

Negativna afektivnost i tjelesni simptomi

Kristina Dankić

Grad Rijeka, Odjel gradske uprave za zdravstvo i socijalnu skrb

Zdravlje se smatra jednom od najvažnijih komponenata kvalitete života. Istraživanja pokazuju da je odnos između objektivnih indikatora zdravlja i psihološke dobrobiti prilično slab. Za razliku od toga, nalazi istraživanja redovito potvrđuju visoku povezanost između subjektivnih indikatora zdravlja i psihološke dobrobiti.

Naime, autori poput Watsona i Pennebaker (1989) zaključuju da subjektivni indikatori zdravlja, kojima pripadaju i tjelesni simptomi, imaju značajne implikacije za nečije svakodnevno funkcioniranje. Stoga bi zdravstvene tegobe koje se učestalo ponavljaju trebale profesionalne intervencije. To se posebice opravdanim čini kada se zna da čak 35% pacijenata izvještava o nestanku ili ublažavanju simptoma kao reakciju na placebo.

Većina se istraživanja usmjerena na ispitivanje uloge ličnosti u formiranju i izvještavanju o tjelesnim simptomima temelji na osobini zvanj negativna afektivnost. Treba istaknuti da se na različitim uzorcima, uz korištenje različitih mjera, korelacije između negativne afektivnosti/neuroticizma i tjelesnih simptoma kreću od .30 do .50. Neki istraživači čak sugeriraju da je povezanost između negativne afektivnosti/neuroticizma i tjelesnih tegoba tako jaka da bi tjelesne probleme trebalo promatrati prije kao dijelove nego kao korelate ove široke dimenzije (Watson i Pennebaker, 1989).

Stoga, iako su ozbiljne bolesti i prerano umiranje, bez sumnje, najveće javnozdravstvene brige i predstavljaju puno veće probleme nego subjektivni indikatori zdravlja, čini se da bi i ova dimenzija trebala biti važna svima onima koji se bave psihološkom i tjelesnom dobrobiti ljudi.

Ključne riječi: tjelesni simptomi, negativna afektivnost, neuroticizam

UVOD

Zdravlje se smatra jednom od najvažnijih komponenata kvalitete života (Argyle, 1987; prema Murberg i sur., 1997). Radi se o multidimenzionalnom konstrukt koji uključuje objektivne (npr. nalazi laboratorijskih testiranja i liječničkih pregleda) i subjektivne indikatore zdravlja (npr. percepcija vlastitog zdravlja, funkcionalni status).

Istraživanja pokazuju da je odnos između objektivnih indikatora zdravlja i psihološke dobrobiti prilično slab. Jedno se od mogućih

objašnjenja ove slabe povezanosti nalazi u činjenici da se većina ljudi brzo adaptira na situacije koje su prvotno smatrali katastrofalnim. Primjer koji potkrjepljuje navedeno, nalaz je longitudinalnog istraživanja koji pokazuje da se utjecaj ozbiljnih životnih uvjeta na psihološku dobrobit značajno smanjuje unutar dvije godine. Nasuprot ovim nalazima u svezi objektivnih pokazatelja zdravlja, istraživanja potvrđuju visoku povezanost subjektivnih indikatora zdravlja i psihološke dobrobiti (prema Murberg i sur., 1997).

Tjelesni simptomi predstavljaju vrlo važan subjektivni pokazatelj (indikator) zdravlja. Jedno od istraživanja koja to potvrđuju je ono Millsteina i Irwina (1987; prema Leventhal i sur., 2001) koji su upitali skupinu adolescenata kako definiraju bolest, odnosno zdravlje. Gotovo svi ispitanici, odnosno njih 94%, pri

Svu korespondenciju koja se odnosi na ovaj članak adresirati na Kristina Dankić, Grad Rijeka, Odjel gradske uprave za zdravstvo i socijalnu skrb, Korzo 16, 51000 Rijeka
e-mail: kristina.dankic@rijeka.hr

definiranju bolesti spomenulo je jedan ili više tjelesnih simptoma. Sličan se efekt pojavio i kada su im postavili pitanje kako bi definirali zdravlje. Odsutnost tjelesnih simptoma, u tom je slučaju, spomenulo 54% ispitanika.

Iskustvo doživljavanja tjelesnih simptoma vrlo je raširena pojava. Pennebaker (1982) navodi rezultate niza istraživanja, provedenih na različitim uzorcima američke populacije, koji upućuju da je velik postotak ispitanih svjestan svojih internalnih senzacija te da traži pomoć zbog istih. Kao primjer navodi istraživanje u kojem se od ispitanika tražilo da procijene pate li od simptoma poput glavobolje, lupanja srca, vrtoglavice, na što je 78% ispitanih odgovorilo da osjećaju barem jedan od navedenih simptoma. Također, isti su ispitanici naveli da ih određeni simptomi ometaju u izvođenju njihovih uobičajenih aktivnosti u prosjeku 9.7 dana na godinu. Nadalje, 23% odraslih Amerikanaca izjavilo je da barem jedanput tjedno uzima aspirin, dok ih 52% uzima aspirin povremeno, što je, također, indirektan pokazatelj svjesnosti simptoma. Usto, prosječan Amerikanac posjećuje liječnika 2.7 puta na godinu. Zanimljivo je spomenuti da liječnici procjenjuju da čak 51% pacijenata dolazi k njima zbog tegoba koje uopće nisu ozbiljne te 31% pacijenata dolazi zbog tegoba koje se mogu smatrati minimalno opasnim (Pennebaker, 1982).

Percepciji tjelesnih simptoma obično prethode periferne fiziološke promjene. Fiziološke promjene mogu nastati uslijed fluktuacija u normalnim tjelesnim procesima, uslijed akutnih ili kroničnih organskih bolesti, uslijed emocionalnih stanja ili mogu biti inducirane okolinskim uvjetima. Simptomi variraju s obzirom na vrstu, intenzitet i trajanje. Većina uobičajenih simptoma po svojoj je prirodi blaga i prolazna te nije objašnjiva putem uobičajenih medicinskih dijagnoza.

Prevalencija tjelesnih simptoma koji se ne mogu kategorički objasniti organskim bolestima kreće se u rasponu od 4% do 20% ovisno o populaciji koja se proučava. Nadalje, prevalencija tjelesnih simptoma ovisna je o dobi pojedinca, njegovom spolu i socioekonomskom statusu (prema Kolk i sur., 2002; 2003). Pennebaker (1982) navodi podatke Nacionalnog centra za zdravstvenu statistiku (NCHS) iz sedamdesetih godina prošlog stoljeća prema kojima starije osobe izvještavaju o većem broju simptoma nego mlađe osobe, više posjećuju liječnike, tjedno

uzimaju veću količinu aspirina i izvještavaju o većem broju dana ograničene aktivnosti uslijed neke bolesti.

Prevalencija također ovisi o metodi detekcije simptoma. Metoda detekcije varira ovisno o prirodi simptoma, vremenskom okviru i načinu prikupljanja odgovora (standardizirani intervju, upitnik, medicinski karton). Utvrđeno je da korištenje metode prikupljanja podataka iz medicinskih kartona može rezultirati umanjivanjem, podcjenjivanjem frekvencije simptoma, dok korištenje upitnika i intervjua, kao metoda prikupljanja podataka, dovodi do tendencije preuveličavanja frekvencije simptoma (Kroenke, 2001). Ove razlike u metodama mjerenja mogu također imati značajne posljedice na odnose između simptoma i faktora koji su relevantni za njihovo objašnjenje.

Osim što predstavljaju važne pokazatelje subjektivnog zdravlja, sve se češće naglašava učestalo korištenje različitih zdravstvenih usluga od strane pacijenata s medicinski neobjašnjivim simptomima što predstavlja veliko financijsko opterećenje zdravstvenom sustavu (prema Kolk i sur., 2002). Suvišno je, stoga, reći da bi se, u slučajevima kada se kod pacijenata učestalo javljaju tjelesni simptomi bez nekog jasnog vanjskog razloga ili biološke osnove liječnici trebali obratiti pažnju na druge karakteristike koje mogu imati utjecaj na njihovu pojavu, poput, primjerice, ličnosti pacijenta.

Unatoč evidentno visokoj prevalenciji izvještavanja o simptomima i brojnim aspektima na koje percepcija internalnih stanja djeluje, izostanak ili mali broj radova u vezi s faktorima koji utječu na njihovu percepciju začudan je.

Većina istraživanja koja su se bavila percepcijom internalnih stanja dolazi iz jednog od triju opća pristupa: medicinskog, pristupa biološke povratne sprege ili kognitivno-socijalnog pristupa (Pennebaker, 1982).

Medicinski pristup, koji uključuje i *psihodinamski pristup*, promatra simptome kao reprezentacije *dubljih* problema, bilo tjelesnih, bilo emocionalnih. Iako spomenuti pristupi dijele zajedničku definiciju simptoma, evidentne su određene razlike među njima.

Naime, unutar tradicionalne se medicine smatra da su tjelesni simptomi svojevrsni pokazatelji fizioloških procesa. Informacije dobivene od pacijenta, zdravstvenim radnicima služe kao

važan znak koji ukazuje na moguće prave probleme. Obično je, ali ne i uvijek, primarni cilj izliječiti problem, koji će potom dovesti do smanjivanja ili nestanka simptoma. Iako tjelesni simptomi nisu proučavani kao zaseban fenomen, brojne pretpostavke koje se odnose na simptome, prisutne su i u medicinskoj literaturi i praksi. Primjerice, uvriježena je činjenica da jedan te isti simptom može biti posljedica više uzroka. Također, zna se da pacijenti značajno variraju u načinima iskazivanja simptoma iste osnovne bolesti. Međutim, unatoč tim razlikama među pacijentima, većina bolesti izaziva relativno sličnu konstelaciju simptoma.

Unutar psihodinamskog se pristupa već dugo zna da prisutnost tjelesnih simptoma može ukazivati na psihološke probleme koji se nalaze u njihovoj osnovi. Iako psihoterapeuti dijele mišljenje sa zagovornicima medicinskog pristupa o simptomima kao pokazateljima dubljih problema, postoje i određene razlike u njihovim gledištima. Prema psihodinamskom pristupu, isti tjelesni simptom može odražavati potpuno različito emocionalno stanje. Nadalje, jednako emocionalno stanje može dovesti do potpuno različitih simptoma kod različitih ljudi.

Iz *perspektive biološke povratne sprege* simptomi se promatraju kao signali koji pacijentu mogu koristiti u svladavanju kontrole različitih autonomnih funkcija. Osnovna je pretpostavka ovog pristupa da ukoliko pojedinac može točno procijeniti kada je gladan, tjeskoban ili emocionalno zbunjen, tada može poduzeti prikladna korektivna ponašanja. Unutar ovog se pristupa provedena određena istraživanja, međutim, čini se da ona više služe kao zanimljiva ekstenzija istraživanja visceralne percepcije.

Iz *kognitivno-socijalne perspektive* simptomi se istražuju kao dijelovi širih konstrukata uzbuđenja ili kao produkti procesa percepcije. Unutar ovog se pristupa razlikuju dva dominantna pravca: kognitivno označavanje/atribucijski pristup i teorija obrade informacija. Prema prvo spomenutom pravcu, validacija ili interpretacija nejasnih, zbunjujućih informacija odvija se putem komparacije s drugima koji su nam slični. Ova postavka proizlazi iz teorije socijalne komparacije (Festinger, 1954; prema Pennebaker, 1982). Schachter i Singer (1962; prema Pennebaker, 1982) predlažu teoriju kognitivnog označavanja emocija čija je centralna ideja da pojedinac u stanju fiziološkog uzbuđenja koje ne zna

objasniti traži naziv, oznaku tog stanja u kognitivnim terminima koji su mu na raspolaganju sve dok je ne nađe. Kasnije su principi ovog pristupa uklopljeni u širi okvir, odnosno teoriju koja se naziva atribucijska teorija, koja postulira traženje uzročnog objašnjenja za vlastita i tuđa ponašanja (prema Pennebaker, 1982). Prema ovoj teoriji, osoba percipira uzbuđenje, koje onda kauzalno atribuiraju određenim objektima, događajima ili osobama.

Možda najobuhvatnije objašnjenje percepcije tjelesnih simptoma pruža pristup obrade informacija koji se razvio iz kognitivne psihologije i psihologije percepcije te kompjutorskih znanosti. Najrelevantniji je model percepcije simptoma unutar ove tradicije predložio, odnosno razvio Leventhal (prema Pennebaker, 1982). Njegov je model jedinstven jer pretpostavlja paralelan proces informacijskog i emocionalnog aspekta senzornog doživljavanja. Naime, za vrijeme obrade informacijskih obilježja stimulacije receptora može se odvijati i obrada emocionalnih aspekata podražaja.

LIČNOST I TJELESNI SIMPTOMI

Uloga ličnosti u procesu zdravlja prepoznata je još u različitim predznanstvenim koncepcijama. U novije vrijeme nekoliko karakteristika ličnosti ima posebno važnu ulogu u istraživanjima odnosa između ličnosti i različitih zdravstvenih ishoda. To su prije svega čvrstoća ličnosti, ponašanje Tipa A, hostilnost, optimizam/pesimizam i neuroticizam. Utjecaj ličnosti na zdravstvene ishode može biti izravan, kao u vezi između ponašanja Tipa A i krvožilnih i srčanih bolesti, ali i neizravan, putem ponašanja koja promoviraju zdravlje ili kroz efekte na zdravstvene tegobe i izvještavanje simptoma (Coleman, 1997; prema Jerram i Coleman, 1999).

Afektivne crte ličnosti, poput hostilnosti, neuroticizma, optimizma, stabilne su predispozicije prema određenim tipovima emocionalnog reagiranja. Nekoliko teoretičara, koji zastupaju različite teorijske orijentacije, sugerira da afektivne crte određuju prag za pojavu određenih emocionalnih stanja (prema Rosenberg, 1998). Rosenberg (1998) navodi da afektivne crte ličnosti imaju organizacijski utjecaj na afektivna stanja i ta je uloga ono što ih svrstava u sam vrh afektivne hijerarhije.

Afektivna se stanja najopćenitije dijele na raspoloženja i emocije. Raspoloženja su afektivna stanja koja pokrivaju središnje područje između afektivnih crta ličnosti i emocija te dijele neke zajedničke karakteristike s druge dvije razine afekta. Poput emocija, raspoloženja su prolazna stanja, rastu i opadaju, variraju kroz dane, kao i tijekom samog dana, ali traju duže od većine emocija (prema Rosenberg, 1998). Kao i afektivne crte, raspoloženja stvaraju svojevrsan prag za pojavljivanje emocija. Međutim, raspoloženja stvaraju privremene devijacije u pragovima izazivanja emocija, dok afektivne crte imaju karakteristiku dugotrajnosti. Emocije su akutne, intenzivne i obično kratke psihofiziološke promjene koje rezultiraju iz odgovora na neku značajnu situaciju. One tipično zahtijevaju nečiju pažnju, primoravajući osobu da postavi prioritete i efikasno se ulovi u koštac s bitnim životnim situacijama (prema Rosenberg, 1998). S obzirom na trajanje, afektivne su crte ličnosti najtrajnije među različitim razinama afekta. Prije nego li može verbalno izraziti emocije, dojenčad pokazuje individualne razlike u emocionalnom izražavanju koje ostaju stabilne tijekom vremena. Uzorci su se negativnih emocija pokazali stabilnima i kod dvogodišnjaka, male djece te kod 6 i 7-godišnjaka na uzorcima američke i kineske djece (prema Izard, 2002). U kasnoj adolescenciji i odrasloj dobi, određeni uzorci emocionalnog doživljavanja, također, korespondiraju s određenim crtama ličnosti. Stabilnost u doživljavanju određenih emocionalnih stanja kroz slične situacije čini se razumnim, logičnim načinom definiranja afektivnih crta ličnosti (npr. Epstein, 1979; prema Rosenberg, 1998).

Dakle, afektivne crte ličnosti ostaju prilično stabilne tijekom životnog vijeka, izuzevši promjene ličnosti koje se mogu dogoditi kao rezultat povrede mozga, dugotrajnog liječenja psihogenim lijekovima ili uslijed intenzivnije psihoterapije (Buss i Plomin, 1975; Costa i McCrae, 1997; Kagan, 1991; sve prema Rosenberg, 1998). Kao takve, njihov je utjecaj dugotrajan. Stoga, iako se pojedinci mogu donekle naučiti kako se nositi ili kako regulirati afektivne crte, po svoj je prilici njihov utjecaj doživotan.

Raspoloženja mogu trajati satima ili danima, ali ipak nisu toliko trajna poput afektivnih crta ličnosti. Mnogi se teoretičari slažu u tome da

raspoloženja traju duže od emocija, ali se ne slažu po pitanju trajanja pojedinih raspoloženja. Dok su emocije kratki, fazični događaji, raspoloženja su naglašena valovita gibanja (prema Rosenberg, 1998).

Iz literature koja se bavi osobnošću i emocijama pouzdano znamo da su raspoloženja i afektivne crte visoko povezani, iako predstavljaju ponešto različite aspekte. Međutim, premda crte ličnosti odražavaju osnovnu sklonost prema doživljavanju određenih raspoloženja, kao i njihove čestine i intenziteta doživljavanja, nije nužno da ih uvijek i produciraju (npr. osoba s visokim neuroticizmom može biti u dobrom raspoloženju, barem ponekad) (prema Rusting, 1998).

Kao što je poznato iz literature iz područja psihologije emocija, istraživanja su identificirala dvije šire i dominantnije afektivne dimenzije, koje se uobičajeno odnose na pozitivan afekt i negativan afekt. I negativna i pozitivna afektivnost mogu biti mjerene, kao što je iz prethodnog vidljivo, kao crte (konzistentna i trajna razlika u općem afektivnom nivou), ali i kao stanja (kratkotrajne fluktuacije raspoloženja) (prema Gijbers van Wijk, Huisman i Kolk, 1999).

Watson i Pennebaker (1989) navode sličnosti između crta pozitivne i negativne afektivnosti i crta ličnosti ekstraverzije i neuroticizma te da se termini ekstraverzija/pozitivna afektivnost i neuroticizam/negativna afektivnost često koriste kao sinonimi, što je i u ovom radu preuzeto.

Crte pozitivne i negativne afektivnosti obično se definiraju kao stabilne individualne razlike u tendenciji doživljavanja pozitivnog i negativnog raspoloženja. U nekoliko se istraživanja pokazalo da su nečija pozitivna i negativna raspoloženja prilično konzistentna tijekom vremena i kroz različite situacije (prema Rusting, 1998). Stoga se čini da bi negativna i pozitivna afektivnost mogle predstavljati indikatore stabilnih sklonosti ka doživljavanju pozitivnih i negativnih raspoloženja.

Ekstraverzija je tipično pozitivno povezana s pozitivnim afektom, a neuroticizam i psihoticizam s negativnim (prema Berenbaum i Williams, 1995). Brojna su korelacijska istraživanja potvrdila odnos između ekstraverzije i pozitivnog afekta te neuroticizma i negativnog afekta (prema Rusting, 1998).

Prema Eysenckovom modelu, introverte karakterizira izrazita uzbuđenost CNS-a, te tako njihovo ponašanje odražava pokušaje smanjenja

stimulacije s ciljem regulacije urođenog visokog uzbuđenja. Ekstraverti su potpuno suprotni. Oni posjeduju nisku razinu uzbuđenosti, podražljivosti CNS-a, stoga je njihovo ponašanje u funkciji povećanja stimulacije. Prema Eysencku (1990; prema Rosenberg, 1998) ekstraverti dosljedno pokazuju manju uzbuđenost CNS-a na stimulaciju nego introverti.

McCrae i Costa (1991; prema Berenbaum i Williams, 1995) navode da ličnost može biti povezana s emocijama i zbog temperamenta, kao i zbog instrumentalnih razloga. Povezanost koja se bazira na temperamentu temelji se na individualnim razlikama u ličnosti koje utječu na vjerojatnost reagiranja na različite načine u sličnim situacijama. Primjerice, neurološke osnove ekstraverzije mogu biti povezane s osjetljivošću na znakove nagrade što rezultira time da ekstraverti vjerojatnije nego introverti doživljavaju pozitivne emocije. Povezanost koja se zasniva na instrumentalnim razlozima temelji se na tome da individualne razlike u ličnosti vode pojedince ka doživljajima koji se razlikuju u vjerojatnosti poticanja različitih vrsta emocionalnih reakcija. Primjerice, ekstraverzija može biti povezana s uključivanjem u aktivnosti koje imaju veću vjerojatnost da će dovesti do nagrade, što čini ekstraverte sklonijima doživljavanju pozitivnih emocija u odnosu na introverte.

Rusting (1998) navodi da dimenzije pozitivne afektivnosti i ekstraverzije te negativne afektivnosti i neuroticizma mogu reprezentirati slične pozadinske tendencije s obzirom na doživljavanje pozitivnog i negativnog raspoloženja; nadalje, mogu uključivati sličnu osjetljivost na pozitivne i negativne znakove u kognitivnoj domeni.

Zaključno, postoje pouzdani podaci o stabilnim individualnim razlikama u sklonosti ka doživljavanju određenih emocionalnih stanja. Mnoge stabilne karakteristike ličnosti povezane su s frekvencijom i/ili s intenzitetom kratkotrajnih stanja raspoloženja određene valencije. Takve su veze utvrđene između općenitijih, širih dimenzija, poput ekstraverzije i neuroticizma, kao i kod specifičnijih crta, poput hostilnosti, anksioznosti i sl.

Neuroticizam/negativna afektivnost i tjelesni simptomi

U posljednje su vrijeme kognitivni psiholozi identificirali brojne faktore koji utječu na percepciju simptoma. Neki se od njih odnose na stabilne karakteristike ili crte ličnosti, a drugi na dinamičnije odrednice, koje imaju tendenciju fluktuacije iz dana u dan, poput negativnih i pozitivnih raspoloženja (prema Gijsbers van Wijk, Huisman i Kolk, 1999).

Većina se istraživanja usmjerena na ispitivanje uloge ličnosti u formiranju i izvještavanju o tjelesnim simptomima temelji upravo na osobini zvanj negativna afektivnost (Watson i Clark, 1984; prema Pennebaker, 2000). Negativna afektivnost ili tendencija doživljavanja i izvještavanja negativnih emocionalnih stanja pokriva širok raspon averzivnih emocionalnih stanja i, kao što je već rečeno, tretira se kao sinonim za neuroticizam (Kolk i sur., 2003).

Različite teorije na različite načine definiraju konstrukt neuroticizma i sugeriraju različite mehanizme koji se nalaze u njegovoj osnovi (prema Gustavsson i sur., 2003). Unatoč ovim varijacijama u konceptualizaciji i definiranju, općenito se neuroticizam smatra *individualnom razlikom u tendenciji doživljavanja distresa te kognitivnom i bihevioralnom stilu koji prati ovu tendenciju* (McCrae i John, 1992; prema Smith i Gallo, 2001).

Neki podaci sugeriraju da neuroticizam ili negativna afektivnost objašnjava diskrepanciju između objektivnih indikatora bolesti i iskazanih simptoma. Jedan od takvih primjera nađen je kod pacijenata podvrgnutih prilično invazivnom dijagnostičkom pregledu zvanom koronarna angiografija, koji je namijenjen osobama kod kojih postoji osnovana sumnja u prisutnost srčano arterijskih bolesti. Zanimljivo je da se dio pacijenata, kod kojih je prilikom pregleda nađeno da imaju potpuno normalne arterije, i dalje nastavlja žaliti na bol u grudima nalik angini pectoris te da upravo ti pacijenti pokazuju viši stupanj neuroticizma ili negativne afektivnosti (N/NA) nego pacijenti kojima je stvarno dijagnosticirana spomenuta bolest (prema Smith i Gallo, 2001).

Zapravo, neuroticizam je konzistentno povezan s procjenom ili izvješćem simptoma i somatskih tegoba koje se ne mogu pripisati organskim uzrocima (Watson i Pennebaker, 1989). Nadalje, Vassend (1989) navodi da postoji jača povezanost između negativne afektivnosti i

subjektivnih tjelesnih simptoma nego između te dimenzije i zdravstvenih ponašanja, životnog stila ili općeg tjelesnog stanja.

Stegen i sur. (1998) navode da osobe s višom negativnom afektivnosti izvještavaju o više psihosomatskih tegoba u odnosu na pojedince s niskom negativnom afektivnosti, i ta je razlika utvrđena u svim skupinama simptoma, od generalnog uzbuđenja i neklasificiranih simptoma sve do vrlo specifičnih simptoma, poput, primjerice, respiratornih.

Nadalje, treba istaknuti da je negativna afektivnost povezana s izvještajem o većem broju tjelesnih simptoma nezavisno od demografskih karakteristika (prema Kolk i sur., 2003). U istraživanju provedenom na uzorku osoba starije životne dobi pokazalo se da osobe s višim rezultatom na negativnoj afektivnosti izvještavaju o više zdravstvenih tegoba nego oni s niskom negativnom afektivnosti (npr. Diefenbach, Leventhal, Leventhal i Patrick-Miller, 1996; prema Kahn i sur., 2003), unatoč tome što većina istraživanja ne uspijeva potvrditi odnos između negativne afektivnosti i objektivnih mjera zdravlja (Costa i McCrae, 1987; prema Kahn i sur., 2003).

Postoje određeni dokazi da su neurotične osobe sklonije netočnom interpretiranju somatskih simptoma kao ozbiljnih znakova tjelesne patologije. Čini se da su pojedinci s visokim rezultatom na neuroticizmu više senzitivni na averzivne tjelesne simptome nego stabilni pojedinci (Costa i McCrae, 1980, 1985; sve prema Murberg i sur., 1997). Usto, čini se da su osobe s visokom negativnom afektivnošću sklonije pretjerano izvještavati ili preuveličavati negativne zdravstvene simptome u odnosu na druge osobe (Watson i Pennebaker, 1989).

Konačno, treba istaknuti da se na različitim uzorcima, uz korištenje različitih mjera, korelacije između neuroticizma/negativne afektivnosti i tjelesnih simptoma kreću od .30 do .50. Neki istraživači čak sugeriraju da je povezanost između neuroticizma/negativne afektivnosti i tjelesnih tegoba tako jaka da bi tjelesne probleme trebalo promatrati prije kao dijelove nego kao korelate ove široke dimenzije (Watson i Pennebaker, 1989).

Iako je povezanost između neuroticizma, odnosno negativne afektivnosti kao crte ličnosti i tjelesnih simptoma potvrđena u brojnim istraživanjima, proces koji se nalazi u osnovi te povezanosti još uvijek nije u potpunosti jasan.

Danas dominiraju tri osnovna objašnjenja ove povezanosti (vidi Costa i McCrae, 1985; prema Watson i Pennebaker, 1989).

Prvo je objašnjenje varijanta klasične *psihosomatske hipoteze*, prema kojoj izražena osobina negativne afektivnosti, zajedno s odgovarajućom razinom tjeskobe, napetosti, ljutnje i depresije, uzrokuje zdravstvene probleme. Tako su tjeskoba, depresija, ljutnja, neprijateljstvo i druge negativne emocije dovodene u vezu sa širokom lepezom manjih (npr. glavobolja, mučnina, akne) i većih (npr. bolesti srca, artritis, astma, dijabetes) zdravstvenih problema (prema Watson i Pennebaker, 1989).

Ipak, Watson i Pennebaker (1989), na temelju velikog broja rezultata, navode kako postoji vrlo malo dokaza koji bi potvrdili ovaj model. Naime, rezultati ne ukazuju na povezanost negativne afektivnosti s općom tjelesnom kondicijom i životnim stilom, čestinom pojave bolesti, posjetima liječniku zbog bolesti, izostancima s posla uslijed bolesti, objektivnim znakovima rizika i mortalitetom.

Drugi pristup, koji se naziva *hipoteza nesposobnosti*, polazi od toga da zdravstveni problemi uzrokuju distres i nezadovoljstvo. Prema tom modelu, nagomilani zdravstveni problemi dovode do opće promjene ličnosti. Lako je razumljivo zašto bi zdravstveni problemi mogli povećati osjećaj distresa i nezadovoljstva. Ako je ovo shvaćanje ispravno, onda je izražena negativna afektivnost samo još jedna negativna posljedica bolesti, kao i niz drugih štetnih posljedica, uključujući kroničnu bol, fizičku nesposobnost i slabljenje društvenih i/ili radnih funkcija (popraćeno gubitkom samopouzdanja i socijalne podrške). Watson i Pennebaker (1989), i u slučaju ovog pristupa, navode kako nalaze vrlo malo dokaza o tome da zdravstveni problemi dovode do razvoja izraženije negativne afektivnosti, bez obzira jesu li istraživanja provedena na uzorcima zdravih odraslih pojedinaca, studenata ili, pak, bolesnih osoba.

Oba prethodno spomenuta pristupa pretpostavljaju postojanje stvarnih zdravstvenih problema koji su u vezi s visokim neuroticizmom/negativnom afektivnosti te pokušavaju objasniti zašto osobe s izraženom imaju više zdravstvenih problema od onih s manje izraženim neuroticizmom/negativnom afektivnosti.

Za razliku od njih, sljedeće objašnjenje ne pretpostavlja nužno postojanje tjelesnih razlika između osoba s izraženom i onih s manje izraženom negativnom afektivnosti. U nedostatku boljeg naziva, autori ga nazivaju *hipoteza percepcije simptoma*. Prema ovom objašnjenju, pojedinci se razlikuju po tome kako percipiraju, odgovaraju i/ili se žale na tipične tjelesne senzacije. U svom ekstremnijem obliku, ovaj način gledanja pretpostavlja da povezanost negativne afektivnosti i zdravlja, jednostavno, odražava činjenicu da su osobe s izraženom negativnom afektivnosti sklonije obraćanju pažnje i/ili žaljenju na internalne tjelesne senzacije.

Ova je hipoteza potkrijepljena nalazima brojnih istraživanja. Slijedi detaljan prikaz potonjeg od predloženih mehanizama na koji je negativna afektivnost povezana s procjenama simptoma, stoga što se u sadašnjem trenutku čini najplauzibilnijim objašnjenjem.

Kako bi se objasnila uloga bioloških, psiholoških ili socijalnih faktora u somatskom distresu, predloženo je nekoliko integrativnih pristupa percepcije simptoma u kojima regulacija pažnje i interpretacija predstavljaju centralne koncepte (prema Kolk i sur., 2002). Kao što je već rečeno, percepciji tjelesnih simptoma obično prethode periferne fiziološke promjene. Znajući za limitiran kapacitet pažnje, samo dio dostupnih informacija iz tijela može biti svjesno procesiran. U kojem će se stupnju tjelesne informacije obrađivati ovisi o regulaciji pažnje. Unutarnji i vanjski podražaji se, dakle, nadmeću za pažnju. Pretpostavlja se da premalo informacija, ili, pak, prezasićenost informacijama iz okoline, negativna afektivnost i tendencija ka selektivnom praćenju tjelesnih znakova, pojačavaju procesiranje somatskih informacija i nadalje detekciju somatskih senzacija. Hoće li se doživjeti somatski simptomi ovisi o tome hoće li se somatskim senzacijama pridati atributi povezani s određenim bolestima.

Utvrđeno je da prikraćenost (socijalna izolacija, nezaposlenost, nezahtjevan posao ili nizak status posla) s jedne strane i prezasićenost (prezahtjevan posao ili obitelj i kućanske odgovornosti, kao i konflikti višestrukih uloga) s druge strane, rezultiraju negativnim zdravstvenim ishodima (prema Kolk i sur., 2002). Pennebaker i Lightner (1980; prema Watson i Pennebaker, 1989), na primjer, otkrili su da osobe trče brže i manje osjećaju umor

kada to rade u nekom zanimljivom okruženju. Druga su istraživanja pokazala da ispitanici više kašlju, emocije su im snažnije i više osjećaju umor (prema Watson i Pennebaker, 1989) kada u njihovoj okolini nedostaje podražaja. Fillingim i Fine (1986; prema Watson i Pennebaker, 1989) su otkrili da osobe koje se bave trčanjem osjećaju više fizičkih problema kao što su grčevi i nedostatak zraka kada su se fokusirali prema unutra (na srce i disanje). U konačnici, manipulacije uz pomoć zrcala, kojima se navodi pojedince na povećanu usredotočenost na sebe, su također dovele do povećanja broja doživljenih fizičkih simptoma (prema Watson i Pennebaker, 1998).

Pennebaker (1982), nadalje, nalazi da rezultati na ljestvici Privatna svijest o sebi (Feningstein, Scheier i Buss, 1975), koja mjeri stupanj u kojem su pojedinci svjesni svojih misli i raspoloženja, značajno koreliraju s rezultatima na Pennebakerovom inventaru limbičke malaksalosti - PILL (Pennebaker, 1982) ljestvici za mjerenje čestine doživljavanja različitih uobičajenih grupa tjelesnih simptoma i senzacija poput ubrzanog rada srca, vrtoglavice ili začepljenog nosa. Uzevši u obzir sklonost ka introspektivnosti kod osoba s izraženim neuroticizmom, čini se vrlo vjerojatnim da će ti ispitanici biti skloniji nego drugi primjećivanju i brizi za uobičajene tjelesne podražaje i manje nelagode. Stoga, stil primjećivanja i pridavanja pažnje koji te pojedince čini introspektivnima, uplašenima, negativnima i opreznima može biti uvelike odgovoran za njihove povećane somatske tegobe.

Višekratno je potvrđeno da je negativna afektivnost povezana s tjelesnim senzacijama i simptomima, neovisno o demografskim karakteristikama i zdravstvenom ponašanju (prema Kolk i sur., 2002), vjerojatno preko selektivne pažnje usmjerene ka tijelu (Williams i Wiebe, 2000). Individualne razlike u selektivnoj pažnji usmjerenoj ka tijelu i eksperimentalno inducirana selektivna pažnja također su povezane s većim iskazivanjem simptoma (prema Kolk i sur., 2002).

Nadalje, osobe s izraženom negativnom afektivnošću sklonije su razmišljanju nego osobe s niskom negativnom afektivnošću (prema Watson i Pennebaker, 1989). To upućuje da takve osobe imaju više fizičkih problema jednostavno zato što su više okrenute sebi. Smatra se da su osobe s visokim neuroticizmom sklonije usmjerenosti na same

sebe a time sklonije detektiranju promjena u tjelesnom statusu, nego osobe s niskim skorom na ovoj dimenziji, koje, nadalje, doživljavaju na negativan način zbog svoje generalne sklonosti ka tjeskobi (prema Stegen i sur., 1998).

Nadalje, Gray (1981, 1982, 1985; prema Watson i Pennebaker, 1989) pretpostavlja postojanje inhibicijskog sustava ponašanja. Prema Grayu, inhibicijski sustav ponašanja uglavnom djeluje tako što uspoređuje stvarne s očekivanim podražajima. Ako dođe do poklapanja (što znači da se dogodi očekivani obrazac), taj sustav ne radi ništa. No, ako se dogodi nešto neočekivano, sustav preuzima izravnu kontrolu nad ponašanjem. Gray, nadalje, smatra da osobe s izraženom osobinom tjeskobe (tj. osobinom negativne afektivnosti) imaju preaktivan inhibicijski sustav ponašanja koji je sklon identificirati sve podražaje kao važne, dakle, kao one koji zahtijevaju stalnu provjeru. Stoga će, prema Grayu, osobe s izraženom negativnom afektivnošću biti pretjerano oprezne, neprestano promatrati svoju okolinu u potrazi za znakovima opasnosti. Pretjerana opreznost kod ovih osoba može na dva načina pomoći pri tumačenju njihovih povećanih somatskih tegoba. Prvo, takve će osobe zasigurno češće primjećivati i brinuti se za uobičajene manje tjelesne probleme i tegobe. Drugo, s obzirom da je njihovo promatranje ispunjeno tjeskobom i nesigurnošću, oni normalne simptome mogu interpretirati kao bolne ili patološke (prema Watson i Pennebaker, 1989). I doista, kao što su pokazali Robbins i Kirmayer (1991; prema Kolk i sur., 2002), pacijenti s medicinski neobjašnjivim simptomima imaju tendenciju uobičajenim somatskim senzacijama pridavati attribute koji su povezani s bolestima.

U novije vrijeme, Duberstein i suradnici (2003) navode da je neuroticizam povezan s tendencijom percipiranja, interpretiranja i dešifriranja internalnih somatskih doživljaja kroz kognitivnu shemu koja može voditi pojedince da izvještavaju i da se dosjećaju negativnih događaja i iskustava iz prošlosti u vezi s zdravljem. Ova je kognitivistička interpretacija vjerojatna, ali čini se važnim proučiti je li odnos neuroticizma i percipiranoga zdravstvenog stanja posredovan afektivnim (dispozicijska tuga ili tjeskoba), socijalnim (npr. smanjena socijalna podrška), ponašajnim (npr. po zdravlje štetnim ponašanjima) ili psihofiziološkim mehanizmima. Stoga se

daljnja istraživanja medijatora čine osobito važnima.

Pennebaker (2000) predlaže da bilo koje istraživanje koje koristi mjere samoprocjene tjelesnih simptoma kao ishodne varijable treba imati u vidu dimenziju neuroticizam / negativna afektivnost. Prije svega, zbog toga što će osobe s visokim neuroticizmom/negativnom afektivnosti pouzdano biti sklonije izvještavanju o simptomima. Odnosno, sasvim je sigurno da pretjerano izraženo iskazivanje simptoma nije samo pod utjecajem prolaznih situacijskih stresora, već i da odražava stabilnu dimenziju ličnosti. Naime, čini se da izostanak istodobnog mjerenja efekta dimenzije neuroticizam / negativna afektivnost može dovesti do pogrešnog pogleda na značenje i značajnost iskazanih simptoma. Osim toga, istraživači i kliničari bi trebali imati u vidu ulogu negativne afektivnosti kao popratnoga ometajućeg faktora kada se pokušavaju vrednovati i tretirati izvješteni simptomi.

I, na kraju dijela o neuroticizmu i tjelesnim simptomima slijedi kratak portret, kojim Watson i Pennebaker (1998) na vrlo sažet, precizan i pomalo duhovit način, opisuju pojedinca s izraženom negativnom afektivnošću. Ovakav se pojedinac žalio na tegobe u vezi s anginom pectoris, ali ne pokazuje znakove većeg rizika ili patologije srca; žalio se na glavobolju, pa, ipak, ne izvještava o čestom korištenju aspirina. On izvještava o svim vrstama tjelesnih problema, ali nije posebno sklon posjetima liječniku ili izostancima iz škole, odnosno s posla. Općenito, on se stalno žalio na svoje zdravlje, ali ne pokazuje ozbiljnije znakove lošijeg zdravlja.

NEGATIVNO RASPOLOŽENJE I TJELESNI SIMPTOMI

Utječe li naše raspoloženje na prepoznavanje i interpretaciju tjelesnih simptoma? Jesmo li pod utjecajem negativnih raspoloženja skloniji interpretiranju uobičajenih fizioloških reakcija kao indikatora našeg zdravstvenog stanja?

Da bi odgovorili na ova pitanja, u laboratorijima se sustavno manipuliralo emocionalnim stanjima pri čemu su se ispitivali efekti raspoloženja na nečije izvještavanje o tjelesnim simptomima. Različita istraživanja pokazuju da pojedinci kod kojih je inducirano tužno raspoloženje izvještavaju o više tjelesnih simptoma nego oni kod kojih je inducirano

sretno raspoloženje, što je potvrđeno i na uzorku zdravih, kao i bolesnih ispitanika. Nadalje, oni kod kojih je inducirano tužno raspoloženje, iskazuju i veću neugodu u svezi tih simptoma (Salovey i Birnbaum, 1989).

Istraživanja koja su ispitivala vode li varijacije raspoloženja, koje se pojavljuju u prirodnim uvjetima do izvještavanja o simptomima, donose nešto složeniji set rezultata. Neki su istraživači pronašli da kronična tendencija ka doživljavanju određenih emocionalnih stanja, ali ne i situacijske varijacije, predviđa izvještavanje o simptomima nezavisno o ozbiljnosti bolesti (npr. Watson, 2000).

Međutim, drugi nalaze da je mjera stanja negativne afektivnosti bolji prediktor izvještavanja o simptomima nego dimenzija/crta afektivnosti. Naime, Leventhal i suradnici (1996; prema Pettit i sur., 2001) su ispitivali uloge stanja negativne afektivnosti i crte negativne afektivnosti na tjelesne tegobe i pri tome utvrdili da stanje negativne afektivnosti predviđa tjelesne tegobe nakon šestomjesečnog razdoblja. Crta negativne afektivnosti također predviđa buduće somatske tegobe, ali je efekt te crte manje snažan nego efekt stanja negativne afektivnosti. Autori zaključuju da je emocionalno stanje superiorno u odnosu na crtu negativne afektivnosti u predikciji izvještavanja o zdravstvenim simptomima.

Također, istraživanja ukazuju da je negativni afekt superiorniji u odnosu na pozitivan afekt u predviđanju zdravstvenih simptoma (prema Pettit i sur., 2001).

Neki istraživači, čak, nalaze da je izvještavanje o simptomima neovisno o ranijim izvještavanjima o negativnom afektu (Diefenbach, Leventhal, Leventhal i Patrick-Miller, 1996). Značajne razlike u metodologiji i mjerama koje su korištene u navedenim istraživanjima čine teškom bilo kakvu interpretaciju tih rezultata. Međutim, konzistentan učinak inducirano raspoloženja na izvještavanje o simptomima sugerira da postoje uvjeti pod kojima raspoloženje može sustavno mijenjati izvještavanje o simptomima.

Dokazi o tome da tužno raspoloženje povećava fokusiranje pažnje na sebe dobiveni su i u korelacijskim (npr. Salovey i Rodin, 1985) i eksperimentalnim istraživanjima (npr. Wood, Saltzberg i Goldsamt, 1990). Stoga što fokusiranje pažnje na tijelo povećava percepciju simptoma i senzacija (Pennebaker, 1982; Pennebaker i Lightner, 1980), osobe mogu

postati visoko osjetljive na zavisan odnos između negativnih emocionalnih događaja i tjelesnih simptoma, i nadalje razviti implicitne teorije koje integriraju ove psihološke događaje. U skladu s Leventhalovim modelom bolesti specifičan sadržaj teorija koje pojedinci razvijaju određuju hoće li se tjelesni simptomi pripisati stresnim životnim događajima ili ne (Leventhal, 1975; prema Pennebaker, 1982).

Znajući da je neuroticizam, po definiciji, povezan s češćim i intenzivnijim doživljavanjem negativnih emocionalnih stanja, sugerirano je da stanje negativnog afekta može biti medijator između neuroticizma i tjelesnih simptoma. Postoje vrlo značajni dokazi o povezanosti negativnih emocionalnih stanja s negativnijim procjenama zdravlja (prema Williams i Wiebe, 2000). Jedan od mehanizama putem kojeg stanje negativne afektivnosti može utjecati na retrospektivni opis simptoma je preko dosjećanja kongruentnog s raspoloženjem (Larsen, 1992; prema Williams i Wiebe, 2000). Specifičnije, stanje negativnog raspoloženja može potpomagati pojačano dosjećanje negativnih događaja (Blaney, 1986; prema Williams i Wiebe, 2000), koje najvjerojatnije uključuje tjelesne bolesti koje su se u prošlosti dogodile. Još se neki autori (prema Johnson, 2003) zalažu za objašnjenje koje se odnosi na dosjećanje u skladu s raspoloženjem, koje djeluje u smislu poticanja ili povećanja retrospektivnih iskaza u svezi simptoma kod pojedinaca s visokim neuroticizmom. U skladu s time, smatra se da se takvi pojedinci dosjećaju simptoma gorima no što su to zapravo bili i zato izvještavaju o češćim i ozbiljnijim simptomima nego oni s niskim rezultatom na neuroticizmu.

Iz teorijske je perspektive zanimljivo postaviti pitanje u vezi s kauzalnom vezom između simptoma i emocija. Neki teoretičari vjeruju da emocijama prethode osjeti uzbuđenja kojima se zapravo pridaju oznake ili nazivi emocija, dok drugi vjeruju da percipirane emocije prethode fiziološkoj aktivnosti i/ili senzacijama. Drugi istraživači navode da se emocije i simptomi i/ili fiziološke promjene pojavljuju istodobno i da su identične ili da su relativno nezavisne u kauzalnom smislu (prema Pennebaker, 1982).

ZAKLJUČAK

Impresivna je literatura u vezi s odnosom između neuroticizma i tjelesnih simptoma. Postoji mnogo plauzibilnih objašnjenja zašto

pojedinci s izraženim neuroticizmom, u odnosu na druge, iskazuju više tjelesnih tegoba. Također, postoje brojni dokazi i o povezanosti negativnog raspoloženja s doživljavanjem tjelesnih simptoma.

Na kraju, ipak, treba naglasiti da je, unatoč dugoročnom kliničkom i istraživačkom interesu za odnos između ličnosti, raspoloženja i doživljavanja tjelesnih simptoma, postojeća literatura nepotpuna i nekonzistentna. Tradicionalno se odnos ličnosti, odnosno raspoloženja i doživljavanja tjelesnih simptoma, istraživao zasebno. Prethodna su istraživanja uglavnom bila usmjerena ili na jedan ili na drugi odnos i zapravo je vrlo malo istraživanja koja su istodobno uključivala više mjera pozitivnih i negativnih raspoloženja i/ili relevantnih stabilnih karakteristika ličnosti. Međutim, vrlo je vjerojatno da je doživljavanje tjelesnih simptoma pod utjecajem i raspoloženja i crta ličnosti, stoga se čini da bi nekonzistentnost dosadašnjih rezultata mogla biti uvjetovana i ne ispitivanjem istodobnog utjecaja ovih konstrukata na zdravstvene ishode, u ovom slučaju na tjelesne simptome. Čini se da bi istraživanja trebala krenuti tim smjerom.

Ovdje treba spomenuti da se, u odnosu na velik broj istraživanja u kojima se ispituje utjecaj negativnog afekta na zdravlje, još uvijek relativno malo istražuju učinci pozitivnog afekta na tjelesno zdravlje. Značajno je napomenuti da istraživanja utjecaja pozitivnog afekta na zdravstvene ishode nalaze svoje mjesto i u najsuvremenijim znanstvenim tijekovima (npr. Fredrickson, 2000). Stavljajući naglasku na povoljne efekte pozitivnog afekta podudara se s modernim koncepcijama bolesti koje odbacuju patogenu orijentaciju usmjerenu na rješavanje zagonetke zašto ljudi obolijevaju (prema Lok i Bishop, 1999). U stvari, sve se više prihvaća salutogena orijentacija koja se bavi pitanjima zašto ljudi ostaju zdravi, koji su to faktori koji doprinose održanju ljudskog zdravlja, i slično.

Čini se da se u staroj mudrosti, kako u svakom zlu ima nešto dobro, krije istina. Naime, iako neurotične osobe, zbog učestalijeg doživljavanja tjelesnih tegoba i pratećeg negativnog raspoloženja, vjerojatno imaju lošiju kvalitetu života, možda ih baš oni štite od nastanka ili razvijanja puno ozbiljnijih bolesti. O tome govori i Pennebaker (1982) u svom djelu u cijelosti posvećenom tjelesnim simptomima. On navodi da postoje određene

indicije kako je sposobnost percipiranja simptoma zapravo izuzetno adaptivna. Naime, organizmi koji mogu koristiti simptome kao izvor povratne informacije s ciljem samoregulacije imaju prilično veći postotak preživljavanja nego organizmi koji ne percipiraju i/ili ne koriste informacijsku vrijednost simptoma. Dakle, simptomi su znakovi koji ukazuju na trenutno stanje tijela i/ili okruženja.

Pennebaker (1982, 2000) sugerira da je zapažanje i izvještavanje o simptomima izrazito adaptivan i funkcionalan proces za pojedinca. Izvještavanje simptoma je, prema mišljenju ovog autora, zasigurno i socijalni čin. Govoreći o svojim simptomima, pojedinac zapravo traži pomoć u redukciji tih simptoma, traži dodatne informacije o uzrocima i posljedicama simptoma koje doživljava, u nekim slučajevima traži razumijevanje, pažnju i druge oblike *nagrada* od drugih osoba. Pokazalo se da izvještavanje simptoma, koje slijedi nakon nekog stresnog događaja, zbližava obitelj (npr. Minuchin i sur., 1975; prema Pennebaker, 2000).

Stoga, iako su ozbiljne bolesti i prerano umiranje bez sumnje najveće javno-zdravstvene brige i predstavljaju puno veće probleme nego subjektivni osjećaj dobrobiti, kao što smo vidjeli, i ova je dimenzija zdravlja također važna.

Različiti autori, poput Watsona i Pennebaker (1989), zaključuju da subjektivni indikatori zdravlja, u koje spadaju i tjelesni simptomi, imaju značajne implikacije za nečije svakodnevno funkcioniranje. Stoga bi zdravstvene tegobe koje se učestalo ponavljaju, bez obzira na njihovu vjerodostojnost, trebale profesionalnu intervenciju. To se čini posebice opravdanim kada se zna da čak 35% pacijenata izvještava o nestanku ili ublažavanju simptoma kao reakciju na placebo. Čini se da bi ova spoznaja trebala biti važna onima koji se bave psihološkom i tjelesnom dobrobiti ljudi.

Također, u mjeri u kojoj ličnost i raspoloženja sudjeluju u doživljavanju tjelesnih simptoma, nalaze se potencijali za pružanje pomoći ljudima da se spriječi njihovo učestalo javljanje i, s tom pojavom povezano, narušavanje kvalitete života. Gotovo da ne treba napominjati da bi takve profesionalne intervencije imale i brojne pozitivne posljedice na društvenom planu, barem što se tiče materijalne strane. Postoje još mnogi razlozi za bavljenje ovom

problematikom. Primjerice, bavljenje tim odnosom važno je za sve one strukture koje se bave promocijom zdravlja, unapređenjem odnosa između pacijenta i liječnika u smislu boljeg razumijevanja, razvijanja međusobnog povjerenja i slično. Sve ovo sugerira i na potrebu za bliskom suradnjom među liječnicima i psiholozima u njihovom svakodnevnom radu, kao i realizaciji različitih preventivnih i terapijskih programa usmjerenih ka poboljšanju zdravlja i kvalitete življenja.

LITERATURA

- Berenbaum, H., Williams, M. (1995). Personality and Emotional Reactivity. *Journal of Research in Personality, 29*, 24-34.
- Diefenbach, M. A., Leventhal, E. A., Leventhal, H., & Patrick-Miller, L. (1996). Negative affect relates to cross-sectional but not longitudinal symptom reporting: Data from elderly adults. *Health Psychology, 15*, 282-288.
- Duberstein, P. R., Sorensen, Lyness, J. M., King, D. A., Conwell, Y., Seidlitz, L., Caine, E. D. (2003). Personality is associated with perceived health and functional limitations in older primary care patients. *Psychology and Aging*.
- Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 522-527.
- Fredrickson, B. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being. *Prevention & Treatment, 0001a*, 1-28.
- Gijsbers van Wijk, C. M. T., Huisman, H., Kolk, A.M. (1999). Gender differences in physical symptoms and illness behaviour - A health diary study. *Social Science & Medicine, 49*, 1061-1074.
- Gustavsson, J.P., Jönsson, E.G., Linder, J., Weinryb, R.M. (2003). The HP5 inventory: definition and assessment of five health-relevant personality traits from a five-factor model perspective. *Personality and Individual Differences, 35*, 69-89.
- Harker, L., Keltner, D. (2001). Expressions of Positive Emotion in Women's College Yearbook Pictures and Their Relationship to Personality and Life Outcomes Across Adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology, 1*, 112-124.
- Izard, C. E. (2002). Translating Emotion Theory and Research Into Preventive Interventions. *Psychological Bulletin, 5*, 796-824.
- Jerram, K. L., Coleman, P. G. (1999). The big five personality traits and reporting of health problems and health behaviour in old age *British Journal of Health Psychology, 4*, 181-192.
- Johnson, M. (2003). The vulnerability status of neuroticism: over-reporting or genuine complaints? *Personality and Individual Differences, 35*, 877-887.
- Kahn, J. H., Hessling, R. M., Russell, D. W. (2003). Social support, health, and well-being among elderly: what is role of negative affectivity? *Personality and Individual Differences, 35*, 5-17.
- Kolk, A. M. M., Hanewald, G. J. F. P., Schagen, S., Gijsbers van Wijk, C. M. T. (2002). Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization A symptom-perception approach. *Journal of Psychosomatic Research, 52*, 35-44.
- Kolk, A. M., Hanewald, G. J. F. P., Schagen, S., Gijsbers van Wijk, C. M. T. (2003). A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social Science & Medicine* (u tisku), www.elsevier.com/locate/socscimed.
- Kroenke K. Studying symptoms: sampling and measurement issues. *Ann Intern Med 2001, 134*, 844-55.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., Cameron, L. (2001). Representations, Procedures, and Affect in Illness Self-Regulation: A Perceptual Model. U: A. Baum, T. A. Revenson, J. E. Singer (ur.), *Handbook of Health Psychology* (str. 19-47). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lok, C. F., Bishop, G. D. (1999). Emotion control, stress, and health. *Psychology & Health, 14*, 813-827.
- Murberg, T. A., Bru, E., Svebak, S., Aarsland, T., Dickstein, K. (1997). The role of objective health indicators and neuroticism in perceived health and psychological well-being among

- patients with chronic heart failure. *Personality and Individual Differences*, 6, 867-875.
- Pennebaker, J. W. & Lightner, J. M. (1980). Competition of internal and external information in an exercise setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 165-174.
- Pennebaker, J. W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer-Verlag.
- Pennebaker, J. W. (2000). Psychological Factors Influencing the Reporting of Physical Symptoms. U: A. A. Stone, J. S. Turkkan, C. A. Bachrach, J. B. Jobe, H. S. Kurtzman, V. S. Cain (ur.), *The Science of Self-Report – Implications for Research and Practice* (str. 299-315). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pettit, J. W., Kline, J. P., Gencoz, T., Gencoz, F., Joiner, T. E. (2001). Are Happy People Healthier? The Specific Role of Positive Affect in Predicting Self-Reported Health Symptoms. *Journal of Research in Personality*, 35, 521-536.
- Rosenberg, E. L. (1998). Levels of Analysis and the Organization of Affect. *Review of General Psychology*, 3, 247-270.
- Rusting, C. L. (1998). Personality, Mood, and Cognitive Processing of Emotional Information: Three Conceptual Frameworks. *Psychology Bulletin*, 2, 165-196.
- Salovey, P. & Birnbaum, D. (1989). Influence of mood on health-relevant cognitions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 539-51.
- Salovey, P. & Rodin, J. (1985). Cognitions about the self: Connecting feeling states and social behavior. U: P. Shaver (ur.), *Review of personality and social psychology*, Vol. 6. (str. 143-146), Beverly Hills: Sage.
- Smith, T. S., Spiro III., A. (2002). Personality, health, and aging: prolegomenon for the next generation. *Journal of Research in Personality*, 36, 363-394.
- Smith, T. W., Gallo, L. C. (2001). Personality Traits as Risk Factors for Physical Illness. U: A. Baum, T. A. Revenson, J. E. Singer (ur.), *Handbook of Health Psychology* (str. 139-173). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stegen, K., Neujens, A., Crombez, G., Hermans, D., Van de Woestijne, K. P., Van den Bergh, O. (1998). Negative affect, respiratory reactivity, and somatic complaints in a CO₂ enriched air inhalation paradigm. *Biological Psychology*, 49, 109-122.
- Vassend, O. (1989). Dimensions of negative affectivity, self-reported somatic symptoms, and health-related behaviors. *Soc. Sci. Med.*, 1, 29-36.
- Watson, D., Pennebaker, J. W. (1989). Health Complaints, Stress, and Distress: Exploring the Central Role of Negative Affectivity. *Psychological Review*, 2, 234-254.
- Watson, D. (2000). Basic problems in positive mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 205-209.
- Wood, J. V., Saltzberg, J. A., & Goldsamt, L. A. (1990). Does affect induce self-focused attention? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 899-908.
- Williams, P.G., Wiebe, D.J. (2000). Individual differences in self-assessed health: Gender, neuroticism and physical symptom reports. *Personality and Individual Differences*, 28, 823-835.

What is the relationship between negative affectivity and physical symptoms?

Kristina Dankić

City administration of Rijeka, Health and Welfare Department

Health is considered as one of the most important components of quality of life. Research has shown the relation between objective indicators of health and psychological well-being, to be quite weak. By contrast, research findings regularly confirm a high correlation between subjective indicators of health and psychological well-being.

Authors such as Watson and Pennebaker (1989) conclude that subjective health indicators, including physical symptoms, have significant implications for one's daily functioning. Therefore, frequently repeated health related difficulties need professional attention. This seems especially justified when we know that almost 35% of patients report the disappearance or lessening of symptoms as a reaction to a placebo.

Most research studies directed at verifying the role of personality in forming and reporting on physical symptoms are based on a personality trait called negative affectivity. It should be pointed out that on various samples, using different measures, correlations between negative affectivity/neuroticism and physical symptoms vary from .30 to .50. Some researchers even suggest that the relationship between negative affectivity/neuroticism and physical hardships is so strong that physical problems should be viewed more as parts than correlations of this wider dimension (Watson & Pennebaker, 1989).

Therefore, although serious diseases and premature deaths are, without any doubt, of the greatest public health concern and represent far bigger problems than subjective health indicators, it seems that this dimension, also ought to be important to all those dealing with the psychological and physical well-being of people.

Key words: physical symptoms, negative affectivity, neuroticism