspostavu emocionalnih i seksualnih odnosa s bliskim osobama (Guenther i sur., 2011; Luhok, 2010; Ginsburg i Link, 1993; Ramsay i O'Reagan, 1988).

## **1.2. Privrženost**

Bowlby (1969), istaknuti britanski psihoanalitičar, privrženost definira kao afektivnu vezu karakteriziranu tendencijom da se traži i održi bliskost s drugom osobom, osobito kada je pojedinac pod stresom. Sa psihološkog aspekta, krajnji cilj privrženosti je regulacija potrebe za sigurnošću, tj. kontinuiteta osjećaja sigurnosti (Majić, 2011). Privrženost se formira u dojenačkoj dobi najčešće između djeteta i majke, odnosno primarnog skrbnika, a može se pojaviti kod svih osoba među kojima postoji dugotrajna emocionalna veza veće ili manje kvalitete. U svojim proučavanjima Bowlby (1969/1982) iznosi kako dojenčad stvara mentalne predodžbe ili afektivno-kognitivne sheme sebe i drugih te razvijaju očekivanja o međuljudskim odnosima na temelju transakcija sa svojim figurama privrženosti. Ovi "unutarnji radni mentalni modeli" ili mentalni prikazi sastavni su dijelovi razvoja ličnosti i usmjeravaju i oblikuju buduće međuljudske odnose (Levy i Blatt, 1999). Dakle, privrženost koja je uspostavljena u djetinjstvu djeluje i strukturira kvalitetu odnosa u adolescenciji i zreloj dobi (Shaver i Brennan, 1992).



U odrasloj dobi glavni objekt privrženosti najčešće postaje ljubavni partner. Za razliku od asimetričnog odnosa u djetinjstvu, ove odnose karakterizira uzajamnost kojom si partneri međusobno pružaju sigurnost i njegu (Hazan i Zeifman, 1999; prema Mikulincer i Shaver, 2007). Pioniri na području istraživanja privrženosti odraslih bili su Hazanova i Shaver (1987). Oni smatraju da se tipovi privrženosti koje je Ainsworth identificirala pri proučavanjima privrženosti djeteta majci, mogu razlikovati i u odrasloj dobi. To su sigurni, anksiozni (anksiozno/ambivalentni) i izbjegavajući tip privrženosti. Da bi se stvorila sigurna privrženost prema partneru, rezultati istraživanja Hazan i Zeifman (prema Doherty i Feeney, 2004) ukazuju da je potrebno da veza traje dvije godine ili dulje.

Bowlbyjev koncept o unutarnjim radnim modelima razradila je Kim Bartholomew (Bartholomew i Horowitz, 1991) koja je definirala individualne razlike u privrženosti u odrasloj dobi. Bowlbyjevi modeli o sebi i drugima odnose se na bazična vjerovanja o sebi, drugima te općenito o socijalnom svijetu. Pri tome dimenzija modela o sebi govori o stupnju emocionalne ovisnosti pojedinca o drugima zbog samovrednovanja, a dimenzija modela o drugima govori o vjerovanjima koliko su pojedincu dostupni drugi i koliko će mu pružiti podrške. Procjene u modelima mogu biti pozitivne ili negativne i te su procjene relativno nezavisne (Brennan, Clark i Shaver, 1998; Griffin i Bartholomew, 1994b). Pozitivan model o sebi odnosi se na interni osjećaj vrijednosti samog sebe, neovisno o vanjskoj procjeni, a negativan model o sebi povezan je s anksioznošću zbog prihvaćanja i odbijanja pojedinca u bliskim odnosima. S druge strane, pozitivan model o drugima dovodi do lakšeg traženja intimnosti i podrške u bliskim vezama, a negativan model vodi ka izbjegavanju intimnosti (Bartholomew, 1997; prema Balent, 2006).

Na temelju ovih dimenzija, Bartholomew razlikuje četiri obrasca, odnosno stila privrženosti u odrasloj dobi: sigurni, zaokupljeni, odbijajući i plašljivi (Bartholomew i Horowitz, 1991).

Pojedinac koji ima pozitivna očekivanja od sebe i drugih je *sigurno privržen*. Ovaj tip privrženosti povezan je s internaliziranim osjećajem pojedinca da je dostojan pažnje, da je učinkovit u izazivanju pažnje kada je potrebno te osjećaja osobne učinkovitosti u samostalnom nošenju s većinom stresora (West i Sheldon-Kellor, 1994). Sigurni pojedinci su opisani kao prilagodljivi, sposobni, pouzdani i razumljivi (Klohn i John, 1998).

Zaokupljeni, odbijajući i plašljivi stil predstavlja nesigurnu privrženost. Pojedinac koji se ne može adekvatno nositi sa stresom, ali ima pozitivna očekivanja od drugih, *zaokupljen* je. Ovaj tip privrženosti povezan je s prekomjernom ovisnosti o drugima, negodovanjem zbog razdvajanja i strahom od gubitka (West i Sheldon-Kellor, 1994). Iako zaokupljeni pojedinac traži pažnju, smirenje koje proizlazi iz kontakta je djelomično i prolazno. Zaokupljeni pojedinci

opisuju se kao tjeskobni, ovisni, emocionalni, impulzivni i traže odobrenja drugih (Klohn i John, 1998).

Osobe koje ne vjeruju u učinkovitost socijalne podrške, ali imaju pozitivan stav o sebi i ističu neovisnost, klasificiraju se kao *odbijajuće*. Njihov samodostatan i nezahtjevan stav uz nepovjerenje i izbjegavanje intimnosti otkrivaju nesigurnost u pozadini. Odbijajuću privrženost karakterizira hladnoća prema drugima i konkurentnost (Bartholomew i Horowitz, 1991).

Naposljetku, osobe čije su procjene na dimenzijama negativne imaju *plašljivi stil*, a karakterizira ih izbjegavanje bliskih odnosa zbog straha od odbijanja, osjećaj osobne nesigurnosti i nepovjerenje prema drugima. Stoga se takvi pojedinci opisuju kao oprezni, samosvjesni, sramežljivi i sumnjičavi (Klohn i John, 1998).

Osim u terminima modela, dva glavna faktora u podlozi mjerenja privrženosti mogu se razmatrati u terminima afektivno-bihevioralnih pojmova kao dimenzija anksioznosti i dimenzija izbjegavanja (Crowell, Fraley i Shaver, 1999). Pri tome se *dimenzija anksioznosti* odnosi na potrebu za pretjeranom bliskošću te na strah od odbijanja i napuštanja, što je istovjetno negativnom modelu o sebi, a *dimenziju izbjegavanja* karakterizira neugodnost zbog bliskosti, ovisnosti o drugome te intimnosti, kao i negativan model o drugima.

### **1.2.1. Privrženost i psihosomatske bolesti**

Otkako je sistematizirana teorijom, privrženost se istražuje radi objašnjavanja mnogih pojava, od svakodnevnog funkcioniranja do oboljevanja od raznih bolesti. Bowlby (1979) je pretpostavljao kako nesigurna privrženost leži u središtu poremećaja ličnosti te je povezao otvoreno izražavanje osjećaja nesigurnosti sa specifičnim poremećajima. Vjerovao je da teškoće u privrženosti povećavaju ranjivost na psihopatologiju i da su različite vrste obrazaca nesigurne privrženosti povezane s određenim vrstama poteškoća koje mogu nastati kasnije u razvoju. U prilog govori istraživanje Nyklíceka, Temoshoka i Vingerhoetsa (2004) kojim se uspoređivala klinička i neklinička populacija, te se potvrdilo kako se obrasci nesigurne privrženosti češće pojavljuju u kliničkoj populaciji.

Zbog brojnih dokaza o povezanosti nesigurne privrženosti i bolesti, Maunder i Hunter (2001) su istražili mogućnost kako nesigurna privrženost doprinosi razvoju bolesti. Razvili su model koji opisuje načine kojima nesigurna privrženost može utjecati na tijek bolesti i to povezujući ju s poremećajima regulacije stresa, uporabom vanjskih regulatora afekta te nekorištenjem zdravstveno-zaštitnih ponašanja. Svojim istraživanjem su potvrdili kako stil privrženosti može biti prediktor osjetljivosti na stres i faktor rizika za javljanje niza bolesti.

U kasnijem istraživanju Maunder i Hunter (2008) iznose kako je povezanost nesigurne privrženosti i bolesti posebno izražena za izbjegavajuću dimenziju privrženosti. Moguće je da ovako privrženi pojedinci zbog nepovjerenja prema drugima potiskuju osjećaje ranjivosti i potrebe što rezultira zanemarivanjem mogućih psiholoških i fizičkih opasnosti. Na temelju istraživanja provedenom na oboljelima od kožnih bolesti, Picardi i suradnici (2005) navode kako se visoka dimenzija izbjegavanja češće pojavljuje kod oboljelih od psorijaze u odnosu na oboljele od drugih kožnih bolesti, dok je istraživanje Jankovića i suradnika (2009) pokazalo kako oboljeli od psorijaze u odnosu na ostale pokazuju više obrasce i izbjegavanja i anksioznosti.

### **1.2.2. Privrženost i emocije**

Brojnim istraživanjima utvrđivala se povezanost privrženosti i emocija (primjerice Hazan i Shaver, 1987; Kobak i Sceery, 1988; Mikulincer i Orbach, 1995 ). Consedine i Magai (2003) su uočili kako su različiti stilovi privrženosti povezani s različitim emocionalnim profilima. Općenito, utvrđeno je kako je sigurna privrženost povezana s ugodnim emocijama, dok je nesigurna privrženost povezana s neugodnim emocijama.

#### **1.2.2.1. Krivnja**

Krivnja je prvotno koncipirana kao proizvod privatnog, intrapsihičkog sukoba, a novije konceptualizacije naglašavaju važnost interpersonalnih prethodnika, korelacija i posljedica (Lopez i sur., 1997). Tangney i Trancy (2012) iznose kako je krivnja povezana s određenim ponašanjem ili društvenim prijestupima koji nisu u skladu s unutaršnjim standardima osobe. Ti prijestupi vjerojatno dovode do unutaršnjih, specifičnih i kontrolabilnih atribucija koje usmjeravaju osobu prema ponašanju kojim pokušavaju ispraviti pogreške. Nader i suradnici (1996; prema Kletter, Weems i Carrion, 2009) navode da krivnja također uključuje osjećaje odgovornosti za početak, trajanje, smjer ili posljedice traumatskog događaja.

Istraživanje Consedina i Magaia (2003) je pokazalo kako je sigurna privrženost povezana s manje krivnje, prijezira i srama te da su sigurni pojedinci sposobni priznati i izražavati emocionalnu uznemirenost. S druge strane, u istraživanju Akbağa i Imamoğlu (2010), kada je ispitivana mogućnost predviđanja krivnje putem stilova privrženosti, dobiveno je da je odbijajući stil privrženosti povezan s manje krivnje. Kod ispitivanja seksualne krivnje, Terimourpour, Bidokhti i Pourshahbaz (2011) iznose kako žene sa sigurnom privrženosti pokazuju manju seksualnu krivnju, dok one s anksioznom/ambivalentnom i izbjegavajućom

privrženosti pokazuju više razine seksualne krivnje. Također, kod Sherryjevog (2007) proučavanja povezanosti internalizirane homofobije sa stilovima privrženosti, otkrivene su negativne korelacije između sigurne privrženosti i homofobije, srama i krivnje, dok su plašljiva i zaokupljena privrženost pozitivno korelirale s navedenim konstruktima.

#### 1.2.2.2. **Hostilnost**

Hostilnost se definira kao sklonost osobe da na svakodnevne frustracije reagira ljutnjom i agresivnošću, da se lako uzruja, često nekome nešto zamjera te da se u svakodnevnim interakcijama ponaša neugodno, kritizirajuće, antagonistički i nekooperativno (Oatley i Jenkins, 2007). Pope i Smith (1990; prema Wyer i Srull, (1994) iznose kako su osobe s visokim doživljajem hostilnosti sumnjičavije i manje racionalne u reakcijama i interakcijama s drugima.

Istraživanja pokazuju kako su sigurno privržene osobe manje podložne depresiji, ljutnji i hostilnosti u odnosu na nesigurno privržene (Hazan i Shaver, 1987; Kobak i Sceery, 1988; Mikulincer i Orbach, 1995; Creasey, 2002). Iako dosta istraživanja pokazuje da je hostilnost isključivo vezana uz izbjegavajuću privrženost (primjerice Calamari i Pini, 2003; Simpson, 1990; Kerns i Stevens, 1996; Kobak i Sceery, 1988), nisu svi nalazi konzistentni. Simpson, Rholes i Phillips (1996) navode kako anksiozno (ambivalentno) privrženi pojedinci također izvješćuju i prikazuju više ljutnje i hostilnosti kada pokušavaju riješiti probleme sa svojim romantičnim partnerima. Kobak, Zajac i Smith (2009) su proćavali odnos privrženosti i hostilnih emocija (gađenja, ljutnje i prijezira). Njihov uzorak činili su adolescenti iz socioekonomski slabijih afroameričkih obitelji koji su ispitani u dobi od 13, 15 i 17 godina. Adolescenti sa zaokupljenom privrženosti dosljedno su imali višu razinu hostilnih emocija u odnosu na druge skupine u sve tri točke mjerenja. Nadalje, Troisi i D'Argenio (2004) su proućavali ljutnju kao osobinu i zaključili su kako je nesigurna privrženost prediktor ljutnje kod osoba s depresivnim simptomima, pri ćemu su se i dimenzija anksioznosti i dimenzija izbjegavanja pokazale nezavisnim prediktorima ljutnje. To potvrđuju i rezultati Murisa, Meestersa, Morrena i Moormana (2004) koji su pokazali da adolescenti koji imaju izbjegavajuću ili ambivalentnu (anksioznu) privrženost izražavaju više razine ljutnje i hostilnosti nego oni koji su sigurno privrženi.

## 1.2. Psihosomatske bolesti i emocije

Bhatia, Craig i Balachandra (2008) iznose da se psihosomatska bolest dijagnosticira kada se liječničkim pregledom ne može pronaći fizički ili organski uzrok bolesti ili ako se bolest pojavljuje kao posljedica emocionalnih stanja poput ljutnje, anksioznosti, depresije ili krivnje.

Krivnjom kao uzrokom bolesti bavio se još Freud navodeći da su pretjerani osjećaji krivnje i pripadajući psihološki simptomi (npr. tjeskoba, depresija, somatizacija) zapravo posljedica javljanja neprihvatljivih impulsa superega koji govore kako je osoba napravila nešto krivo ili neprihvatljivo. Drugim riječima, uzrokom mnogih psihopatoloških simptoma smatra se pretjerana krivnja koja proizlazi iz nekih poteškoća koje su prisutne u Edipovskoj fazi razvoja. To mogu biti pretjerani libidinalni nagoni, pretjerano kažnjavajući otac, zavodljiva majka, slučajna nezgoda tijekom ranog masturbiranja i slično (Tangney i Dearing, 2002). Tradicionalno mišljenje da krivnja igra značajnu ulogu u psihološkim simptomima potvrđuju i istraživanja krivnje u vidu kroničnog okrivljavanja sebe i opsesivnog dubokog razmišljanja zbog počinjenih prijestupa (Ghatavi, Nicolson, MacDonald, Osher i Levitt, 2002; Quiles i Bybee, 1997; Zahn-Waxler, Kochanska, Krupnick i McKnew, 1990). U skladu s tim, u istraživanju provedenom na oboljelima od psorijaze, Martin-Brufau i suradnici (2015) navode kako oboljeli od psorijaze pokazuju sklonost submisivnim emocijama, poput krivnje, straha i depresije.

Istraživanja pokazuju kako kronična ljutnja i hostilnost također utječu na zdravlje. Yazici Güleç, Kiliç, Gül i Güleç (2009) iznose kako oboljeli od psorijaze posjeduju ljutnju kao crtu ličnosti i ljutnju usmjerenu prema sebi. Povezanost između ljutnje i ozbiljnosti bolesti dobivena ovim istraživanjem upućuje na to da je upravljanje ljutnjom važno u liječenju bolesnika sa psorijazom. Brosschot i Thayer (1998) predlažu model o povezanosti hostilnosti i kardiovaskularnih bolesti temeljen na inhibiranju ljutnje, slabijem kardiovaskularnom oporavku i slabim parasimpatiskim aktivnostima. Pri proučavanju razlika između oboljelih od koronarne bolesti i zdravih, odnosno kontrolnih sudionika u doživljaju emocija, Miller (1965) iznosi kako oboljeli od koronarne bolesti znatno više doživljavaju hostilnost prema sebi te ambivalentnu hostilnost. Nadalje, Dembrowski, Macdougall, Williams, Haney i Blumenthal (1985) su na takvom uzorku utvrdili kako su potencijal za hostilnost i ljutnja usmjerena prema sebi značajno povezani s težinom bolesti.

## **2. Cilj istraživanja**

Ispitati odnos stilova privrženosti, doživljaja krivnje i hostilnosti s procijenjenom težinom simptoma psorijaze.

## **3. Problemi**

P1: Ispitati razlike u zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze između četiri stila privrženosti (sigurnog, zaokupljenog, odbijajućeg i plašljivog).

P2: Ispitati mogućnost predviđanja zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze kod oboljelih s obzirom na dimenzije privrženosti, anksioznost i izbjegavanje, uz kontrolu efekata sociodemografskih varijabli, kao i neizravan odnos između ovih dimenzija i zastupljenosti simptoma psorijaze putem doživljaja krivnje i hostilnosti.

P3: Ispitati učinke razlika u doživljaju krivnje i hostilnosti na zastupljenost simptoma psorijaze.

## **4. Hipoteze**

H1: Postoje razlike u zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze između četiri stila privrženosti. Očekuje se da će oboljeli sigurnog stila privrženosti imati manje zastupljene simptome psorijaze u odnosu na one sa zaokupljenim, odbijajućim i plašljivim stilom privrženosti.

H2: Očekuje se da nakon kontrole efekata sociodemografskih varijabli visoko zastupljene dimenzije privrženosti anksioznost i izbjegavanje izravno doprinose visokoj zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze pri čemu veći doprinos ima dimenzija izbjegavanja.

H3: Dimenzije privrženosti anksioznost i izbjegavanje neizravno doprinose simptomima psorijaze preko doživljaja krivnje i hostilnosti. Očekuje se da će: a) anksiozna dimenzija privrženosti preko visoko prisutnog osjećaja krivnje i visoke hostilnosti pridonijeti visokoj zastupljenosti simptoma psorijaze; b) izbjegavajuća dimenzija privrženosti preko visoko prisutnog osjećaja krivnje i visoke hostilnosti pridonijeti visokoj zastupljenosti simptoma psorijaze.

H4: Razlike u zastupljenosti simptoma psorijaze očekuju se između osoba različitog stupnja krivnje i hostilnosti. Način na koji će se ove razlike reflektirati je da će sudionici veće zastupljenosti ovih emocija imati izraženije simptome. Pri tome, kada je ozbiljnost ove bolesti u pitanju, hostilnost ima veći efekt.

## 5. Metodologija

### 5.1. Sudionici

Podaci su prikupljeni na punoljetnim osobama kojima je dijagnosticirana psorijaza vulgaris te koje su dobrovoljno pristale na sudjelovanje u istraživanju. Ukupno je ispitano 107 sudionika, od kojih je 64 sudionika bilo ženskog spola (59.8%), a 43 sudionika muškog spola (40.2%). Raspon dobi sudionika kretao se od 20 do 80 godina pri čemu je prosječna dob sudionika bila 56 godina ( $M=56.45$ ,  $SD=11.948$ ). S obzirom na mjesto stanovanja, na selu živi ukupno 9 (8.4%) sudionika, u manjem gradu 50 (46.7%), a velikom gradu 48 (44.9%) sudionika. Najveći broj sudionika ima završenu srednju školu i to njih 70 (65.4%), 18 (16.8%) ima završenu osnovnu školu, višu školu ima 15 (14.0%), dok 4 (3.7%) ima završenu visoku školu ili više. Zaposleno je ukupno 36 (33.6%) sudionika, a nezaposlen 71 (66.4%) sudionik, od čega je 6 (5.6%) na „čekanju“ ponovnog vraćanja na posao, 5 (4.7%) domaćica i 60 (56.1%) sudionika u mirovini.

Ukupno 100 (93.5%) sudionika trenutno ima partnera, od čega je 4 (3.7%) u vezi, 95 (88.8%) u braku i jedno (0.9%) u izvanbračnoj zajednici. S druge strane, 7 (6.5%) sudionika trenutno nemaju partnera, od čega je jedno (0.9%) u prošlosti imalo vezu dužu od dvije godine, a ostalih 6 (5.6%) su udovac/udovica.

Sudionicima je psorijaza dijagnosticirana u prosjeku sa 35 godina ( $M=35.52$ ,  $SD=13.659$ ) starosti, najranije sa 6, a najkasnije sa 65 godina, te stoga 61 (57.0%) sudionik ima tip 1 psorijaze, dok 46 (43.0%) sudionika ima tip 2. Trajanje liječenja je u prosjeku 18 godina ( $M=18.34$ ,  $SD=11.462$ ). Od ukupnog broja sudionika 58 (54.2%) ih je u prošlosti bilo hospitalizirano, a 49 (45.8%) nije. Većina sudionika, i to njih 73 (68.2%), nema članove obitelji s dijagnozom psorijaze, a preostalih 34 (31.8%) ih ima. Komorbiditete uz psorijazu ima 65 (60.7%) sudionika; 56 (52.3%) ima psorijatični artritis, 6 (5.6%) ima anksiozne poremećaje, 6 (5.6%) dijabetes, 6 (5.6%) kardiovaskularne bolesti i 10 (9.3%) druge bolesti (primjerice celijakiju, kronični gastritis, bolesti štitnjače, dijabetes). Što se tiče konzumiranja cigareta i alkohola, 45 (42.1%) navode da su pušači, a 62 (57.9%) nepušači, dok 24 (22.4%) konzumira alkohol, a 83 (77.6%) ne konzumira. Također, 71 (66.4%) nikada nije posjetilo psihologa ili psihijatra radi savjetovanja ili psihoterapije povodom ove bolesti, a 36 (33.6%) je to učinilo.

Analizom stilova privrženosti utvrđeno je da broj sigurno privrženih pojedinaca u uzorku iznosi  $n=47$  (43.9%), dok je nesigurno privrženih  $n=60$  (56.1%), od čega je 31 (29.0%)

sudionik sa zaokupljenom privrženosti, 5 (4.7%) sudionika ima odbijajuću privrženost, a 24 (22.4%) sudionika plašljivu privrženost.

## 5.2. Instrumenti

*Upitnik općih sociodemografskih podataka i kliničkih indikatora* konstruiran je za potrebe istraživanja kako bi se dobili podaci o spolu, dobi, mjestu stanovanja, obrazovanju, zaposlenosti, postojanju partnerskog odnosa u sadašnjosti ili prošlosti, njegovom trajanju i zajedničkom životu. Sudionici su upitani i o trajanju bolesti i liječenja, tipu psorijaze, hospitalizaciji zbog psorijaze, kao i o postojanju dijagnoze psorijaze kod članova obitelji. Također su naveli komorbiditete te odgovorili na pitanja o konzumiranju alkohola i pušenju, kao i jesu li bili upućeni psihologu ili psihijatru.

Za ispitivanje stila privrženosti korišten je *Upitnik privrženosti prema ljubavnim partnerima* (Kamenov i Jelić, 2003) koji predstavlja modificiranu verziju Brennanovog Inventara iskustava u bliskim vezama (The Experiences in Close Relationships Inventory, ECR; Brennan i sur., 1998). Upitnik se sastoji od 18 čestica raspoređenih na dvije subskale, odnosno dimenzije anksioznost i izbjegavanje. Sudionici su odgovarali birajući odgovor na Likertovoj skali od sedam stupnjeva (1 - uopće se ne slažem do 7 - u potpunosti se slažem), a ukupni rezultat za svaku dimenziju određen je zbrajanjem odgovora na njihovim česticama. Raspon rezultata za svaku dimenziju kreće se od 9 do 63 s tim da veći rezultat ukazuje veću sklonost određenoj dimenziji privrženosti. Temeljem rezultata na te dvije dimenzije dobivaju se 4 stila privrženosti: sigurni (anksioznost <36, izbjegavanje <36), zaokupljeni (anksioznost >36, izbjegavanje <36), odbijajući (anksioznost <36, izbjegavanje >36) i plašljivi (anksioznost >36, izbjegavanje >36) (Bartholomew i Horowitz, 1991). Pouzdanosti pojedinih dimenzija skraćene skale kreću se od  $\alpha = .65$  do  $\alpha = .90$  (Kamenov i Jelić, 2003), a u ovom istraživanju dobivena pouzdanost za dimenziju izbjegavanje iznosi  $\alpha = .86$  te za dimenziju anksioznost  $\alpha = .80$ .

Za procjenu doživljaja krivnje korištena je *Skala krivnje za adolescente* (Laskoski, Natividade i Hutz, 2013) koja se sastoji od 11 čestica raspoređenih u dvije subskale, priznavanje pogreške i žaljenje. Sudionici su davali odgovore na Likertovoj skali od pet stupnjeva (1 - „nikada“, 5 - „uvijek“). Kompozitni rezultat formiran je kao suma svih odgovora, pri čemu veći rezultat upućuje na višu razinu krivnje. Koeficijent pouzdanosti za prvu subskalu iznosi  $\alpha = .78$ , a za drugu  $\alpha = .75$  (Laskoski, Natividade i Hutz, 2013). Budući da ova skala nije korištena u hrvatskim istraživanjima, prethodno korištenju skala je prevedena od strane dva nezavisna



prevoditelja. Nakon toga se provelo preliminarno istraživanje na studentima kako bi se provjerila faktorska struktura čestica te pouzdanost instrumenta. Analizom je utvrđena neinterpretabilna faktorska struktura pa se u ovom, kao i budućim ispitivanjima na hrvatskim uzorcima, preporuča koristiti samo kompozitna mjera. Unutarnja pouzdanost instrumenta u preliminarnom istraživanju pokazala se zadovoljavajućom te iznosi  $\alpha = .78$ . U glavnom istraživanju na oboljelima od psorijaze dobivena unutarnja pouzdanost iznosi  $\alpha = .85$ .

Za ispitivanje doživljaja hostilnosti korištena je subskala ***Hostilnost usmjerena prema sebi*** iz *Skale diferencijalnih emocija* (Izard, Libero, Putnam i Haynes, 1993). Subskala se sastoji od tri čestice na koje su sudionici odgovarali birajući odgovor na Likertovoj skali od pet stupnjeva (1 = “nikada ili rijetko” do 5 = “jako često”). Na stranom uzorku pouzdanost subskele iznosi  $\alpha = .75$  (Izard, Libero, Putnam i Haynes, 1993), a na hrvatskoj populaciji  $\alpha = .86$  (Novak, 2016). U ovom istraživanju dobivena pouzdanost iznosi  $\alpha = .76$ .

Za procjenu težine kliničkih simptoma psorijaze korišten je ***Indeks zahvaćenosti kože psorijazom i težine psorijaze*** (Psoriasis Area and Severity Index; PASI; Fredriksson i Pettersson, 1978). Težina kliničke slike određuje se s obzirom na površinu zahvaćene kože psorijatičnim lezijama i njihov stupanj, što se određuje za glavu, trup, ruke i noge, a boduje se od 0 do 6 (0= 0%, 1= <10%, 2= 10-29%, 3 = 30-49%, 4= 50-69%, 5= 70 do 89%, 6= 90-100%). Unutar lezija procjenjuje se zastupljenost crvenila, debljine psorijatičkog plaka i ljuskanje na skali od pet stupnjeva (od 0- odsutnost do 4- vrlo teško). Procjene vrši dermatolog, ali za potrebe ovoga istraživanja specijalist dermatovenerologinja educirala je istraživača za samostalno provođenje PASI procjene. Ukupan rezultat čini zbroj svih navedenih procjena. Raspon rezultata kreće se od 0 do 72 pri čemu veći rezultat znači veću zastupljenost simptoma. Blaga psorijaza se definira s  $PASI \leq 10$ , a srednje teška i teška psorijaza s  $PASI > 10$  (Mrowietz i sur., 2011). Dokazana je značajna usklađenost među rezultatima kod procjenjivača ( $ICC = .80$ ), što ukazuje da je PASI pouzdan pokazatelj kliničke slike psorijaze (Cabrera, Chinniah, Lock, Cains i Woods, 2015).

### **5.3. Postupak**

Istraživanje je provedeno u bolnici za medicinsku rehabilitaciju Naftalan u Ivanić Gradu, a prethodno ga je odobrilo ravnateljstvo i Etičko povjerenstvo te bolnice. Sudionici koji su došli na terapiju ili su bili stacionirani na odjelu zamoljeni su za sudjelovanje u istraživanju.

Sudionicima je najprije pročitana opća uputa kojom ih se informiralo o svrsi istraživanja i postupku. Pri tome im je rečeno da je sudjelovanje dobrovoljno i da mogu odustati u bilo kojem trenutku. Također im je naglašeno da je ispitivanje anonimno, da će kontakt s podacima imati isključivo istraživač i da će se rezultati razmatrati na grupnoj razini. Zatim su zamoljeni da potpišu suglasnost za sudjelovanje, a nakon toga su im podijeljeni upitnici te im je rečeno da se mogu obratiti istraživaču ukoliko im nešto nije jasno. Nakon popunjavanja upitnika proveden je razgovor sa svakim sudionikom o simptomima psorijaze kako bi se dobili podaci potrebni za PASI procjenu.

## 6. Rezultati

Kako bi se utvrdilo jesu li rezultati normalno distribuirani, korišten je Kolmogorov-Smirnovljev test. Budući da prema ovom testu rezultati na svim varijablama osim dimenzije anksioznosti ( $p > .05$ ) značajno odstupaju od normalne distribucije, provjeravani su indeksi asimetričnosti i spljoštenosti. Prema Klineu (1998), vrijednosti asimetričnosti koje su manje od 3 i vrijednosti spljoštenosti koje su manje od 10 smatraju se prihvatljivima za dokaz normalne raspodjele rezultata. Varijable dimenzija izbjegavanje, hostilnost prema sebi i zastupljenost simptoma zadovoljavaju ove uvjete. Distribucija varijable krivnje niti ovom provjerom nije pokazivala normalitet pa su prema Templetonovom (2011) postupku rezultati transformirani u normalno distribuirane z-vrijednosti.

Prije provjere hipoteza napravljena je analiza deskriptivnih podataka za kontinuirane varijable (tablica 1).

Tablica 1. Deskriptivni podaci za varijable privrženosti, krivnje, hostilnosti i zastupljenosti simptoma (N=107).

| Varijabla              | M     | (SD)     | Ostvareni raspon rezultata | Teorijski raspon rezultata |
|------------------------|-------|----------|----------------------------|----------------------------|
| Dimenzija anksioznost  | 36.86 | (12.148) | 9-63                       | 9-63                       |
| Dimenzija izbjegavanje | 28.91 | (13.055) | 9-59                       | 9-63                       |
| Krivnja                | 48.62 | (6.173)  | 25-55                      | 11-55                      |
| Hostilnost             | 7.47  | (2.905)  | 3-14                       | 3-15                       |

|                        |       |         |            |      |
|------------------------|-------|---------|------------|------|
| Zastupljenost simptoma | 11.43 | (5.805) | 2.40-23.60 | 0-72 |
|------------------------|-------|---------|------------|------|

Vidljivo je da su sudionici u prosjeku imali više rezultate na dimenziji anksioznosti u odnosu na dimenziju izbjegavanja. Ostvareni rasponi rezultata na navedenim dimenzijama su gotovo jednaki teorijskom. Utvrđena prosječna vrijednost na skali krivnje ukazuje kako je kod sudionika ovog istraživanja prisutan visok stupanj krivnje te da se prisutan raspon rezultata kreće među višim vrijednostima. Doživljaj hostilnosti je, s druge strane, umjereno prisutan. Na ovoj varijabli ostvareni raspon rezultata podjednak je teorijskom. Prosječna vrijednost varijable zastupljenost simptoma ukazuje kako su sudionici u prosjeku imali rezultate u nižem rasponu vrijednosti, što bi upućivalo na slabije zastupljene simptome psorijaze, no Mrowietz i suradnici (2011) iznose da se vrijednosti iznad 10 smatraju srednje teškim ili teškim oblikom psorijaze što govori kako su naši sudionici pretežno osobe tog stupnja ozbiljnosti ove bolesti.

Kako bi se odgovorilo na prvi problem, razlikuju li se sudionici različitog tipa privrženosti s obzirom na zastupljenost simptoma, provedena je jednosmjerna analiza varijance. Levenov test homogenosti varijance nije se pokazao značajnim ( $p > .05$ ) što znači da su varijance podjednake i time je zadovoljen uvjet za provedbu analize. S obzirom da je utvrđeno da u cjelokupnom uzorku ima samo 5 sudionika s odbijajućim stilom privrženosti, ova skupina nije uključena u spomenutu analizu. Rezultati analize varijance su pokazali kako postoji statistički značajna razlika u zastupljenosti simptoma psorijaze između stilova privrženosti  $F(2,99) = 16.084, p < .01$ .

Kako bi se utvrdilo između kojih stilova postoji statistički značajna razlika, korišten je Scheffeov post hoc test koji je pokazao da je razlika značajna između sigurnog ( $M=9.21, SD=5.143$ ) i plašljivog ( $M=16.51, SD=5.184; p < .01$ ) te zaokupljenog ( $M=11.11, SD= 5.142$ ) i plašljivog stila privrženosti ( $p < .01$ ), dok između sigurnog i zaokupljenog stila nije pronađena značajna razlika. Dakle, osobe plašljivog stila privrženosti imaju značajno zastupljenije simptome psorijaze u odnosu na one sigurnog i zaokupljenog stila privrženosti, a najmanje zastupljene simptome imaju osobe sigurnog stila privrženosti.

Za provjeru izravnog doprinosa dimenzija privrženosti zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze najprije su ispitani koeficijenti korelacija među svim varijablama (tablica 2), a zatim je provedena hijerarhijska regresijska analiza.

Tablica 2. Interkorelacije izmjerenih varijabli (N=107).

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

|                                    | 1.     | 2.     | 3.   | 4.     | 5.     | 6.    | 7.     | 8.    | 9.   | 10.  | 11.  | 12.  | 13.  | 14.  | 15.   | 16.   | 17.   | 18.   | 19. |
|------------------------------------|--------|--------|------|--------|--------|-------|--------|-------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-----|
| 1.Spol                             | 1      |        |      |        |        |       |        |       |      |      |      |      |      |      |       |       |       |       |     |
| 2.Dob                              | -.10   | 1      |      |        |        |       |        |       |      |      |      |      |      |      |       |       |       |       |     |
| 3.Mjesto stanovanja                | -.01   | -.10   | 1    |        |        |       |        |       |      |      |      |      |      |      |       |       |       |       |     |
| 4. Stupanj obrazovanja             | -.06   | -.36** | .16  | 1      |        |       |        |       |      |      |      |      |      |      |       |       |       |       |     |
| 5. Radni status                    | .02    | .54**  | -.12 | -.33** | 1      |       |        |       |      |      |      |      |      |      |       |       |       |       |     |
| 6.Trenutno partner                 | .06    | .21*   | .09  | -.24*  | .03    | 1     |        |       |      |      |      |      |      |      |       |       |       |       |     |
| 7. Tip psorijaze                   | .02    | .50**  | -.08 | -.14   | .30**  | .15   | 1      |       |      |      |      |      |      |      |       |       |       |       |     |
| 8. Trajanje liječenja              | -.25** | .32**  | -.01 | -.20*  | .18    | .08   | -.30** | 1     |      |      |      |      |      |      |       |       |       |       |     |
| 9. Hospitalizacija                 | .06    | -.19*  | -.09 | .19    | -.18   | -.17  | .04    | -.24* | 1    |      |      |      |      |      |       |       |       |       |     |
| 10. Članovi obitelji sa psorijazom | -.19*  | .09    | .11  | -.01   | -.02   | -.23* | -.06   | .13   | -.06 | 1    |      |      |      |      |       |       |       |       |     |
| 11. Komorbiditeti                  | -.04   | -.31** | .14  | .09    | -.44** | -.21* | -.20*  | -.18  | .18  | -.01 | 1    |      |      |      |       |       |       |       |     |
| 12. Pušenje                        | -.00   | .27**  | -.08 | -.11   | .16    | .15   | .20*   | .08   | -.13 | -.01 | -.13 | 1    |      |      |       |       |       |       |     |
| 13. Alkohol                        | .57**  | .04    | -.15 | -.06   | -.00   | .05   | .06    | -.11  | .00  | -.08 | -.12 | .18  | 1    |      |       |       |       |       |     |
| 14. Psiholog/psihijatar            | .10    | .08    | .00  | -.13   | -.13   | -.13  | .14    | -.05  | .02  | -.15 | .13  | .03  | .04  | 1    |       |       |       |       |     |
| 15. Anksioznost                    | .00    | -.12   | -.03 | .14    | -.05   | -.12  | -.15   | .02   | .24* | .02  | .08  | -.09 | .10  | -.12 | 1     |       |       |       |     |
| 16. Izbjegavanje                   | .26**  | -.12   | .01  | .14    | -.18   | -.14  | -.10   | -.17  | .13  | -.02 | .14  | -.18 | .22* | .14  | .47** | 1     |       |       |     |
| 17. Krivnja                        | .09    | .17    | -.09 | .02    | .19    | -.09  | .19*   | -.06  | -.08 | -.06 | -.05 | -.01 | .07  | -.01 | .32** | .04   | 1     |       |     |
| 18. Hostilnost                     | -.10   | -.03   | -.11 | -.02   | .04    | -.17  | -.17   | .11   | -.08 | -.02 | .02  | -.10 | .01  | -.13 | .44** | .34** | .42** | 1     |     |
| 19. Simptomi psorijaze             | .01    | .06    | -.10 | .09    | .02    | -.04  | .07    | -.04  | -.02 | .08  | -.09 | .07  | .13  | -.07 | .35** | .32** | .39** | .54** | 1   |

Iz tablice je vidljivo da sociodemografski podaci i klinički indikatori bolesti ne koreliraju sa zastupljenošću simptoma. Što se tiče povezanosti navedenih kliničkih indikatora s dimenzijama privrženosti, dobivena je povezanost hospitalizacije s dimenzijom anksioznost. Osobe koje ostvaruju visoke rezultate na ovoj dimenziji privrženosti su u manjoj mjeri hospitalizirane. Također, doživljaj krivnje povezan je s tipom psorijaze, što znači da osobe kojima je u kasnijoj dobi dijagnosticirana psorijaza imaju veći stupanj krivnje. Po pitanju odnosa dimenzije izbjegavanja i sociodemografskih varijabli, pokazalo se kako na dimenziji izbjegavanje veće rezultate ostvaruju sudionici ženskog spola te oni koji ne konzumiraju alkohol.

Obe dimenzije privrženosti (anksioznost i izbjegavanje) značajno pozitivno koreliraju sa zastupljenošću simptoma. Isto tako, i doživljaj krivnje i doživljaj hostilnosti su značajno pozitivno povezani sa zastupljenošću simptoma psorijaze, pri čemu je kod hostilnosti povezanost veća.

Budući da su spol, tip psorijaze, hospitalizacija i konzumiranje alkohola značajno povezani s ispitivanim varijablama, njihovi efekti su u hijerarhijskoj regresijskoj analizi kontrolirani. Stoga su u prvi korak analize stavljeni spol, tip psorijaze, hospitalizacija i alkohol, a u drugi dimenzije privrženosti, anksioznost i izbjegavanje. Kriterij je bio stupanj prisutnih simptoma. Rezultati su prikazani u tablici 3.

*Tablica 3.* Rezultati hijerarhijske regresijske analize kod provjere izravnog doprinosa dimenzija privrženosti zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze (N=107).

| Zastupljenost simptoma | Model | Varijable       | $\beta$ | $R^2$ | $\Delta R^2$ | $F$     |
|------------------------|-------|-----------------|---------|-------|--------------|---------|
| 1. Korak               |       | Spol            | -.107   | .035  |              | 0.921   |
|                        |       | Tip psorijaze   | -.056   |       |              |         |
|                        |       | Hospitalizacija | .090    |       |              |         |
|                        |       | Alkohol         | .197    |       |              |         |
| 2. Korak               |       | Spol            | -.136   | .193  | .158         | 3.990** |
|                        |       | Tip psorijaze   | .012    |       |              |         |
|                        |       | Hospitalizacija | .002    |       |              |         |
|                        |       | Alkohol         | .128    |       |              |         |

---

Anksioznost .206

Izbjegavanje .284\*

---

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ;  $R^2$  – ukupni doprinos objašnjenoj varijanci;  $\Delta R^2$  – doprinos pojedine grupe prediktora objašnjenoj varijanci

Rezultati ove analize su pokazali kako spol, tip psorijaze, hospitalizacija i alkohol objašnjavaju 3.5% ukupne varijance kriterija, međutim njihov doprinos nije statistički značajan. S druge strane, doprinos dimenzija anksioznost i izbjegavanje pokazao se statistički značajnim objašnjavajući dodatnih 15.8% ukupne varijance kriterija. Pri tome se utvrdilo kako samo visoko izbjegavanje izravno doprinosi visokoj zastupljenosti simptoma psorijaze.

Kako bi se ispitaio neizravan doprinos dimenzija privrženosti simptomima psorijaze preko doživljaja krivnje i hostilnosti korišten je postupak Barona i Kennya (1986) kojeg čine četiri regresijske analize, odnosno četiri kriterija koja trebaju biti zadovoljena kako bi se potvrdila medijacija: 1) prediktor značajno pridonosi kriteriju, 2) prediktor značajno pridonosi medijatoru, 3) medijator značajno pridonosi kriteriju, te 4) prediktor predviđa kriterij uz kontrolu efekta medijatora pri čemu u posljednjem koraku efekt prediktora treba biti smanjen. Ukoliko je efekt prediktora smanjen, ali je ostao statistički značajan, riječ je o djelomičnoj medijaciji, a efekt prediktora prestane biti statistički značajan, riječ je o potpunoj medijaciji (Baron i Kenny, 1986).

Provedene analize pokazale su prisutnost medijacija. Što se tiče provjere neizravnog odnosa dimenzije anksioznosti i zastupljenosti simptoma psorijaze, utvrđeno je kako ova dimenzija doprinosi kriteriju preko krivnje, ali i hostilnosti. Rezultati zadnjeg koraka provedenih analiza prikazani su u tablicama 4 i 5.

*Tablica 4.* Rezultati zadnjeg koraka provjere neizravnog odnosa dimenzije anksioznosti i simptoma psorijaze putem doživljaja krivnje.

| Zastupljenost simptoma | Model    | Varijable   | $\beta$ | $R^2$ | $\Delta R^2$ | $F$      |
|------------------------|----------|-------------|---------|-------|--------------|----------|
|                        | 1. Korak | Anksioznost | .350**  | .123  |              | 14.700** |
|                        | 2. Korak | Anksioznost | .278*   |       |              |          |
|                        |          | Krivnja     | .230*   | .170  | .047         | 10.671** |

\*\* $p < .01$ ;  $R^2$  – ukupni doprinos objašnjennoj varijanci;  $\Delta R^2$  – doprinos pojedinog prediktora objašnjennoj varijanci

Kao što se može vidjeti, kod ispitivanja uloge krivnje kao medijatora odnosa dimenzije anksioznosti i zastupljenosti simptoma psorijaze, dobivena je djelomična medijacija. Visoka dimenzija anksioznosti preko visoke krivnje doprinosi visokoj zastupljenosti simptoma.

*Tablica 5.* Rezultati provjere neizravnog odnosa dimenzije anksioznosti i simptoma psorijaze putem doživljaja hostilnosti.

| <b>Zastupljenost simptoma</b> | Model    | Varijable   | $\beta$ | $R^2$ | $\Delta R^2$ | $F$      |
|-------------------------------|----------|-------------|---------|-------|--------------|----------|
|                               | 1. Korak | Anksioznost | .350**  | .123  |              | 14.700** |
|                               | 2. Korak | Anksioznost | .139    | .306  | .183         | 22.878** |
|                               |          | Hostilnost  | .477**  |       |              |          |

\*\* $p < .01$ ;  $R^2$  – ukupni doprinos objašnjennoj varijanci;  $\Delta R^2$  – doprinos pojedinog prediktora objašnjennoj varijanci

Kod provjere neizravnog doprinosa dimenzije anksioznosti preko doživljaja hostilnosti dobivena je potpuna medijacija, što znači da doživljaj hostilnosti može u cijelosti objasniti povezanost između dimenzije anksioznosti i zastupljenosti simptoma psorijaze. Odnosno, osobe koje su visoko na dimenziji anksioznosti putem visoke hostilnosti doprinose velikom stupnju simptoma psorijaze.

Što se tiče provjere neizravnog odnosa dimenzije izbjegavanje sa zastupljenošću simptoma putem spomenutih emocija, utvrđeno je kako medijacija postoji putem hostilnosti. Rezultati zadnjeg koraka ove obrade se mogu naći u tablici 6.

*Tablica 6.* Rezultati zadnjeg koraka provjere neizravnog odnosa dimenzije izbjegavanja i simptoma psorijaze putem doživljaja hostilnosti.

| <b>Zastupljenost simptoma</b> | Model    | Varijable    | $\beta$ | $R^2$ | $\Delta R^2$ | $F$      |
|-------------------------------|----------|--------------|---------|-------|--------------|----------|
|                               | 1. Korak | Izbjegavanje | .373**  | .139  |              | 16.934** |
|                               | 2. Korak | Izbjegavanje | .217*   | .332  | .193         | 25.805** |

---

Hostilnost .466\*\*

---

\*\* $p < .01$ ; \* $p < .05$ ;  $R^2$  – ukupni doprinos objašnjennoj varijanci;  $\Delta R^2$  – doprinos pojedinog prediktora objašnjennoj varijanci

Rezultati spomenute analize ukazuju kako se kod provjere uloge hostilnosti kao medijatora odnosa dimenzije izbjegavanja i zastupljenosti simptoma psorijaze dobila djelomična medijacija. Ovim se nalazom utvrdilo kako visoka dimenzija izbjegavanja preko visoke hostilnosti doprinosi visokoj zastupljenosti simptoma.

Što se tiče provjere neizravnog doprinosa dimenzije izbjegavanja zastupljenosti simptoma bolesti putem doživljaja krivnje, pokazalo se kako u tom slučaju nema medijacije jer uvjet u kojem prediktor treba značajno pridonijeti medijatoru nije ispunjen.

Za provjeru posljednjeg problema, odnosno kako bi se ispitaio učinak razlika u doživljavanju krivnje i hostilnosti na zastupljenost simptoma psorijaze, korištena je dvosmjerna analiza varijance (2x2). Nezavisne varijable bile su doživljaj krivnje i hostilnosti, a zavisna varijabla zastupljenost simptoma. Kako bi se provela navedena analiza, prethodno se iz distribucije rezultata nezavisnih varijabli izdvojilo 25% najnižih i 25% najviših rezultata. Levenov test nije se pokazao statistički značajnim ( $p > .05$ ) čime je uvjet homogenosti varijanci zadovoljen. Rezultati dvosmjerne analize varijance prikazani su u tablici 7.

Tablica 7. Rezultati analize varijance kod provjere učinka krivnje i hostilnosti te njihove interakcije na zastupljenost simptoma psorijaze.

| Izvor varijance    | Sume kvadrata | df | Srednji kvadrati | F      | p      |
|--------------------|---------------|----|------------------|--------|--------|
| Krivnja            | 2.223         | 1  | 2.223            | .108   | .745   |
| Hostilnost         | 250.898       | 1  | 250.898          | 12.179 | .002** |
| Krivnja×Hostilnost | 11.994        | 1  | 11.994           | .582   | .453   |
| Pogreška           | 494.441       | 24 | 20.234           |        |        |
| Ukupno             | 3210.050      | 28 |                  |        |        |

\*\* $p < .01$

Iz tablice je vidljivo kako postoji statistički značajna razlika u zastupljenosti simptoma psorijaze s obzirom na razlike u hostilnosti ( $F(1,24) = 12.179$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = .34$ ). Kako bi se dobio uvid u prirodu efekta koji hostilnost ima na simptome psorijaze, provjerene su srednje



vrijednosti rezultata po pitanju zastupljenosti simptoma unutar svake grupe. Utvrdilo se kako osobe s većom hostilnosti imaju zastupljenije simptome psorijaze ( $M= 13.34$ ,  $SD= 5.799$ ) u odnosu na one s manjom hostilnosti ( $M= 5.93$ ,  $SD= 3.081$ ).

## 7. Rasprava

Psorijaza se smatra jednom od najčešćih kroničnih bolesti, no zbog njezine kompleksnosti, etiologija još nije u potpunosti poznata. Stoga je cilj ovoga istraživanja bio ispitati odnos stilova privrženosti, doživljaja krivnje i hostilnosti s procijenjenom težinom simptoma psorijaze.

Prvim problemom nastojalo se ispitati razlike u zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze između četiri stila privrženosti. Hipotezom je pretpostavljeno da postoje razlike među stilovima privrženosti u zastupljenosti simptoma pri čemu oboljeli sigurnog stila imaju manje zastupljene simptome u odnosu na oboljele s ostalim, odnosno nesigurnim stilovima privrženosti. Hipoteza je djelomično potvrđena budući da su dobivene statistički značajne razlike u zastupljenosti simptoma između sudionika sigurnog i plašljivog te zaokupljenog i plašljivog stila privrženosti. Osobe sa sigurnim stilom privrženosti imaju značajno manje zastupljene simptome psorijaze u odnosu na one s plašljivim stilom privrženosti, što je u skladu s istraživanjem Jankovića i suradnika (2009) koje pokazuje da osobe sigurnog stila privrženosti imaju manje izražene kliničke simptome u odnosu na one nesigurnoga. Također, rezultati ovog istraživanja su pokazali da osobe sa zaokupljenom privrženosti imaju značajno manje izražene simptome psorijaze u odnosu na one s plašljivim stilom. Razmatranjem osobina pojedinaca s takvim stilovima moguće je objasniti dobivene razlike. Sigurni su samostalni i učinkoviti u nošenju s gotovo svim stresorima te su sposobni tražiti i dobiti adekvatnu pažnju i pomoć kada im je potrebno, što objašnjava njihovu prilagodljivost (Klohn i John, 1998). U slučaju razlike u stupnju simptoma između zaokupljenog i plašljivog stila privrženosti, dobiveno se može promatrati na način da unutar skupine nesigurno privrženih pojedinaca, osobe koje imaju nesigurniji oblik privrženosti, odnosno plašljivi stil, imaju značajno zastupljenije simptome psorijaze u odnosu na one s manje nesigurnim stilom, odnosno zaokupljenim stilom privrženosti. Naime, iako zaokupljeni pojedinci općenito gledajući nisu učinkoviti u nošenju sa stresom, oni ipak imaju pozitivna očekivanja od drugih te su ovisni o drugima, a dobivanje željene pažnje može imati pozitivni utjecaj na njihovu bolest. Klohn i John (1998) navode kako je njihovo zadovoljstvo i smirenje koje proizlazi iz kontakta s drugima prolazno, no možda

je dovoljno za ispunjavanje trenutne želje i potrebe. To objašnjava i nepostojanje značajne razlike u zastupljenosti simptoma između osoba sigurnog i zaokupljenog stila privrženosti. S druge strane, oni s plašljivom privrženosti, to jest ljudi skloni „plašljivim izbjegavanjem“ (Bartholomew i Horowitz, 1991), nisu uspješni u postizanju niti jednog cilja privrženosti – osjećaja osobne sigurnosti ili sigurnosti nakon traženja bliskosti. Istraživanja pokazuju da su ovakvi pojedinci relativno inhibirani i neosjetljivi te da su u životu bili izloženi tjelesnim ili seksualnim zlostavljanjem ili drugim traumama vezanim za privrženost (Swanson i Mallinckrodt, 2001; Shapiro i Levensky, 1999). Mikulincer i Shaver (2007) ih opisuju primjerom zlostavljanog djeteta koje ne može dobiti potrebnu sigurnost niti se maknuti od zlostavljačkog roditelja te djeteta zbunjenog, drogiranog ili grijeshnog roditelja čije se ponašanje ne može predvidjeti i koje se ne može pouzdati u dobivanje potrebne utjehe. Takvo dijete postaje zarobljeno u ciklusu sukobljenih pokušaja zadovoljavanja osobnih potreba dok izbjegava odbacivanje ili loše postupanje. Iz navedenog je vidljivo da plašljivi stil predstavlja kombinaciju rezultata na dimenzijama privrženosti koja ima destruktivne učinke, što objašnjava i najveću zastupljenost simptoma psorijaze kod ovakvih pojedinaca.

Drugim problemom ispitala se mogućnost predviđanja zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze kod oboljelih s obzirom na dimenzije privrženosti, anksioznost i izbjegavanje, uz kontrolu efekata sociodemografskih varijabli. Uz to, ispitalo se i neizravan odnos između ovih dimenzija i zastupljenosti simptoma psorijaze putem doživljaja krivnje i hostilnosti. Očekivalo se da nakon kontrole efekata sociodemografskih varijabli visoko zastupljene dimenzije privrženosti anksioznost i izbjegavanje izravno doprinose visokoj zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze, pri čemu bi veći doprinos imala dimenzija izbjegavanje. Ova hipoteza također je djelomično potvrđena. Dobilo se da dimenzija izbjegavanje jedina značajno doprinosi simptomima psorijaze, čime su potvrđeni nalazi o povezanosti ove dimenzije privrženosti sa psihosomatskim poremećajima (Maunder i Hunter, 2008; Nyklícek, Temoshok i Vingerhoets, 2004; Picardi i sur, 2005). Prema tome, pojedinci koji izbjegavaju bliskost ili uživaju u njoj do određene granice te se ne osjećaju ugodno pokazivati emocije pa u odnosima djeluju pretjerano samopouzdana, odnosno samodostatni, imaju zastupljenije simptome psorijaze.

Proučavanjem pojedinaca koji su visoko na dimenziji izbjegavanja ustanovljeno je da se u situacijama nesigurnosti i stresa koriste deaktiviranjem sustava privrženosti. Deaktiviranje privrženog ponašanja predstavlja reakciju bijega (u odnosu borba-bijeg) na nedostupnost figure privrženosti što se vjerojatno razvija u odnosima s figurama koje ne odobravaju i kažnjavaju

bliskost i izražavanje potrebe ili ranjivosti (Cassidy i Kobak, 1988; prema Ein-Dor i Hirschberger, 2016). Stoga pojedinac uči da je bolje potisnuti znakove potrebe i ranjivosti te netraženjem bliskosti pokušavaju izbjeći frustraciju i stres. Ipak, sustav deaktiviranja nije uvijek djelotvoran. U istraživanju Beranta, Mikulincera i Florana (2001b) na majkama dojenčadi s teškom koronarnom bolesti srca dobiveno je da u takvim kroničnim i stresnim uvjetima majke koje su visoko na dimenziji izbjegavanja doživljavaju veći stres od onih visoko na dimenziji anksioznosti. Dakle, moguće je da je sustav deaktiviranja učinkovit prilikom doživljaja manjih stresova, no u kroničnim situacijama nije uspješan. Također, u istraživanjima fizioloških reakcija na stres, pojedinci visoko na dimenziji izbjegavanja pokazivali su povećanu reaktivnost (Diamond, Hicks i Otter-Henderson, 2006; Maunder, Lancee, Nolan, Hunter i Tannenbaum, 2006). Kim (2006) iznosi da su zbog takvih disfunkcionalnih fizioloških uzoraka osobe s visokim izbjegavanjem podložne hipertenziji i drugim kardiovaskularnim bolestima, osobito u situacijama sukoba. Stoga na isti način tako privržene osobe s genetskom predispozicijom psorijaze u stresnim situacijama mogu pokrenuti upalni proces, odnosno pretjeranu aktivaciju imunološkog sustava.

Sljedećom hipotezom pretpostavljao se neizravan doprinos dimenzija privrženosti simptomima psorijaze preko doživljaja krivnje i hostilnosti pri čemu je dio hipoteze koji se odnosi na anksioznu dimenziju privrženosti (H3a) potpuno potvrđen, a dio koji se odnosi na izbjegavajuću dimenziju (H3b) djelomično potvrđen.

Kod ispitivanja krivnje kao medijatora odnosa dimenzije anksioznosti i zastupljenosti simptoma psorijaze dobivena je djelomična medijacija. Dakle, visoka dimenzija anksioznosti preko visoke krivnje značajno pridonosi predviđanju simptoma. Mikulincer i Shaver (2007) iznose da su pojedinci visoko na dimenziji anksioznosti općenito skloni pretjeranom doživljavanju neugodnih emocija u svakodnevnim situacijama i interakcijama s drugima te pod utjecajem stresora. Naime, kao što kod visoko izbjegavajućih pojedinaca dolazi do suzbijanja privrženog ponašanja, kod onih visoko na dimenziji anksioznosti dolazi do pretjerane aktivacije privrženosti, koja se očituje održavanjem i intenziviranjem emocija koje aktiviraju sustav privrženosti, kao što su strah, briga o napuštanju i sumnje oko samoučinkovitosti. Pretpostavlja se da se pretjerana aktivacija održava stvaranjem katastrofalnih procjena, preuveličavanjem prijetećih aspekata čak i manjih problema, kao i održavanjem pesimističnih uvjerenja o nesposobnosti upravljanju nevoljama. Također, zbog intenziviranja neugodnih emocija, njihovi kognitivni procesi često su opterećeni stresom te su preplavljeni ruminativnim mislima i osjećajima povezanim s ugroženosti.

O'Connor, Berry i Weiss (1999) iznose da krivnja proizašla iz uvjerenja i strahova o povredi drugih može biti važna u razvoju i održavanju psihopatologije. Freud (1930; prema Hazard, 1969) se među prvima bavio odnosom krivnje i anksioznosti te ih je oboje identificirao kao tipove straha. Eksplicitno iznosi da je osjećaj krivnje u suštini topografska vrsta anksioznosti, a u svojim posljednjim fazama se potpuno podudara sa strahom od superega. Točnije, krivnja predstavlja anksioznost superega. Nadalje, Tangney i Tracy (2012) iznose da sklonost krivnji dosljedno korelira sa zauzimanjem perspektive drugih i empatijom. Međutim, pretjerano suosjećanje ili kombinacija pojačane osjetljivosti na nevolje drugih s neadekvatnim vještinama za suočavanje s tim poteškoćama mogu povećati ranjivost na internalizirane probleme (Zahn-Waxler, Cole i Berret, 1991). Dakle, pojedinci visoko na dimenziji anksioznosti, karakterizirani pretjeranom ovisnosti o drugima, uz veliki stupanj krivnje kojim su zaokupljeni zbog svoga „prijestupa“ podliježu stalno prisutnim mislima o drugim načinima na koji se se mogli ponašati ili o načinu uklanjanja štete koja je učinjena, istovremeno potiču veću izraženost simptoma psorijaze. Također, dobiveno se može objasniti i stajalištem Wolmana (1988) koji navodi kako je kod osoba koje imaju kožne bolesti reakcija kože rezultat osjećaja krivnje zbog njihove prezahtjevne žudnje za fizičkim znakovima ljubavi (kao što su što su imati stalno nekoga kraj sebe, grljenje, maženje i tješenje).

Kod provjere neizravnog odnosa dimenzije anksioznosti i zastupljenosti simptoma psorijaze putem hostilnosti, dobivena je potpuna medijacija. Dakle, kod osoba visoko na dimenziji anksioznosti, visoka izraženost simptoma psorijaze je u potpunosti pod utjecajem visoke hostilnosti prema sebi. Kao što je spomenuto, anksiozno privrženi pojedinci vode se neispunjenom željom pridobivanja figure privrženosti radi dobivanja željene pažnje i pouzdanije zaštite, što uzrokuje njihovo intenziviranje emocija koje pozivaju na pažnju i brigu, među kojima je i emocija ljutnje. Također, intenziviranje neugodnih emocija i ruminiranje o mogućim opasnostima i izostanku potrebne pažnje može potaknuti intenzivne i produljene napade ljutnje. Međutim, strah od razdvajanja i očajne želje za ljubavlju drugih može rezultirati zadržavanjem bijesa i ljutnje i usmjeravanjem tih emocija prema sebi. Kao rezultat toga, ljutnja kod takvih pojedinaca može uključivati složenu mješavinu zamjerke, hostilnosti, samokritike, straha, tuge i depresije (Mikulincer i Shaver, 2007) i naposljeku se ispoljavati kroz jako izražene simptome psorijaze.

Ispitivanjem hostilnosti kao medijatora odnosa dimenzije izbjegavanja i zastupljenosti simptoma psorijaze, dobivena je djelomična medijacija. Dakle, visoka dimenzija izbjegavanja preko visoke hostilnosti značajno pridonosi simptomima psorijaze. Dobiveni rezultati su u

skladu s istraživanjima koja ukazuju na povezanost izbjegavajuće privrženosti i hostilnosti (npr. Calamari i Pini, 2003; Simpson, 1990). U skladu s prethodno spomenutom deaktivacijom privrženog ponašanja kod ovako privrženih pojedinaca, Mikulincer i Shaver (2007) iznose da nekorištenje privrženosti kao strategije suočavanja također smanjuje njihovu sposobnost reguliranja neugodnih emocija, uzrokujući da ljutnju i srdžbu zadržavaju u sebi i ne izražavaju ju prema van. Takvo doživljavanje i nošenje s hostilnosti, kao i hostilnosti usmjerenoj prema sebi, utječe na težinu bolesti (Dembrowski, Macdougall, Williams, Haney i Blumenthal, 1985).

Kod ispitivanja krivnje kao medijatora odnosa dimenzije izbjegavanja i zastupljenosti simptoma psorijaze, nije zadovoljen uvjet za medijaciju kojim dimenzija izbjegavanja značajno pridonosi doživljaju krivnje. To se može objasniti činjenicom da se zbog pozitivnog pogleda na sebe ovako privrženi pojedinci usredotočuju na vlastite potrebe pa zanemaruju potrebe drugih. Stoga osjećaju i manje odgovornosti za druge pa je manje vjerojatno da će se osjećati krivima (Bartholomew i Horowitz, 1991).

Posljednjim problemom nastojalo se ispitati razlike u zastupljenosti simptoma psorijaze s obzirom na razlike u doživljaju krivnje i hostilnosti. Hipotezom se pretpostavilo da će izraženije simptome psorijaze imati osobe s većim stupnjem krivnje i hostilnosti, pri čemu će razlike u hostilnosti imati veći efekt. Hipoteza je djelomično potvrđena.

Dobiveni učinak doživljaja hostilnosti usmjerene prema sebi pokazao se značajnim što potvrđuje stajalište da su potisnuta hostilnost i ljutnja ključni čimbenici za pristunost somatizacija. Koh (2003) iznosi da je kod somatoformnih, anksioznih i psihosomatskih poremećaja težina somatskih simptoma povezana sa stupnjem ljutnje prema sebi. Dobiveni rezultat u skladu je s istraživanjima Yazici, Güleç, Kiliç, Gül i Güleç (2009) prema kojima osobe sa psorijazom u odnosu na kontrolnu skupinu doživljavaju više ljutnje prema sebi te posjeduju ljutnju kao crtu ličnosti.

Prilikom proučavanja kardiovaskularnih bolesti i doživljaja hostilnosti pronađeno je da stalna napetost zbog trajnih hostilnih impulsa aktivira simpatikus te lučenje noradrenalina (hormona stresa), što dovodi do kroničnog porasta krvnog tlaka (Bilić, 2009). Takvo stalno lučenje hormona stresa može utjecati na imunološki sustav zbog čega dovodi do pogoršanja psorijaze.

Za razliku od hostilnosti, doživljaj krivnje nije se pokazao značajnim po pitanju izravnog utjecaja na zastupljenost simptoma psorijaze. Iako je krivnja neugodna emocija, njezin utjecaj ne mora ostaviti negativne posljedice. Štoviše, ukoliko potakne osobu na ispravljanje

počinjene pogreške te osoba prestane razmišljati o počinjenom, vidljivi su pozitivni učinci ove emocije. U takvim slučajevima krivnja potiče prosocijalno ponašanje (primjerice Baumeister, Stillwell i Heatherton, 1995). Naime, kako krivnja uključuje osuđivanje ponašanja, ljudi razmatraju svoje ponašanje i njegove posljedice, pri čemu to dovodi do napetosti, tuge i žaljenja zbog učinjenog, što potiče osobu na djelovanje kojim poboljšavaju interpersonalne odnose. To na kraju može smanjiti stres koji bi utjecao na simptome.

Važno je razmotriti nedostatke ovoga istraživanja zbog kojih je generalizacija dobivenih rezultata ograničena. S obzirom da je istraživanje korelacijskog tipa, nije moguće zaključivanje o uzročno-posljedičnom odnosu ispitivanih konstrukata. Nadalje, istraživanje je provedeno u specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju u Ivanić Gradu, što znači da je uzorak sudionika prigodan. Radi bolje generalizacije dobivenih rezultata, trebalo bi obuhvatiti veći uzorak oboljelih od psorijaze, kako po bolničkim centrima diljem Hrvatske, tako i po udrugama i različitim mjestima okupljanja ove populacije. Također, ispitivanje se provodilo na stacionarnom odjelu bolnice te u čekaonici prije i nakon terapije (kupke u kadama s naftalanom, fototerapije, vježbe u bazenu s termalnom vodom, darsonvalizacije). S obzirom da su termini terapija vremenski organizirani, neki sudionici zbog kratkih vremenskih razdoblja među terapijama nisu stizali popuniti upitnik odjednom, što je moglo utjecati na njihovu motivaciju i koncentraciju pri daljnjem popunjavanju upitnika. To je moglo imati utjecaja i kod sudionika koji su u bolnicu dolazili samo na jednu terapiju i bili ograničeni vremenom nakon završetka terapije. Sljedeći mogući nedostatak istraživanja je davanje socijalno poželjnih odgovora. Crowell, Treboux i Waters (1999) navode da samoprocjena stilova privrženosti može biti vrlo subjektivna i nepovezana sa stvarnim ponašanjem u bliskim odnosima. Primjerice, osobe sklone dimenziji izbjegavanja u bliskim odnosima možda nisu svjesne svoga izbjegavanja ili mogu obrambeno poreći svoje hladno postupanje te se stoga na pitanjima o ovakvom ponašanju mogu procijeniti niže nego što bi trebali. S druge strane, pojedinci skloniji dimenziji anksioznosti možda ne žele otvoreno priznati svoju anksioznost jer se može smatrati njihovom slabosti ili društveno nepoželjnom. Također, mogući je i utjecaj religioznosti i samopoštovanja na stupanj doživljene krivnje. Naime, istraživanje Walinga, Corveleyna i van Saanea (2006) pokazalo je da religiozne osobe češće doživljavaju krivnju u odnosu na kontrolnu skupinu, dok je u istraživanju Strelana (2007) dobiveno kako sklonost krivnji negativno korelira sa samopoštovanjem pojedinca. S obzirom na različitu dob sudionika i stupanj obrazovanja, moguće je i da su sudionici imali poteškoća s razumijevanjem upute ili upitnika te da zbog neugode nisu pitali za pomoć. Za procjenu težine bolesti korišten je PASI indeks koji

predstavlja subjektivnu mjeru simptoma psorijaze, što može biti još jedan nedostatak obzirom da time postoji prostor za ispunjavanje subjektivnih očekivanja istraživača. Kako bi se dobila potpunija slika težine bolesti, trebalo bi ispitati i utjecaj psorijaze na svakodnevni fizički, socijalni i psihički život bolesnika koje ispituje indeks kvalitete života (*Dermatological Quality of Life Index*; DLQI). Osim toga, u budućem istraživanju bi se trebalo detaljnije osvrnuti na čimbenike koji utječu na težinu simptoma, primjerice učestalost konzumiranja alkohola i cigareta, način prehrane, životne navike i korištenje određenih lijekova. Sve od navedenog je moglo kontaminirati rezultate dobivene PASI-jem.

## 8. Zaključak

Ovim istraživanjem provjerio se odnos stilova privrženosti prema partneru, doživljaja krivnje i hostilnosti s težinom simptoma bolesti kod oboljelih od psorijaze. Kod ispitivanja razlika u zastupljenosti simptoma obzirom na stilove privrženosti prema partneru dobivena je statistički značajna razlika među sudionicima različitih privrženosti. Razlika je utvrđena između *sigurnog* i *plašljivog* stila te *zaokupljenog* i *plašljivog* stila. Kod ispitivanja utjecaja dimenzija privrženosti na zastupljenost simptoma je dobiveno da *dimenzija izbjegavanja* jedina izravno utječe na zastupljenost simptoma ove bolesti na način da visoka zastupljenost ove dimenzije privrženosti doprinosi visokoj zastupljenosti simptoma. Kod provjere neizravnog odnosa dimenzija privrženosti sa simptomima bolesti preko krivnje i hostilnosti, dobiveno je da visoka dimenzija anksioznosti preko visoke krivnje, ali i visoke hostilnosti, doprinosi simptomima psorijaze. S druge strane, pojedinci visoko na dimenziji izbjegavanja višoj zastupljenosti simptoma bolesti doprinose preko visoke hostilnosti. Ispitivanjem razlika u zastupljenosti simptoma s obzirom na različitosti u doživljavanju krivnje i hostilnosti, dobilo se kako su razlike u doživljaju *hostilnosti* jedino važne za zastupljenost simptoma ove bolesti i to na način da što je veća hostilnost, to su simptomi bolesti izraženiji. Efekti *krivnje* na zastupljenost simptoma psorijaze nisu potvrđeni.

## 9. Literatura

Akbağ, M. i Imamoğlu, S. E. (2010). The Prediction of Gender and Attachment Styles on Shame, Guilt, and Loneliness. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 10(2), 669- 682.

- Bartholomew, K. i Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Baumeister, R. F., Stillwell, A. M. i Heatherton, T. F. (1995). Personal Narratives About Guilt: Role in Action Control and Interpersonal Relationships. *Basic and Applied Social Psychology*, 17(1/2), 173-198.
- Berant, E., Mikulincer, M. i Florian, V. (2001b). Attachment style and mental health: A 1 year follow-up study of mothers of infants with congenital heart disease. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(8), 956-968.
- Bhatia, B. D., Craig, M. i Balachandra, A. (2008). *Elements of Psychology and Mental Hygiene for Nurses in India*. India: Universities Press.
- Bilić, V. (2009). Psihološki čimbenici kod kardiovaskularnih bolesti. *Psychosomatic medicine*, 83, 100-103.
- Boehncke, W.-H. i Schon, M.P. (2015). Psoriasis. *Lancet*, 386(9997), 983-994.
- Bowlby, J. (1969/1982b). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment* (2nd edition). New York: Basic Books.
- Brennan, K. A., Clark, C. L. i Shaver, P. R. (1998). Self-report measures of adult romantic attachment. An integrative overview. U: J. A. Simpson i W. S. Rholes (ur.), *Attachment theory and close relationships* (46-76). New York: The Guilford Press.
- Brosschot, J. F. i Thayer, J. F. (1998). Anger inhibition, cardiovascular recovery, and vagal function: a model of the link between hostility and cardiovascular disease. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 20(4), 326-332
- Cabrera, S., Chinniah, N., Lock, N., Cains, G. D. i Woods, J. (2015). Inter-observer reliability of the PASI in a clinical setting. *The Australasian journal of dermatology*, 56(2), 100-102.
- Calamari, E. i Pini, M. (2003). Dissociative experiences and anger proneness in late adolescent females with different attachment styles. *Adolescence*, 38, 287-303.
- Crowell, A. J., Fraley, C. R. i Shaver, R. F. (1999). Measurement of Individual Differences in Adolescent and Adult Attachment. U J. Cassidy & P.R. Shaver, *Handbook of Attachment, Theory, Research, and Clinical Applications* (434-465). New York, London: The Guilford Press.



- Crowell, A. J., Treboux, D. i Waters, E. (1999). The Adult Attachment Interview and the Relationship Questionnaire: Relations to reports of mothers and partners. *Personal Relationships*, 6(1), 1-18.
- Dembrowski, T. M., Macdougall, J. M., Williams, R. B., Haney, T. L. i Blumenthal, J. A. (1985). Components of Type A, Hostility, and Anger-In: Relationship to Angiographic Findings. *Psychosomatic Medicine*, 47(3), 219-233.
- Devrimci-Ozguven, H., Kundakci, T. N., Kumbasar, H. i Boyvat, A. (2000). The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*, 14, 241-242.
- Diamond, L. M., Hicks, A. M. i Otter-Henderson, K. (2006). Physiological evidence for repressive coping among avoidantly attached adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(2), 205–229.
- Doherty, N. A. i Feeney, J. A. (2004). The composition of attachment networks through the adult years. *Personal Relationship*, 11, 469-488.
- Ein-Dor, T. i Hirschberger, G. (2016). Rethinking Attachment Theory: From a Theory of Relationships to a Theory of Individual and Group Survival. *Current Directions in Psychological Science*, 25(4), 223–227.
- Elder, J. T., Nair, R. P., Guo, S. W., Henseler, T., Christophers, E. i Voorhees, J. J. (1994). The genetics of psoriasis. *Archives of dermatology*, 130(2), 216–224.
- Everson, S. A., Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Julkunen, J., Tuomilehto, J. i Salonen, J. T. (1997). Hostility and increased risk of mortality and acute myocardial infarction: the mediating role of behavioral risk factors. *American journal of epidemiology*, 146(2), 142-52.
- Fraley, R. C., Waller, N. G. i Brennan, K. A. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365.
- Fredriksson, T. i Pettersson, U. (1978). Severe psoriasis--oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica*, 157(4), 238-244.
- Fried, R. G., Friedman, S., Paradis, C, Hatch, M., Lynfield, Y., Duncanson, C. i Shalita, A (1995). Trivial or terrible? The psychosocial impact of psoriasis. *International Journal of Dermatology*, 34(2), 101–105.
- Ghatavi, K., Nicolson, R., MacDonald, C., Osher, S. i Levitt, A. (2002). Defining Guilt in Depression: A Comparison of Subjects with Major Depression, Chronic Medical Illness and Healthy Controls. *Journal of Affective Disorders*, 68(2-3), 307-315.

- Ginsburg, I. H. i Link, B. G. (1993). Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *International Journal of Dermatology*, 32(8), 587-91.
- Griffiths, C. E. M., Christophers, E., Barker, J. N. W. N., Chalmers, R. J. G., Chimenti, S., Krueger, G. G., Leonardi, C., Menter, A., Ortonne, J.-P. i Fry, L. (2007). A classification of psoriasis vulgaris according to phenotype. *The British Journal of Dermatology*, 156, 258–262.
- Guenther, L., Han, C., Szapary, P., Schenkel, B., Poulin, Y., Bourcier, M., Ortonne, J. P. i Sofen, H. L. (2011). Impact of ustekinumab on healthrelated quality of life and sexual difficulties associated with psoriasis: results from two phase III clinical trials. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*, 25(7), 851-857.
- Gupta, M. A. i Gupta, A. K. (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *The British Journal of Dermatology*, 139, 846-850.
- Hazan, C. i Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Hazard, P. (1969). Freud's Teaching on Shame. *Laval théologique et philosophique*, 25(2), 234–267.
- Henseler, T. i Christophers, E. (1985). Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 13(3), 450-456.
- Izard, C. E., Libero, D. Z., Putnam, P., i Haynes, O. M. (1993). Stability of emotion experiences and their relations to traits of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(5), 847-860.
- Janković, S., Raznatović, M., Marinković, J., Maksimović, N., Janković, J. i Djikanović, B. (2009). Relevance of Psychosomatic Factors in Psoriasis: A Case-control Study. *Actadermato-venereologica*, 89, 364–368.
- Kamenov, Ž. i Jelić, M. (2003) Validacija instrumanta za mjerenje privrženosti u različitim vrstama bliskih odnosa: Modifikacija Brennanova Inventara iskustava u bliskim vezama. *Suvremena psihologija*, 6, 73-91.
- Kerns, K. A. i Stevens, A. C. (1996). Parent–child attachment in late adolescence: Links to social relations and personality. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(3), 323–342.

- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F. i Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: psychological influences on immune function and health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 537-554.
- Kletter, H., Weems, C. F. i Carrion, V. G. (2009). Guilt and Posttraumatic Stress Symptoms in Child Victims of Interpersonal Violence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(1), 71-83.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Klohnen, E. C. i John, O. P. (1998). Working models of attachment: A theorybased prototype approach. In: Simpson JA, Rholes WS, editors. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford.
- Kobak, R.R., Zajac, K. i Smith, C. (2009). Adolescent attachment and trajectories of hostile impulsive behavior: implications for the development of personality disorders. *Development and psychopathology*, 21(3), 839-851.
- Kobak, R. R. i Sceery, A. (1988). Attachment in Late Adolescence: Working Models, Affect Regulation, and Representations of Self and Others. *Child Development*, 59(1), 135-146.
- Koh, K. B. (2003). Somatization and anger. *Journal of psychosomatic Research*, 33(2), 111-129.
- Koo, J. i Lebwohl, A. (2001). Psycho dermatology: the mind and skin connection. *American family physician*, 64(11), 1873-1878.
- Laskoski, L. M., Natividade, J. C. i Hutz, C. S. (2013). Development of instruments to assess shame and guilt in adolescents: Empirical differences between the constructs. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 23(55), 171-178.
- Levy, K. N. i Blatt, S. J. (1999). Attachment Theory and Psychoanalysis: Further Differentiation Within Insecure Attachment Patterns. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4), 541-575.
- Lopez, G., Gover, M. R., Leskela, J., Sauer, E. M., Schirmer, L. i Wyssmann, J. (1997). Attachment styles, shame, guilt, and collaborative problem-solving orientations. *Personal Relationships*, 4, 187-199.
- Luhok, M. (2010). *Psoriasis: coping with social stigma*. Neobjavljeni rad. Malaysia: Faculty of Medicine and Health Sciences.
- Majić, G. (2011). *Funkcioniranje obitelji djeteta s recidivirajućom abdominalnom boli neorganskog porijekla*. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu.

- Martín-Brufau, R., Romero-Brufau, S., Martín-Gorgojo, A., Brufau Redondo, C., Corbalan, J. i Ulnik, J. (2015). Psoriasis lesions are associated with specific types of emotions. Emotional profile in psoriasis. *The European Journal of Dermatology*, 25(4), 329- 334.
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Nolan, R. P., Hunter, J. J. i Tannenbaum, D. W. (2006). The relationship of attachment insecurity to subjective stress and autonomic function during standardized acute stress in healthy adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 283–290.
- Maunder, R. G. i Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 556-567.
- Menter, A. i Stoff, B. (2010). *Psoriasis*. London: Manson Publishing
- Mikulincer, M. i Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. New York, London: The Guilford Press.
- Mikulincer, M. i Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 917–925.
- Miller, C. K. (1965). Psychological Correlates of Coronary Artery Disease, *Psychosomatic Medicine*, 27(3), 257-265.
- Mrowietz, U., Kragballe, K., Reich, K., Spuls, P., Griffiths, C. E. M., Nast, A. ... Yawalkar, N. (2011). Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Archives of Dermatological Research*, 303(1), 1-10.
- Muris, P., Meesters, C., Morren, M. i Moorman, L. (2004). Anger and hostility in adolescents: Relationships with self-reported attachment style and perceived parental rearing styles. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(3), 257-264.
- Nevitt, G. J. i Hutchinson, P. E. (1996). Psoriasis in the community: prevalence, severity and patients' beliefs and attitudes towards the disease. *The British journal of dermatology*, 135(4), 533–537.
- Novak, J. (2016). *Odnos srama, samopoštovanja i osobnih vrijednosti*. Diplomski rad. Osijek: Filozofski fakultet Osijek.
- Nyklíček, I., Temoshok, L. i Vingerhoets, A. (2004). *Emotional Expression and Health: Advances in Theory, Assessment and Clinical Applications*. Hove; New York: Brunner-Routledge.
- Oatley, K. i Jenkins, J. M. (2007). *Razumijevanje emocija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

- Parisi, R., Symmons, D. P., Griffiths, C. E. i Ashcroft, D. M. (2013). Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *The Journal of investigative dermatology*, 133(2), 377-385.
- Picardi, A., Mazzotti, E., Gaetano, P., Cattaruzza, M. S., Baliva, G., Melchi, C. F., Biondi, i Pasquini, P. (2005). Stress, Social Support, Emotional Regulation, and Exacerbation of Diffuse Plaque Psoriasis. *Psychosomatics*, 46(6), 556-564.
- Quiles, Z. N. i Bybee, J. (1997). Chronic and predispositional guilt: Relations to mental health, prosocial behavior, and religiosity. *Journal of Personality Assessment*, 69(1), 104-126.
- Ramsay, B. i O'Reagan, M. (1988). A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *The British Journal of Dermatology*, 118(2), 195–201
- Shapiro, D. L. i Levendosky, A. A. (1999). Adolescent survivors of childhood sexual abuse: The mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. *Child Abuse and Neglect*, 23(11), 1175–1191.
- Sherry, A. (2007). Internalized homophobia and adult attachment: Implications for clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(2), 219-225
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., i Phillips, D. (1996). Conflict in close relationships: An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(5), 899-914.
- Simpson, J. A. (1990). Influence of Attachment Styles on Romantic Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 971-980.
- Strelan, P. (2007). Who forgives others, themselves, and situations? The roles of narcissism, guilt, self-esteem, and agreeableness. *Personality and Individual Differences*, 42, 259–269.
- Swanson, B. i Mallinckrodt, B. (2001). Family environment, love withdrawal, childhood sexual abuse, adult attachment. *Psychotherapy Research*, 11(4), 455–472.
- Šitum, M., Kolić, M. i Buljan, M. (2016). Psihodermatologija. *Acta Medica Croatica*, 70(1), 35-38.
- Tangney, J. P. i Tracy, J. L. (2012). Self-conscious emotions. In M. Leary, & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (2nd Edition, pp. 446-478). New York: Guilford.
- Tangney, J. P. i Dearing, R. L. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press.

- Templeton, G. F. (2011). A Two-Step Approach for Transforming Continuous Variables to Normal: Implications and Recommendations for IS Research. *Communications of the Association for Information Systems*, 28 (4), 41-58.
- Terimourpour, N., Bidokhti, N. M. i Pourshahbaz, A. (2011). The relationship between attachment styles and sexual desire among Iranian women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 68-72.
- Troisi, A. i D'Argenio, A. (2004). The relationship between anger and depression in a clinical sample of young men: the role of insecure attachment. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 269-272.
- Vari, C., Velotti, P., Zavattini, G. C., Richetta, A. G. i Calvieri, S. (2013). Multimethod and Interpersonal Assessment in Medical Settings: A Case Study from the Dermatology Unit. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1(3), 1-16.
- Walinga, P., Corveleyn, J. i van Saane, J. (2006). Guilt and Religion: The influence of orthodox Protestant and orthodox Catholic conceptions of guilt on guilt experience. *Archive for the Psychology of Religion* , 27(1), 113-135.
- Walker, C. i Papadopoulos, L. (2005). *Psychodermatology: The Psychological Impact of Skin Disorders*. New York: Cambridge University Press.
- Wang, C. D. C., Scalise, D. A., Barajas-Munoz, I. A., Julio, K. i Gomez, A. (2016). Attachment, Acculturation, and Psychosomatic Complaints Among Hispanic American University Students. *Journal of College Counseling*, 19, 45-60.
- Weigle, N. i McBane, S. (2013). Psoriasis. *American family physician*, 87(9), 626-633.
- West, M. L. i Sheldon-Kellor, A. E. (1994). *Patterns of Relating: An Adult Attachment Perspective*. New York: Guilford Press.
- Wolman, B. B. (1988). *Psychosomatic disorders*. New York, London: Plenum Medical Book Company.
- Wyer, R. S., i Srull, T. K. (1994). *Handbook of social cognition, 2nd edition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Yazici Güleç M., Kilic, A., Gul, U. i Güleç, H. (2009). Alexithymia and Anger in Patients with Psoriasis. *Archives of Neuropsychiatry*, 46, 169-74.
- Young, M. (2005). The psychological and social burdens of psoriasis. *Dermatology Nursing*, 17(1), 15-9.
- Zahn-Waxler, C., Cole, P. i Barrett, K. (1991). Guilt and empathy: Sex differences and implications for the development of depression. In J. Garber & K. Dodge (Eds.), *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation* (Cambridge Studies in

Social and Emotional Development, pp. 243-272). Cambridge: Cambridge University Press.

Zahn-Waxler, C., Kochanska, G., Krupnick, J. i McKnew, D. (1990). Patterns of guilt in children of depressed and well mothers. *Developmental Psychology*, 26 (1), 51-59.