

---

# POVEZANOST EYSENCKOVIH DIMENZIJA LIČNOSTI I DIMENZIJA EMOCIONALNE KONTROLE S TJELESNIM SIMPTOMIMA

Igor KARDUM, Jasna HUDEK-KNEŽEVIĆ, Barbara KALEBIĆ  
Filozofski fakultet, Rijeka

UDK: 159.925  
159.943

Izvorni znanstveni rad

Primljeno: 26. 5. 2003.

Na uzorku od 338 ispitanika ispitana je povezanost Eysenckovih dimenzija ličnosti i dimenzija emocionalne kontrole s različitim grupama tjelesnih simptoma. Dimenzije emocionalne kontrole mjerene su prilagođenim upitnikom emocionalne kontrole (Roger i Najarian, 1989.), koji sadrži tri dimenzije: ruminiranje, kontrolu i emocionalnu inhibiciju. Tjelesni simptomi mjereni su Pennebakerovim inventarom limbičke iscrpljenosti (PILL; Pennebaker, 1982.), koji mjeri dvije grupe tjelesnih simptoma – respiratorne i nerespiratorne. Pošlo se od pretpostavke da tjelesni simptomi nisu samo rezultat samostalnoga djelovanja dimenzija ličnosti, odnosno dimenzija emocionalne kontrole, nego djelomično i rezultat interakcije dvaju skupova dimenzija, tj. osobina ličnosti i mehanizama emocionalne kontrole. Rezultati hijerarhijskih regresijskih analiza pokazuju da od Eysenckovih dimenzija ličnosti samo neuroticizam ima samostalne pozitivne efekte, i to na sve tjelesne simptome, dok od dimenzija emocionalne kontrole samo kontrola samostalno predičira manju izraženost simptoma respiratornih infekcija. Međutim, kontrola i ruminiranje u interakciji s neuroticizmom i psihoticizmom imaju značajne efekte i na respiratorne i na nerespiratorne simptome, dok interakcija ekstraverzije i kontrole značajno predičira samo nerespiratorne simptome. Dobiveni su rezultati objašnjeni nekim fiziološkim mehanizmima kojima psihološki procesi djeluju na pojavu tjelesnih simptoma.



Igor Kardum, Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet,  
Sveučilište u Rijeci, I. Klobučarića 1, 51000 Rijeka, Hrvatska.  
E-mail: kardum@human.pefri.hr

Posljednjih dvadesetak godina sve je veći broj istraživanja koja ispituju efekte stresa na zdravlje (Aldwin, 1994.; Glaser i Kiecolt-Glaser, 1994.; Lovallo, 1997.). Međutim, još nije potpuno razjašnjeno koji se mehanizmi nalaze u podlozi te povezanosti. Kao moguće posredujuće varijable između stresa i zdravlja često se ispituju različite osobine ličnosti, kao što su lokus kontrole, samoeфикаsnost, optimizam, A i C tip ličnosti, čvrstoća ličnosti, osjećaj koherentnosti te Eysenckove dimenzije ličnosti, poglavito neuroticizam (Contrada, Leventhal i O'Leary, 1990.; Wiebe i Smith, 1997.). Rezultati tih istraživanja pokazuju da navedene osobine ličnosti sudjeluju u procesu stresa i zdravlja različitim mehanizmima, iako općenito njihovi efekti na zdravstvene ishode nisu veliki.

Dosadašnja istraživanja odnosa ličnosti i zdravlja imaju brojne nedostatke. Među najvećima su nedovoljno poznate konstruktne valjanosti pojedinih mjera ličnosti, što često dovodi do toga da se pod različitim imenima ispituju gotovo isti konstrukti. Nadalje, gotovo da i nema istraživanja procesa, odnosno psiholoških mehanizama, pomoću kojih ličnost djeluje na zdravlje, nego je većina istraživanja "statična", tj. odnosi se samo na ispitivanje povezanosti između nekih strukturalnih karakteristika ličnosti i zdravlja, a zanemaruje dinamički aspekt funkcioniranja ličnosti i njegov potencijalni utjecaj na zdravlje. Uz navedene, tu su još neki konceptualni nedostaci, od kojih se u literaturi često navodi nedovoljno pridavanje pozornosti organizaciji ličnosti i uzorcima karakteristika ličnosti (npr. Ouellette Kobasa, 1990.; Van Heck, 1997.). Naime, u istraživanjima se najčešće rabi samo jedan aspekt ličnosti, a gotovo da i nema integrativnih istraživanja koja bi ispitala koliko su za zdravlje i bolest važni uzorci povezanosti između različitih aspekata ličnosti, kao što su motivi, emocije, kognitivni stilovi, temperament, očekivanja i slično. Ovaj je nedostatak posebno istaknut kada je riječ o ispitivanjima koja uključuju temeljne i vrlo široke osobine ličnosti, kao što su Eysenckove dimenzije ili dimenzije petofaktorskoga modela, a koje su povezane s brojnim procesima i užim strukturalnim karakteristikama ličnosti. Tako, na primjer, iako ima relativno mnogo istraživanja izravnih efekata širokih osobina ličnosti na zdravstvene ishode, gotovo se ništa ne zna o uzorcima kojima dimenzije, procesi i uže strukturalne karakteristike ličnosti zajedno djeluju na zdravstvene ishode.

Naime, mnoga prethodna istraživanja pokazuju da je neuroticizam kao suprotan pol emocionalne stabilnosti značajno povezan s različitim mjerama bolesti i zdravstvenih ishoda (Andersen i Lobel, 1995.; Costa i McCrae, 1987.; Friedman i Booth-Kewley, 1987.; Leventhal i Patrick-Miller, 1993.; Tucker

i Friedman, 1996.; Walsh i sur., 1994.; Watson i Pennebaker, 1989.; Wiebe i Smith, 1997.). Takvi se nalazi dobivaju upotrebom različitih mjera neuroticizma i tjelesnih simptoma, a ta je povezanost toliko jaka da neki autori (npr. Watson i Pennebaker, 1989.) predlažu širi konstrukt tzv. "somatopsihičkog distresa", koji uz neuroticizam uključuje i širok raspon tjelesnih simptoma. Ima nekoliko objašnjenja zašto se neurotičari više žale na tjelesne poteškoće nego emocionalno stabilni pojedinci. Prvo, povišena anksioznost, depresivnost i osjećaj ranjivosti mogu kod neurotičara izazvati osjećaj zabrinutosti za vlastito zdravlje. Drugo, oni teže podnose bol i moguće je da su u prošlosti češće bili upućivani na ponašanja bolesnika. Osim toga, oni se češće nalaze u stresnim situacijama te češće percipiraju, dosjećaju se i izvještavaju o simptomima stresa (Stone i Costa, 1990.).

Kada je riječ o ekstraverziji i psihoticizmu, njihove povezanosti sa zdravstvenim ishodima rjeđe su dokumentirane u literaturi. Ipak neka istraživanja pokazuju da je ekstraverzija povezana s ponašanjima usmjerenima k zdravlju (npr. Jerram i Coleman, 1999.), ali i nekim objektivnim tjelesnim simptomima. Tako je niska ekstraverzija kod zdravih odraslih osoba povezana s višim krvnim tlakom, povišenim izlučivanjem adrenalina i noradrenalina te s citotoksičnošću NK stanica (Miller i sur., 1999.). Psihoticizam je uglavnom pozitivno povezan s nezdravim ponašanjima, kao što su pušenje, konzumacija alkohola i rizična seksualna ponašanja, međutim, pokazuje male i uglavnom nevažne korelacije sa zdravstvenim simptomima (Peltzer, 2002.; Steptoe i sur., 1994.; Wakefield, 1989.).

Jedan od potencijalnih mehanizama kojima Eysenckove dimenzije ličnosti mogu djelovati na zdravstvene ishode jesu procesi vezani uz emocionalno funkcioniranje. Naime, brojna istraživanja pokazuju da su ekstraverzija i neuroticizam stabilne individualne razlike koje uspostavljaju prag koji djelomično određuje čestinu doživljavanja i način izražavanja pojedinih afektivnih stanja (Watson i Clark, 1992., 1997.). Međutim, dok su mehanizmi djelovanja ekstraverzije i neuroticizma na čestinu i intenzitet doživljavanja afektivnih stanja dobro poznati, relativno je malo istraživanja koja govore o njihovom odnosu s mehanizmima vezanim uz afektivno izražavanje, a koji također mogu imati značajnih zdravstvenih posljedica. Naime, uobičajen pogled na nastanak emocija polazi od toga da ona započinje evaluacijom vanjskih ili unutarnjih emocionalnih znakova te da ta evaluacija dovodi do koordiniranoga skupa ponašajnih, doživljajnih i fizioloških emocionalnih odgovora. Međutim, ti se odgovori djelomično mogu mijenjati, što daje konačan oblik manifestnoj emocionalnoj reakciji. Tako npr. Gross (1999.a) definira emocionalnu regulaciju kao procese kojima pojedinci utječu na to kada će i koje

emocije doživjeti te kako će ih doživjeti i izraziti. Iako su ovi mehanizmi dijelom pod utjecajem stabilnih dimenzija ličnosti (Rosenberg, 1998.), brojna prethodna istraživanja, a naročito istraživanja mehanizama emocionalne regulacije kao što su emocionalna inhibicija i ekspresivnost, pokazuju da oni mogu i samostalno djelovati na različite zdravstvene ishode (Salovey i sur., 2000.; Schwarz i Kline, 1995.).

Jedan od modela emocionalne regulacije, razvijen specifično za kontekst stresa, predložili su Roger i suradnici (Roger i Neshover, 1987.; Roger i Najarian, 1989.). On se sastoji od četiri dimenzije koje autori nazivaju ponavljanje (kasnije ruminiranje), emocionalna inhibicija, kontrola agresivnosti i benigna kontrola, a koje se mjere Upitnikom emocionalne kontrole (*Emotion Control Questionnaire* – ECQ; Roger i Najarian, 1989.). Dimenzije mjerene ovim upitnikom internalno su konzistentne, vremenski stabilne i međusobno nezavisne (Roger i Najarian, 1989.; Roger, 1995.).

Ruminiranje se odnosi na sklonost ponavljanja misli, osjećaja i scena povezanih sa stresnim događajem, a koje mogu opstati i duže. Istraživanja pokazuju da je ruminiranje povezano s višim doživljajem stresa (Baum, 1990.; Roger, 1999.), sa zdravstvenim problemima (Lok i Bishop, 1999.) te s fiziološkim znakovima stresa, kao što su povišena razina izlučivanja kortizola (Roger, 1988.) i s dužim vremenom potrebnim da se broj srčanih otkucaja vrati na razinu prije stresa (Roger i Jamieson, 1988.). Emocionalna inhibicija uključuje potiskivanje doživljenih emocija, a uglavnom se smatra neadaptivnim mehanizmom emocionalne regulacije koji može dovesti do negativnih zdravstvenih posljedica. Naime, istraživanja pokazuju da represija negativnog afekta korelira s višim titrom antitijela kod osoba s latentnom infekcijom Epstein-Barr virusom (EBV) (Esterling i sur., 1990.). Neka istraživanja pokazuju da je represivni stil ličnosti, koji sadrži i sklonost emocionalnoj inhibiciji, povezan s manje učinkovitom aktivnosti NK stanica, važnih komponenti imune funkcije vezanih uz kontrolu tumora (Levy i sur., 1985.). Weinberger (1990.) nalazi da u susretu sa stresnim situacijama osobe s inhibitornim tendencijama suočavanja pokazuju mnogo više objektivno mjerenih zdravstvenih problema, poput npr. astme. Nadalje, emocionalna je inhibicija pozitivno povezana s psihološkim uzbuđenjem vezanim uz stres (Roger, 1988.) i s produljenom napetošću mišića nakon stresa (Kaiser i sur., 1995.). Nasuprot tome, emocionalna ekspresija povezana je s boljim tjelesnim i mentalnim zdravljem (Pennebaker, 1989.; Spera, Buhrfeind i Pennebaker, 1994.), sa smanjenjem doživljaja stresa (Lepore, 1997.), rjeđim posjetima liječniku (Pennebaker i Beall, 1986.; Richards i sur., 2000.), poboljšanjem imunološkoga funkcioniranja (Es-

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB  
GOD. 13 (2004),  
BR. 6 (74),  
STR. 989-1010

KARDUM, I.,  
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.,  
KALEBIĆ, B.:  
POVEZANOST...

terling i sur., 1994.; Pennebaker, Kiecolt-Glaser i Glaser, 1988.) i povećanjem pozitivnog afekta (Mendolia i Kleck, 1993.). Međutim, treba napomenuti da neka istraživanja (npr. Lok i Bishop, 1999.; Gross i Levenson, 1997.) upućuju na to da emocionalna inhibicija ponekad može biti i adaptivna. Naime, otvoreno izražavanje emocija u nekim socijalnim situacijama može dovesti do povećane ranjivosti, pa stoga emocionalna inhibicija u takvim situacijama može funkcionirati kao zaštitni faktor.

Kontrola agresivnosti odnosi se na inhibiciju hostilnih reakcija, a benigna kontrola na sklonost prema kontroli impulzivnosti i inhibiciji spontanoga ponašanja (Roger i Nesselsover, 1987.; Roger i Najarian, 1989.). Ove su dvije komponente emocionalne kontrole znatno rjeđe ispitivane u kontekstu zdravstvenih ishoda. Lok i Bishop (1999.) nalaze da kontrola agresivnosti nije povezana s tjelesnim simptomima, dok benigna kontrola djeluje na smanjenje tjelesnih simptoma nezavisno od razine doživljenoga stresa.

## **O ovom istraživanju**

Kao što je već navedeno, u dosadašnjim istraživanjima ispitali su se zasebni efekti ili Eysenckovih dimenzija ili dimenzija emocionalne kontrole na zdravstvene ishode. Međutim, dimenzije ličnosti i dimenzije emocionalne kontrole međusobno su povezane karakteristike koje se nalaze na različitim hijerarhijskim razinama unutar afektivne domene i koje mogu i samostalno i u međusobnoj interakciji djelovati na zdravstvene ishode. Naime, dok široke dimenzije ličnosti imaju kroničan utjecaj na odabir situacija u kojima će se pojedinci nalaziti, na pamćenje takvih situacija, kao i na reakcije u njima (Bolger i Schilling, 1991.; Bolger i Zuckerman, 1995.), mehanizmi emocionalne kontrole također značajno utječu na konačan oblik neke specifične emocionalne reakcije (Gross, 1999.a; 1999.b). Zbog toga se može pretpostaviti da su zdravstveni ishodi djelomično i rezultat interakcije dvaju skupova dimenzija operativnih u svakodnevnom životnim situacijama, tj. dimenzija ličnosti i mehanizama emocionalne kontrole. Stoga je cilj ovog istraživanja ispitati izravne i interakcijske efekte Eysenckovih dimenzija ličnosti i dimenzija emocionalne kontrole na zdravstvene ishode. Pošlo se od pretpostavke da su Eysenckove dimenzije ličnosti temeljnije u odnosu na dimenzije emocionalne kontrole i da same na njih djeluju, pa su zato rezultati analizirani postupkom hijerarhijske regresijske analize, u kojoj su Eysenckove dimenzije ličnosti uključene u prvom koraku, dimenzije emocionalne kontrole u drugom, a interakcije između dimenzija ličnosti i dimenzija emocionalne kontrole u trećem.

Kao mjera zdravstvenih ishoda upotrijebljena je percepcija tjelesnih simptoma. Iako su neki autori skeptični kada je riječ o upotrebi samoiskazanih tjelesnih simptoma kao indikatora zdravlja, jer su relativno nisko povezani s objektivnim mjerama zdravlja (Skelton i Pennebaker, 1990.; Walsh i sur., 1994.; Leventhal i sur., 1996.), ipak ima i istraživanja koja pokazuju da oni mogu biti valjani prediktori zdravlja i mortaliteta (Idler i Kasl, 1991.; Thomas i McGabe, 1980.). U većini prethodnih istraživanja odnosa između osobina ličnosti i zdravlja kao mjera zdravstvenih ishoda primijenjene su jednodimenzionalne mjere zdravstvenih simptoma. Međutim, neka istraživanja (npr. Malatesta i Culver, 1993.) pokazuju da su osobine ličnosti na različite načine povezane s različitim grupama tjelesnih simptoma. Zbog toga je u ovom istraživanju upotrijebljena multidimenzionalna mjera tjelesnih simptoma, pod pretpostavkom da dimenzije ličnosti i mehanizmi emocionalne kontrole mogu imati različite efekte na pojedine grupe tjelesnih simptoma.

Na osnovi prethodnih nalaza i u ovom se istraživanju pošlo od hipoteze da neuroticizam, a u manjoj mjeri i psihoticizam, djeluju na veću, a ekstraverzija na manju izraženost ispitanih tjelesnih simptoma.

Kako su Eysenckove dimenzije ličnosti temeljne dimenzije koje u određenoj mjeri determiniraju i dimenzije emocionalne kontrole (Roger i Najarian, 1989.), može se pretpostaviti da će, nakon što se izluče efekti dimenzija ličnosti na tjelesne simptome, dimenzije emocionalne kontrole dodatno objašnjavati mali dio varijance tjelesnih simptoma. Pritom bi emocionalna inhibicija i ruminiranje mogli dovesti do veće, a kontrola do manje izraženosti tjelesnih simptoma.

Uz očekivane glavne efekte, pretpostavljaju se i značajni interakcijski efekti dimenzija ličnosti i dimenzija emocionalne kontrole na zdravstvene ishode. Na temelju prethodnih istraživanja moglo bi se pretpostaviti da će introverzija, neuroticizam i psihoticizam u kombinaciji s tzv. neadaptivnim mehanizmima emocionalne kontrole (emocionalna inhibicija, ruminiranje i niska kontrola) dovesti do veće izraženosti tjelesnih simptoma u odnosu na druge kombinacije dimenzija ličnosti i mehanizama emocionalne kontrole.

## METODA

---

### Ispitanici

U ispitivanju je sudjelovalo 338 ispitanika, od čega 237 (70,1%) ženskoga i 101 (29,9%) muškoga spola. Ispitanici su bili studenti različitih fakulteta Sveučilišta u Rijeci, u dobi od 18 do 26 godina ( $M = 21,3$ ;  $SD = 1,7$ ).

## Upitnici

Za mjerenje osnovnih dimenzija ličnosti upotrijebljen je Eysenckov upitnik ličnosti (Miharija, 1994.). Pouzdanosti unutarne konzistencije (Cronbach alpha) na ovom uzorku ispitanika iznose 0,80 za ekstraverziju, 0,85 za neuroticizam, 0,51 za psihoticizam i 0,75 za L-skalu. Pouzdanost skale psihoticizma neuobičajeno je niska, tako da to treba uzeti u obzir pri razmatranju rezultata vezanih uz ovu dimenziju ličnosti.

Značajno su međusobno povezane samo ekstraverzija i neuroticizam ( $-0,25$ ;  $p < 0,001$ ), dok je s L skalom značajno povezan samo psihoticizam ( $0,29$ ;  $p < 0,001$ ). Spolne razlike postoje na skali neuroticizma ( $t = 2,24$ ;  $p < 0,05$ ), na kojoj ispitanici ženskoga spola postižu više rezultate ( $M = 10,93$ ) nego ispitanici muškoga spola ( $M = 9,59$ ), te na skali psihoticizma ( $t = 2,86$ ;  $p < 0,01$ ), na kojoj ispitanici muškoga spola postižu više rezultate ( $M = 5,84$ ) nego ispitanici ženskoga spola ( $M = 5,02$ ).

Sklonost inhibiciji emocionalnih odgovora mjerena je Upitnikom emocionalne kontrole (*Emotion Control Questionnaire*, ECQ), koji su konstruirali Roger i Najarian (1989.). Izvorno, ovaj se upitnik sastoji od 56 čestica, koje su zasićene četirima faktorima koje su autori nazvali ruminiranje (*rehearsal*) (npr. Sjećam se stvari koje su me uznemirile ili razljutile još dugo nakon što su se dogodile.), emocionalna inhibicija (npr. Kada me netko uznemiri, pokušavam sakriti svoje osjećaje.), benigna kontrola (Često činim ili kažem nešto što kasnije požalim.) i kontrola agresivnosti (Kada bi me netko udario, ja bih mu vratio.).

Kontrola agresivnosti i benigna kontrola umjereno su visoko povezane, dok ostale međusobne korelacije, kao i korelacije s drugim mjerama, govore u prilog nezavisnosti ovih četiriju dimenzija (Roger i Nesshoever, 1987.; Roger i Najarian, 1989.).

Da bismo provjerili strukturu hrvatske verzije ovog upitnika, provedena je konfirmatorna faktorska analiza. Testirajući originalnu četverofaktorsku strukturu, dobiveni su relativno dobri indeksi pogodnosti jedino pod pretpostavkom da su skale benigne kontrole i kontrole agresivnosti međusobno visoko pozitivno povezane. Zbog toga je testirana i hipoteza o trofaktorskoj strukturi, kojom je predviđeno da su čestice koje mjere benignu kontrolu i kontrolu agresivnosti zasićene jednim faktorom. Na taj su način dobiveni nešto bolji indeksi pogodnosti te faktori koji su gotovo ortogonalni, pa je ovo rješenje prihvaćeno kao konačno. U tablici 1 prikazani su dobiveni indeksi pogodnosti za trofaktorsko rješenje Upitnika emocionalne kontrole.

Dobiveni indeksi pogodnosti pružaju zadovoljavajuću potvrdu trofaktorske strukture Upitnika emocionalne kontrole.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB  
GOD. 13 (2004),  
BR. 6 (74),  
STR. 989-1010

KARDUM, I.,  
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.,  
KALEBIĆ, B.:  
POVEZANOST...

● **TABLICA 1**  
Indeksi pogodnosti za  
trofaktorsko rješenje  
Upitnika emocionalne  
kontrole

Hi-kvadrat je statistički značajan, međutim, kao što je dobro poznato, ovaj je indeks jako osjetljiv na veličinu uzorka, tako da je kod velikih uzoraka (većih od 200) rijetko neznačajan. Zbog toga neki autori (npr. Kline, 1998.) preporučuju da se on podijeli s brojem stupnjeva slobode, pri čemu su prihvatljive vrijednosti manje od 3. U ovom slučaju omjer između vrijednosti hi-kvadrata i stupnjeva slobode iznosi 1,45. Indeksi koji govore o ukupnoj količini objašnjene varijance modela nešto su ispod ili na granici prihvatljivosti, dok su indeksi koji govore o rezidualnom varijabilitetu i razlici između strukture kovarijanci populacije i one predviđene modelom prihvatljivi.

Indeksi pogodnosti	Dobivene vrijednosti	Referentne vrijednosti
Hi-kvadrat; stupnjevi slobode; p	2048,65; 1411; p < 0,001	Neznačajan hi-kvadrat
Comparative Fit Index (CFI)	0,83	≥ 0,90
Goodness of Fit Index (GFI)	0,82	≥ 0,85
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0,80	≥ 0,80
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0,037	≤ 0,06
Root Mean Square Residual (RMR)	0,064	≤ 0,10

Pouzdanosti unutarnje konzistencije (Cronbach alpha) dobivenih faktora iznose 0,77 za ruminiranje, 0,78 za emocionalnu inhibiciju i 0,73 za benignu kontrolu i kontrolu agresivnosti (u daljnjem tekstu kontrola). Spolne razlike dobivene su samo na skali emocionalne inhibicije ( $t = 3,10$ ;  $p < 0,01$ ), na kojoj ispitanici muškoga spola postižu više rezultate ( $M = 41,53$ ) nego ispitanici ženskoga spola ( $M = 38,74$ ). Ruminiranje je povezano 0,07 ( $p > 0,05$ ) s emocionalnom inhibicijom i -0,33 ( $p < 0,001$ ) s kontrolom, dok su emocionalna inhibicija i kontrola povezane 0,16 ( $p < 0,01$ ).

Tjelesni su simptomi mjereni upitnikom koji se već prethodno upotrebljavao na hrvatskom jeziku (Hudek-Knežević, Kardum, Lesić, 1999.), a koji je nastao na osnovi Pennebakerova inventara limbičke iscrpljenosti (PILL, Pennebaker, 1982.). Upitnik mjeri stupanj prisutnosti različitih tjelesnih simptoma i senzacija, a sastoji se od 40 čestica, od čega se 28 odnosi na respiratorne, a 12 na nerrespiratorne simptome. U prethodnom su istraživanju podjelu na respiratorne i nerrespiratorne simptome nezavisno učinila dva liječnika i ona se potpuno poklapala s podjelama koje navode drugi istraživači (npr. Lyons i Chamberlain, 1994.). Ove su dvije grupe simptoma bile faktorizirane zasebno. Faktorska analiza respiratornih simptoma rezultirala je dvama faktorima. Prvi faktor uključivao je širok raspon simptoma koji se odnose na poremećaj autonomnoga funkcioniranja, poput ostajanja bez daha, ubrzanog kucanja srca, vrtoglavice, iznenadnog vala topline, hladnih ruku



ili nogu itd., pa je nazvan autonomna disfunkcija. Drugi je faktor uključivao simptome usko vezane uz respiratorne infekcije, kao što je začepljen nos, grlobolja, curenje nosa, oteklina grla, kašljanje i slično, pa je stoga nazvan respiratorne infekcije. U osnovi nerespiratornih simptoma nalazila su se tri faktora: lokomotorni (npr. natečeni zglobovi, grčevi u nogama), probavni (npr. loša probava, žgaravica) i dermatološki (npr. osjetljivosti kože, akne ili prištevi na licu).

U ovom je istraživanju provjerena prethodno dobivena struktura tako što su provedene konfirmatorne faktorske analize zasebno na respiratornim i nerespiratornim simptomima. Indeksi pogodnosti za respiratorne simptome ( $\chi^2 = 606,77$ ; s. s. = 339;  $p < 0,001$ ;  $\chi^2/ss = 1,79$ ; CFI = 0,91; GFI = 0,89; AGFI = 0,86; RMSEA = 0,048; RMR = 0,061) govore o adekvatnosti pretpostavljene dvofaktorske strukture, a isto vrijedi i za trofaktorsku strukturu nerespiratornih simptoma ( $\chi^2 = 61,27$ ; s. s. = 48;  $p = 0,095$ ; CFI = 0,98; GFI = 0,97; AGFI = 0,95; RMSEA = 0,029; RMR = 0,041).

Pouzdanost unutarnje konzistencije (Cronbach alpha) dobivenih faktora tjelesnih simptoma kreće se od 0,60 za probavne do 0,87 za simptome autonomne disfunkcije. Osim na skalama respiratornih infekcija i lokomotornih simptoma, na svim preostalim skalama dobivene su značajne spolne razlike, pri čemu u svim slučajevima ispitanici ženskoga spola postižu više rezultate nego ispitanici muškoga spola. Korelacije između pojedinih faktora kreću se u rasponu od 0,25 ( $p < 0,001$ ) do 0,56 ( $p < 0,001$ ).

## Postupak

Ispitivanje je izvedeno u dva navrata, a provodilo se u grupama od 10 do 30 ispitanika. U prvom su dijelu primijenjeni Eysenckov upitnik ličnosti i Upitnik emocionalne kontrole. Drugi dio ispitivanja izveden je dva tjedna kasnije, kada je primijenjen Upitnik tjelesnih simptoma. Za Upitnik tjelesnih simptoma od ispitanika se tražilo da procijene koliko je svaki simptom bio izražen u posljednjih 7 dana.

## REZULTATI

Najprije su na skalnim rezultatima izračunane korelacije između Eysenckovih dimenzija ličnosti i triju dimenzija emocionalne kontrole. Dobivene su korelacije prikazane u tablici 2.

➔ TABLICA 2  
Korelacije između  
Eysenckovih dimenzija  
ličnosti i dimenzija  
emocionalne kontrole

	Ruminiranje	Emoc. inhibicija	Kontrola
Ekstraverzija	-0,20***	-0,45***	-0,21***
Neuroticizam	0,56***	0,13*	-0,24***
Psihoticizam	0,12*	0,05	-0,37***
L-skala	-0,12*	-0,02	0,29***

● **TABLICA 3**  
Povezanost Eysenckovih dimenzija ličnosti i dimenzija emocionalne kontrole s tjelesnim simptomima

Dobivene korelacije pokazuju da je ekstraverzija negativno povezana sa svim dimenzijama emocionalne kontrole, neuroticizam pozitivno s ruminiranjem i emocionalnom inhibicijom, a negativno s kontrolom, dok je psihoticizam pozitivno povezan s ruminiranjem i negativno s kontrolom. Veličina i smjer povezanosti slični su onima dobivenima u prethodnim istraživanjima. Tako npr. rezultati istraživanja Rogera i Najariana (1989.) također pokazuju da je ekstraverzija najviše povezana s emocionalnom inhibicijom, neuroticizam s ruminiranjem, a psihoticizam s benignom kontrolom. U tablici 3 prikazane su povezanosti Eysenckovih dimenzija ličnosti i dimenzija emocionalne kontrole s tjelesnim simptomima, izračunane na skalnim rezultatima.

	Respirat.	Res. inf.	Auto. disf.	Nerespir.	Lokomot.	Probava	Dermat.
EPQ-E	-0,13*	-0,03	-0,16**	-0,13*	-0,12*	-0,11*	-0,06
EPQ-N	0,47***	0,22***	0,50***	0,36***	0,25***	0,26***	0,30***
EPQ-P	0,14**	0,14**	0,11*	0,10	0,08	0,06	0,08
EPQ-L	-0,07	-0,10	-0,03	-0,03	-0,07	-0,01	-0,02
Ruminiranje	0,32***	0,18***	0,32***	0,26***	0,18***	0,16**	0,22***
Em. inhibicija	0,04	-0,01	0,06	0,08	0,13*	0,09	-0,03
Kontrola	-0,17***	-0,19***	-0,12*	-0,06	-0,02	-0,08	-0,03

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Dobivene korelacije dimenzija ličnosti i dimenzija emocionalne kontrole s različitim grupama tjelesnih simptoma u skladu su s očekivanjem. Od dimenzija ličnosti, s respiratornim je simptomima najviše povezan neuroticizam, a od dimenzija emocionalne kontrole ruminiranje. U manjoj mjeri s ovim grupama simptoma pozitivno je povezan psihoticizam, a negativno ekstraverzija i kontrola. Nerespiratorni su simptomi također pozitivno povezani s neuroticizmom i ruminiranjem, a negativno s ekstraverzijom. Treba napomenuti da niske korelacije psihoticizma s tjelesnim simptomima mogu biti posljedica niske pouzdanosti skale psihoticizma.

Da bismo ispitali glavne i interakcijske efekte Eysenckovih dimenzija ličnosti i triju dimenzija emocionalne kontrole na pojedine grupe tjelesnih simptoma, izveden je niz hijerarhijskih regresijskih analiza. Ova vrsta regresije omogućuje uvođenje nezavisnih varijabli u analizu određenim logičkim ili teorijskim redosljedom, čime se može procijeniti objašnjavaju li varijable u drugom i kasnijim koracima dodatnu količinu varijance zavisne varijable povrh nezavisnih varijabli koje su uvedene u ranijim koracima analize. Da bi se smanjio problem multikolinearnosti, interakcijski efekti izračunani su kao umnošci devijacijskih skorova između dvaju skupova nezavisnih varijabli.

Pojedine grupe tjelesnih simptoma uključivane su kao zavisne varijable, dok su u svim analizama kao nezavisne vari-

jable u prvom koraku uključene dimenzije ekstraverzije, neuroticizma i psihoticizma, u drugom koraku dimenzije ruminiranja, emocionalna inhibicija i kontrola, a u trećem koraku interakcije između Eysenckovih dimenzija ličnosti i dimenzija emocionalne kontrole. U tablici 4 prikazani su rezultati tih analiza za respiratorne simptome, pri čemu su navedeni samo značajni prediktori.

Nezavisne varijable	R	R <sup>2</sup>	F – promjena	Ukupni F	Stupnjevi slobode	Beta
Respiratorni simptomi – ukupno						
1. korak	0,48	0,23		33,60***	3,334	
Neuroticizam						0,42***
2. korak	0,49	0,24	0,71	17,11***	6,331	
3. korak	0,53	0,29	2,45**	8,58***	15,322	
N x Ruminiranje						0,18**
N x Kontrola						0,16**
P x Kontrola						-0,14*
Simptomi respiratornih infekcija						
1. korak	0,26	0,07		7,76***	3,334	
Neuroticizam						0,16*
2. korak	0,28	0,08	1,58	4,69***	6,331	
Kontrola						-0,14*
3. korak	0,34	0,11	1,42	2,75***	15,322	
N x Ruminiranje						0,13*
Simptomi autonomne disfunkcije						
1. korak	0,51	0,26		38,04***	3,334	
Neuroticizam						0,46***
2. korak	0,51	0,26	0,50	19,19***	6,331	
3. korak	0,55	0,30	2,32*	9,35***	15,322	
N x Ruminiranje						0,16**
N x Kontrola						0,16**
P x Kontrola						-0,17**

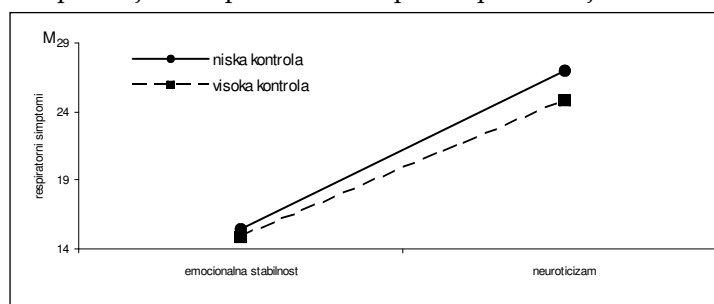
\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001

● **TABLICA 4**  
Rezultati hijerarhijskih  
regresijskih analiza za  
respiratorne simptome

Kao što je i očekivano, neuroticizam je značajan prediktor ukupnih respiratornih simptoma, kao i simptoma respiratornih infekcija i autonomne disfunkcije. Nakon što se izluče efekti dimenzija ličnosti, dimenzije emocionalne kontrole samostalno dodatno objašnjavaju vrlo malo varijance respiratornih simptoma. Iz te grupe varijabli jedino je kontrola značajan negativan prediktor simptoma respiratornih infekcija. Međutim, interakcije Eysenckovih dimenzija ličnosti i dimenzija emocionalne kontrole pridonose značajnom povećanju koeficijenta multiple korelacije pri predviđanju ukupnih respiratornih simptoma, kao i simptoma respiratornih infekcija i autonomne disfunkcije. Interakcija neuroticizma i ruminiranja značajan je prediktor svih grupa respiratornih simptoma i ona pokazuje da su s povećanjem neuroticizma respiratorni

➤ SLIKA 1  
Interakcijski efekt  
neuroticizma i  
kontrole na  
respiratorne simptome

simptomi izraženiji kod osoba koje su sklonije ruminiranju. Na isti su način s ukupnom mjerom respiratornih simptoma, a posebno sa simptomima autonomne disfunkcije, povezane i interakcije neuroticizma i kontrole te psihoticizma i kontrole. Niska kontrola hostile i impulzivne reakcije dovodi kod osoba s visokim neuroticizmom, odnosno visokim psihoticizmom, do jače izraženosti simptoma autonomne disfunkcije i ukupnih respiratornih simptoma. Interakcijski efekt neuroticizma i kontrole na ukupnu mjeru respiratornih simptoma prikazan je na slici 1.



U tablici 5 prikazani su rezultati hijerarhijskih regresijskih analiza za nerespiratorne simptome. Navedeni su samo značajni prediktori.

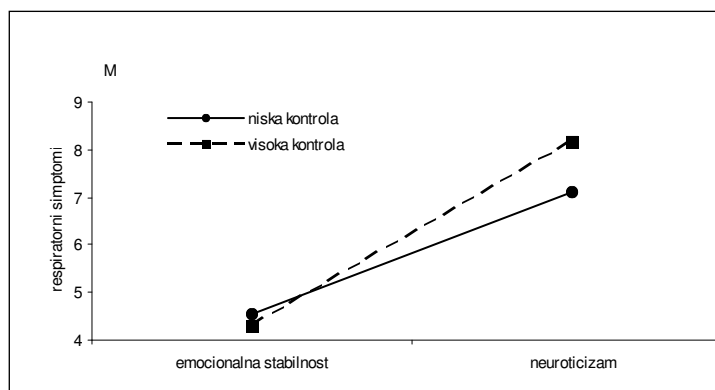
Neuroticizam je značajan prediktor ukupnih nerespiratornih simptoma, kao i lokomotornih, probavnih i dermatoloških simptoma. Tri dimenzije emocionalne kontrole ni kod jedne grupe nerespiratornih simptoma ne dovode do značajnoga povećanja koeficijenta multiple korelacije, dok interakcije dimenzija ličnosti i dimenzija emocionalne kontrole značajno doprinose predviđanju svih grupa nerespiratornih simptoma, osim probavnih. Interakcijski efekt neuroticizma i ruminiranja na ukupne nerespiratorne simptome i lokomotorne simptome pokazuje da su ti simptomi izraženiji kod osoba visokoga neuroticizma koje su sklonije ruminiranju. Interakcija ekstraverzije i kontrole značajan je prediktor lokomotornih, dermatoloških i ukupnih nerespiratornih simptoma i ona pokazuje da su ukupni i lokomotorni simptomi kod ekstraverata manje izraženi kod osoba visoke kontrole, dok dermatološki simptomi s povećanjem ekstraverzije više opadaju kod osoba niske kontrole. Interakcijski efekt psihoticizma i kontrole na probavne, dermatološke i ukupne nerespiratorne simptome pokazuje da su te grupe simptoma kod osoba višega psihoticizma izraženije kada je kontrola niska, a isto vrijedi i za interakciju psihoticizma i ruminiranja na dermatološke simptome. Interakcijski efekt neuroticizma i kontrole na lokomotorne, probavne i ukupne nerespiratorne simptome pokazuje pak da su ti simptomi kod osoba visokoga neuroticizma izraženiji kada je kontrola visoka. Na slici 2 prikazan je interakcijski efekt neuroticizma i kontrole na ukupnu mjeru nerespiratornih simptoma.

Nezavisne varijable	R	R <sup>2</sup>	F – promjena	Ukupni F	Stupnjevi slobode	Beta
Nerespiratorni simptomi – ukupno						
1. korak	0,37	0,14		17,99***	3,334	
Neuroticizam						0,32***
2. korak	0,38	0,15	0,93	9,45***	6,331	
3. korak	0,45	0,21	2,66**	5,54***	15,322	
N x Ruminiranje						0,12*
E x Kontrola						0,14*
N x Kontrola						0,18**
P x Kontrola						-0,18**
Lokomotorni simptomi						
1. korak	0,26	0,07		8,32***	3,334	
Neuroticizam						0,19**
2. korak	0,28	0,08	1,27	4,80***	6,331	
3. korak	0,37	0,14	2,43**	3,46***	15,322	
N x Ruminiranje						0,16**
E x Kontrola						0,15*
N x Kontrola						0,14*
Probavni simptomi						
1. korak	0,26	0,07		8,34***	3,334	
Neuroticizam						0,22***
2. korak	0,27	0,07	0,22	4,25***	6,331	
3. korak	0,33	0,11	1,39	2,55***	15,322	
N x Kontrola						0,16**
P x Kontrola						-0,16**
Dermatološki simptomi						
1. korak	0,31	0,09		11,40***	3,334	
Neuroticizam						0,28***
2. korak	0,34	0,11	2,46	7,01***	6,331	
3. korak	0,40	0,16	1,91*	4,02***	15,322	
P x Ruminiranje						-0,12*
E x Kontrola						0,14*
P x Kontrola						-0,13*

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001

📌 **TABLICA 5**  
Rezultati hijerarhijskih regresijskih analiza za nerespiratorne simptome

📌 **SLIKA 2**  
Interakcijski efekt neuroticizma i kontrole na nerespiratorne simptome



U skladu s hipotezama, rezultati ovoga istraživanja pokazuju da od Eysenckovih dimenzija ličnosti samo neuroticizam ima značajne samostalne efekte na tjelesne simptome. Neuroticizam djeluje na veću izraženost svih ispitanih grupa tjelesnih simptoma, što je u skladu s rezultatima koji pokazuju da su ljudi s višim neuroticizmom skloniji negativnim interpretacijama dvosmislenih podražaja kakvi mogu biti i tjelesni simptomi, da su skloni vidjeti prijetnju i probleme u situacijama kada ih drugi ljudi ne vide, da se lako uznemire i pretjerano reagiraju na manje stresne događaje te da je neuroticizam povezan s brojnijim iskazima o somatskim simptomima i negativnom afektu (Costa i McCrae, 1990.; Hooker i sur., 1992.; McCrae, 1990.; Schroeder i Costa, 1984.; Watson i Pennebaker, 1989.; Watson i sur., 1994.). Uz to što samostalno predicira izraženost svih ispitanih tjelesnih simptoma, neuroticizam u interakciji s dimenzijama kontrole i ruminiranja predicira i sve grupe tjelesnih simptoma, osim dermatoloških.

Suprotno očekivanjima, ekstraverzija i psihoticizam samostalno ne predviđaju ni jednu grupu tjelesnih simptoma, nego samo u interakcijama s dimenzijama emocionalne kontrole. Ekstraverzija se javlja kao značajan prediktor isključivo u interakciji s kontrolom, i to za sve skupine nerespiratornih simptoma, osim probavnih. Psihoticizam najčešće djeluje u interakciji s kontrolom (na ukupne respiratorne i nerespiratorne simptome te na probavne i dermatološke simptome), a samo jednom u interakciji s ruminiranjem (na dermatološke simptome).

Nakon što se u prvom koraku regresijskih analiza izluče efekti Eysenckovih dimenzija ličnosti, dimenzije emocionalne kontrole dodatno samostalno objašnjavaju vrlo malen postotak varijance svih ispitanih simptoma. Jedino dimenzija kontrole samostalno predicira manju izraženost simptoma respiratornih infekcija. Takav je efekt kontrole u skladu s prethodnim istraživanjima, koja upućuju na adaptivnost prije svega dimenzije benigne kontrole, koja je negativno povezana s percipiranim stresom i tjelesnim simptomima (Lok i Bishop, 1999.) te s oporavkom pulsa nakon stresnoga događaja (Roger i Jamieson, 1988.), dok kontrola agresivnosti nije povezana s indikatorima zdravstvenoga statusa (Lok i Bishop, 1999.; Roger i Jamieson, 1988.).

Suprotno očekivanjima, ni ruminiranje ni emocionalna inhibicija nisu samostalni prediktori tjelesnih simptoma. Jedan od mogućih razloga tome mogu biti njihove relativno visoke povezanosti s neuroticizmom, odnosno ekstraverzijom (tablica 2). Zanimljivo je da emocionalna inhibicija nije značajan prediktor tjelesnih simptoma ni u interakciji s Eysenckovim dimenzijama ličnosti, dok dimenzije ruminiranja i kontrole u interakciji s dimenzijama ličnosti imaju značajne efekte na sve ispitane grupe tjelesnih simptoma.

Interakcija neuroticizma i ruminiranja predi­cira sve ispi­tane grupe respiratornih simptoma, ukupne nerespiratorne i lokomotorne simptome. Svi navedeni simptomi još su izra­ženiji što su osobe s višim neuroticizmom sklonije ruminira­nju. Budući da je neuroticizam povezan s pamćenjem stres­nih događaja, koji dovode do negativnog raspoloženja, kao i s češćim izlaganjima stresnim situacijama (Bolger i Schilling, 1991.; Gilboa i Revelle, 1994.), vjerojatno je da viši neuroti­cizam, zajedno s povećanom sklonošću ruminiranju, ima zna­čajnih posljedica i na kognicije i raspoloženja i na percepciju tjelesnih simptoma. Moguće je da se kod neurotičara rumi­ranjem dodatno povećava raspoloživost negativnih informacija koje utječu na interpretaciju događaja, što dovodi do in­tenzivnijega stresnog doživljaja i do fiziološke stresne reakci­je. Aktivacijom autonomnoga živčanog sustava dolazi do po­višenog izlučivanja katekolamina i kortikosteroida, koji imaju jake efekte na imunološku funkciju i primarni su fiziološki me­hanizmi u odnosu stres-bolest.

Ekstraverzija djeluje na ukupne nerespiratorne, lokomo­torne i dermatološke simptome, i to uvijek u interakciji s kon­trolom. Kada je riječ o ukupnim nerespiratornim simptomima, interakcija upućuje na to da u funkciji povećane ekstra­verzije dolazi do snižene percepcije simptoma, i to izrazitije kod osoba s visokom kontrolom. Ova interakcija nije istovjet­na interakciji kontrole i ekstraverzije na dermatološke simp­tome, kod kojih dolazi do izrazitijega pada opaženih simp­toma u funkciji povećane ekstraverzije ako osobe slabo kon­troliraju svoje impulzivne i hostile reakcije. Zbog heteroge­nosti ispitanih dermatoloških simptoma i njihove potencijal­no različite etiologije teško je pretpostaviti fiziološki mehani­zam koji se nalazi u podlozi ove interakcije.

Rezultati pokazuju da interakcija psihoticizma i kontrole predi­cira ukupnu mjeru nerespiratornih, respiratornih te probavnih i dermatoloških simptoma, a interakcija psihoticizma i ruminiranja samo dermatološke simptome. Pri tome inter­akcije psihoticizma i kontrole upućuju na to da su kod osoba s niskom kontrolom navedeni simptomi izraženiji u funkciji porasta psihoticizma, dok interakcija psihoticizma i ruminira­nja na dermatološke simptome pokazuje da kod osoba s ni­skim ruminiranjem dermatološki simptomi postaju izraženiji u funkciji povećanja psihoticizma. Budući da psihoticizam u­ključuje pojačanu potrebu za ekscitacijom, koja se manifesti­ra kao sklonost antisocijalnom ponašanju, agresivnim i hostil­nim reakcijama te traženju uzbuđenja (Zuckerman, 1991.), ni­ska kontrola još više omogućuje iskazivanje navedenih reak­cija, a one opet dovode do aktivacije fizioloških stresnih reak­cija i percepcije intenzivnijih tjelesnih simptoma. Međutim, dermatološki simptomi manje rastu u funkciji psihoticizma kada je ruminiranje visoko, jer je moguće da osobe visokoga

psihoticizma upravo ruminiranjem izražavaju svoju potrebu za traženjem uzbuđenja bez socijalnih sankcija, koje su npr. moguće kada se radi o nedostatku ponašajne kontrole (hostilnih i impulzivnih reakcija).

Rezultati ovog istraživanja također pokazuju da interakcija neuroticizma i kontrole predicira ukupnu mjeru respiratornih i nerespiratornih simptoma, simptoma autonomne disfunkcije te lokomotornih i probavnih simptoma. Zanimljiv je nalaz da interakcije kontrole i neuroticizma daju drugačiji sklop rezultata kada je riječ o respiratornim simptomima u odnosu na nerespiratorne (slika 1 i 2). Naime, interakcijski efekt neuroticizma i kontrole govori da kod neurotičnih osoba sa smanjenjem kontrole dolazi do veće izraženosti respiratornih simptoma i simptoma autonomne disfunkcije u odnosu na osobe s visokom kontrolom. Suprotno tome, interakcijski efekt neuroticizma i kontrole na lokomotorne, probavne i ukupne nerespiratorne simptome upućuje na to da su ti simptomi kod osoba visokog neuroticizma izraženiji kada je kontrola visoka. Čini se da kod osoba s višim neuroticizmom, koje su općenito sklonije percipirati intenzivnije tjelesne simptome, poželjnost kontroliranja impulzivnosti i agresivnosti varira kada je riječ o tipu tjelesnih simptoma. Drugim riječima, ako slabo kontroliraju svoju impulzivnost i hostilnost (niska kontrola), visoko neurotične osobe imat će značajno veću vjerojatnost percipirati intenzivnije respiratorne simptome, dok će ta ista slaba kontrola impulzivnosti kod visokih neurotičara smanjiti izraženost nerespiratornih simptoma.

Vjerojatno je da kod neurotičnih osoba niske kontrole impulzivnosti, koja dopušta nekontrolirano izražavanje negativnih osjećaja u stanjima stresa, dolazi do više aktivacije hipotalamičko-pituitarno-adrenalne osi i simpatičko-adrenalno-medularne osi u usporedbi s osobama niskog neuroticizma, što može rezultirati padom imuniteta i povišenim respiratornim simptomima (respiratorne infekcije i simptomi autonomne disfunkcije) (vidi opširnije u Leventhal i Patrick-Miller, 1993.; Lovallo, 1997.).

Upravo obrnuto vrijedi za lokomotorne i probavne simptome. Naime, kada je riječ o lokomotornim simptomima, vjerojatno je da visoka kontrola izražavanja emocija motornim putovima dovodi do napetosti mišića, što se manifestira intenzivnijim lokomotornim simptomima (npr. boli u nogama, donjem dijelu leđa, gornjem dijelu leđa itd.). S druge strane, kada je riječ o probavnim simptomima (loša probava, bol u želucu, proljev itd.), visoka kontrola emocija u interakciji s visokim neuroticizmom vjerojatno je rezultat aktivacije parasimpatičkog ogranka autonomnoga živčanog sustava. Ukupno uzevši, dobiveni rezultati pokazuju da interakcije dviju istih dimenzija ličnosti i emocionalnoga reagiranja (neuroticizam i kontrola) mogu istovremno dovesti do povećanja jed-



nih, a smanjenja drugih grupa tjelesnih simptoma. To upućuje na potrebu za ispitivanjem djelovanja osobina ličnosti i karakteristika emocionalnoga reagiranja na različite vrste ishoda.

I na kraju treba napomenuti da je jedan od manjaka ovog istraživanja to što se temelji isključivo na mjerama samoprocjene, tako da bi dobivene rezultate svakako trebalo dodatno provjeravati upotrebom i objektivnih fizioloških mjera. Treba ispitivati i djelovanje raznih kombinacija karakteristika ličnosti i emocionalnoga reagiranja na tjelesne simptome i kada je riječ o različitim kontekstima u kojima se osobe nalaze (npr. stresni-nestresni kontekst, socijalni-nesocijalni kontekst, različiti tipovi stresnih iskustava itd.).

## LITERATURA

---

Aldwin, C. M. (1994.), *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York: The Guilford Press.

Andersen, M., Lobel, M. (1995.), Predictors of health self-appraisal: What's involved in feeling healthy. *Basic and Applied Social Psychology*, 16, 121-136.

Baum, A. (1990.), Stress, intrusive imagery, and chronic distress. *Health Psychology*, 9, 653-675.

Bolger, N., Schilling, E. A. (1991.), Personality and the problems of everyday life: The role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors. *Journal of Personality*, 59, 355-386.

Bolger, N., Zuckerman, A. (1995.), A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 890-902.

Contrada, R. J., Leventhal, H., O'Leary, A. (1990.), Personality and health. U: L. A. Pervin (ur.), *Handbook of personality: Theory and research* (str. 638-669). New York: The Guilford Press.

Costa, P. T., McCrae, R. R. (1987.), Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55, 299-316.

Costa, P. T., McCrae, R. R. (1990.), Personality: Another "hidden" factor in stress research. *Psychological Inquiry*, 1, 22-24.

Esterling, B. A., Antoni, M. H., Kumar, M., Schneiderman, N. (1990.), Emotional repression, stress disclosure responses, and Epstein-Barr capsid antigen titers. *Psychosomatic Medicine*, 52, 397-410.

Esterling, B. A., Antoni, M. H., Fletcher, M. A., Margulies, S., Schneiderman, N. (1994.), Emotional disclosure through writing and speaking modulates latent Epstein-Barr virus reactivation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 130-140.

Friedman, H. S., Booth-Kewley, S. (1987.), "The disease-prone personality": A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42, 539-555.

Gilboa, E., Revelle, W. (1994.), Personality and the structure of affective responses. U: S. H. M. Van Goozen, N. E. Van de Poll, J. A. Sergeant (ur.), *Emotions: Essays on emotion theory* (str. 135-159). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. K. (1994.), *Handbook of human stress and immunity*. New York: Academic Press.

Gross, J. J. (1999.a), Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.

Gross, J. J. (1999.b), Emotion and emotion regulation. U: L. A. Pervin, O. P. John (ur.), *Handbook of personality: Theory and research* (str. 525-552). New York: Guilford Press.

Gross, J. J., Levenson, R. W. (1997.), Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.

Hooker, K., Monahan, D., Shifren, K., Hutchinson, C. (1992.), Mental and physical health of spouse caregivers: The role of personality. *Psychology and Aging*, 7, 367-375.

Hudek-Knežević, J., Kardum, I., Lesić, R. (1999.), Efekti percipiranog stresa i stilova suočavanja na tjelesne simptome. *Društvena istraživanja*, 8, 543-561.

Idler, E. L., Kasl, S. (1991.), Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality? *Journal of Gerontology*, 46, 55-65.

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.

Kaiser, J., Hinton, J. W., Krohne, H. W., Stewart, R., Burton, R. (1995.), Coping dispositions and physiological recovery from a speech preparation stressor. *Personality and Individual Differences*, 19, 1-11.

Kline, R. B. (1998.), *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.

Lepore, S. J. (1997.), Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1030-1037.

Leventhal, H., Patrick-Miller, L. (1993.), Emotion and illness: The mind is in the body. U: M. Lewis, J. M. Haviland (ur.), *Handbook of Emotions* (str. 365-379). New York: The Guilford Press.

Leventhal, E. A., Hansell, S., Diefenbach, M., Leventhal, H., Glass, D. C. (1996.), Negative affect and self-report of physical symptoms: Two longitudinal studies of older adults. *Health Psychology*, 15, 193-199.

Levy, S. M., Herberman, R. B., Malnish, A. M., Schlien, B., Lippman, M. (1985.), Prognostic risk assesment in primary breast cancer by behavioral and immunological parameters. *Health Psychology*, 4, 99-113.

Lok, C. F., Bishop, G. D. (1999.), Emotional control, stress and health. *Psychology and Health*, 14, 813-827.

Lovallo, W. R. (1997.), *Stress and health: Biological and psychological interactions*. Thousand Oaks: Sage.

Lyons, A., Chamberlain, K. (1994.), The effects of minor events, optimism and self-esteem on health. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 559-570.

Malatesta, C. Z., Culver, C. (1993.), Gendered health: Differences between men and women in the relation between physical symp-

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB  
GOD. 13 (2004),  
BR. 6 (74),  
STR. 989-1010

KARDUM, I.,  
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.,  
KALEBIĆ, B.:  
POVEZANOST...

toms and emotion expression behavior. U: H. C. Traue, J. W. Pennebaker (ur.), *Emotion inhibition and health* (str. 116-144). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.

McCrae, R. R. (1990.), Controlling neuroticism in the measurement of stress. *Stress Medicine*, 6, 237-241.

Mendolia, M., Kleck, R. E. (1993.), Effects of talking about a stressful event on arousal: Does what we talk about make a difference? *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 283-292.

Miharija, Ž. (1994.), *Norme za Eysenckov upitnik ličnosti – oblik za odrasle*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Miller, G. E., Cohen, S., Rabin, B. S., Skoner, D. P., Doyle, W. J. (1999.), Personality and tonic cardiovascular, neuroendocrine, and immune parameters. *Brain, Behavior and Immunity*, 13, 109-123.

Ouellette Kobasa, S. C. (1990.), Lessons from history: How to find the person in health psychology. U: H. S. Friedman (ur.), *Personality and disease* (str. 14-37). New York: Wiley.

Peltzer, K. (2002.), Health-promoting lifestyles and personality among black South African students. *Social Behavior and Personality*, 30, 417-422.

Pennebaker, J. W. (1982.), *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer-Verlag.

Pennebaker, J. W. (1989.), Confession, inhibition, and disease. U: L. Berkowitz (ur.), *Advances in Experimental Social Psychology* (str. 211-244). San Diego: Academic Press.

Pennebaker, J. W., Beall, S. K. (1986.), Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.

Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J., Glaser, R. (1988.), Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.

Richards, J. M., Beal, W. E., Seagal, J. D., Pennebaker, J. W. (2000.), Effects of disclosure of traumatic events on illness behavior among psychiatric prison inmates. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 156-160.

Roger, D. (1988.), *The role of emotion control in human stress responses*. Izloženo na godišnjoj konferenciji britanskog psihološkog društva, University of Leeds, England.

Roger, D. (1995.), Emotional control coping strategies and adaptive behaviour. *Stress and Emotion*, 15, 255-264.

Roger, D. (1999.), The role of cognitive rumination, coping styles and self-esteem in moderating adaptational responses to stress. *Personality Psychology in Europe*, 7, 351-364.

Roger, D., Neshover, W. (1987.), The construction and preliminary validation of a scale for measuring emotional control. *Personality and Individual Differences*, 8, 527-534.

Roger, D., Jamieson, J. (1988.), Individual differences in delayed heart-rate recovery following stress: The role of extraversion, neuroticism and emotional control. *Personality and Individual Differences*, 9, 721-726.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB  
GOD. 13 (2004),  
BR. 6 (74),  
STR. 989-1010

KARDUM, I.,  
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.,  
KALEBIĆ, B.:  
POVEZANOST...

Roger, D., Najarian, B. (1989.), The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences*, 10, 845-853.

Rosenberg, E. L. (1998.), Levels of analysis and the organization of affect. *Review of General Psychology*, 2, 247-270.

Salovey, P., Detweiler, J. B., Steward, W. T., Rothman, A. J. (2000.), Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.

Schroeder, D. H., Costa, P. T. (1984.), Influence of life events on physical illness: Substantive effects or methodological flaws? *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 853-863.

Schwarz, G. E., Kline, J. P. (1995.), Repression, emotional disclosure, and health: Theoretical, empirical, and clinical considerations. U: J. A. Pennebaker (ur.), *Emotion, disclosure, and health* (str. 177-193). Washington, DC: American Psychological Association.

Skelton, J. A., Pennebaker, J. W. (1990.), The verbal system. U: J. T. Cacioppo, L. G. Tassinary (ur.), *Principles of Psychophysiology: Physical, Social, and Inferential Elements* (str. 631-657). Cambridge: Cambridge University Press.

Spera, S. P., Buhrfeind, E. D., Pennebaker, J. W. (1994.), Expressive writing and coping with job loss. *Academy of Management Journal*, 37, 722-733.

Steptoe, A., Wardle, J., Vinck, J., Tuomisto, M., Holte, A., Wichstrom, L. (1994.), Personality and attitudinal correlates of health and unhealthy lifestyle in young adults. *Psychology and Health*, 9, 331-343.

Stone, S. V., Costa, P. T. (1990.), Disease-prone personality or distress-prone personality? The role of neuroticism in coronary heart disease. U: H. S. Friedman (ur.), *Personality and Disease* (str. 178-200). New York: Wiley.

Thomas, C. B., McGabe, O. L. (1980.), Precursors of premature disease and death: Habits of nervous tension. *Johns Hopkins Medical Journal*, 147, 137-145.

Tucker, J. S., Friedman, H. S. (1996.), Emotion, personality and health. U: C. Magai, S. H. McFadden (ur.), *Handbook of Emotion, Adult Development and Ageing* (str. 307-326). San Diego: Academic Press.

Van Heck, G. L. (1997.), Personality and physical health: Toward an ecological approach to health-related personality research. *European Journal of Personality*, 11, 415-443.

Wakefield, J. A. (1989.), Personality, health and cigarette smoking. *Personality and Individual Differences*, 5, 541-546.

Walsh, J. J., Eysenck, M. W., Wilding, J., Valentine, J. (1994.), Type-A, Neuroticism, and physiological functioning (actual and reported). *Personality and Individual Differences*, 16, 959-965.

Watson, D., Clark, L. A. (1992.), On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to five-factor model. *Journal of Personality*, 60, 441-476.

Watson, D., Clark, L. A. (1997.), Extraversion and its positive emotional core. U: R. Hogan, J. Johnson, S. Briggs (ur.), *Handbook of personality psychology* (str. 767-793). San Diego: Academic Press.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB  
GOD. 13 (2004),  
BR. 6 (74),  
STR. 989-1010

KARDUM, I.,  
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.,  
KALEBIĆ, B.:  
POVEZANOST...

Watson, D., Pennebaker, J. W. (1989.), Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.

Watson, D., Clark, L. A., Harkness, A. R. (1994.), Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 18-31.

Weinberger, D. A. (1990.), The construct validity of the repressive coping style. U: J. L. Singer (ur.), *Repression and Dissociation: Implications for Personality Theory, Psychopathology and Health* (str. 337-386). Chicago: University of Chicago Press.

Wiebe, D. J., Smith, T. W. (1997.), Personality and health: Progress and problems in psychosomatics. U: R. Hogan, J. Johnson, S. Briggs (ur.), *Handbook of Personality Psychology* (str. 891-918). San Diego: Academic Press.

Zuckerman, M. (1991.), *Psychobiology of personality*. Cambridge: Cambridge University Press.

## Relations between Eysenck's Personality Dimensions, Dimensions of Emotional Control and Physical Symptoms

Igor KARDUM, Jasna HUDEK-KNEŽEVIĆ, Barbara KALEBIĆ  
Faculty of Philosophy, Rijeka

On the sample of 338 subjects the relations between Eysenck's personality dimensions, emotional functioning and various groups of physical symptoms were examined. Dimensions of emotional control were measured by Emotional Control Questionnaire (ECQ, Roger and Najarian, 1989), adapted for the purpose of this study. It comprises three dimensions: rehearsal, control and emotional inhibition. Physical symptoms were measured by Pennebaker Inventory of Limbic Languidness (PILL, Pennebaker, 1982), which measures two groups of physical symptoms, respiratory and nonrespiratory symptoms. It was hypothesized that physical symptoms are not only the result of the main effects of personality dimensions or dimensions of emotional control but partly the result of the interactions of the two groups of dimensions, i.e. personality characteristics and emotional control mechanisms. The results of hierarchical regression analyses indicate that from Eysenck's personality dimensions only neuroticism has main positive effects on all groups of physical symptoms, while from the dimensions of emotional control only control has main effects on the less intensive symptoms of respiratory infections. However, interactions of control and rehearsal with neuroticism and psychoticism have significant effects on respiratory as well as on nonrespiratory symptoms, while the

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB  
GOD. 13 (2004),  
BR. 6 (74),  
STR. 989-1010

KARDUM, I.,  
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.,  
KALEBIĆ, B.:  
POVEZANOST...

interaction between extraversion and control predicts only nonrespiratory symptoms. The results obtained were explained by physiological mechanisms through which psychological processes influence the occurrence of physical symptoms.

## Der Bezug zwischen den Persönlichkeitsdimensionen nach Eysenck und den Dimensionen der Gefühlskontrolle mit Körpersymptomen

Igor KARDUM, Jasna HUDEK-KNEŽEVIĆ, Barbara KALEBIĆ  
Philosophische Fakultät, Rijeka

Es wurden insgesamt 338 Personen befragt, um den Bezug zwischen den Persönlichkeitsdimensionen nach Eysenck und den Dimensionen der Gefühlskontrolle mit verschiedenen Körpersymptomen zu untersuchen. Die Dimensionen der Gefühlskontrolle wurden mittels eines adaptierten Fragebogens zur Gefühlskontrolle ermittelt (Roger und Najarian, 1989); darin enthalten sind die Dimensionen Ruminatation (reifliches Überlegen), Kontrolle und gefühlsmäßige Inhibiertheit. Die körperlichen Symptome wurden anhand des Inventars zur Ermittlung limbischer Erschöpfung nach Pennebaker ermittelt (PILL; Pennebaker, 1982); demgemäß gibt es zwei Gruppen körperlicher Symptome – respiratorische und nicht respiratorische. Die Autoren gingen von der Annahme aus, dass Körpersymptome nicht nur das Ergebnis von selbstständig wirksamen Persönlichkeitsdimensionen bzw. Dimensionen der Gefühlskontrolle sind, sondern zum Teil auch aus der Interaktion zweier Dimensionengruppen hervorgehen, d.h. aus dem Zusammenwirken von Persönlichkeitsmerkmalen und Mechanismen zur Gefühlskontrolle. Die angewandten hierarchischen Regressionsanalysen zeigen, dass von den Persönlichkeitsdimensionen nach Eysenck nur der Neurotizismus sich selbstständig und in positiver Weise auf alle Körpersymptome auswirkt, während von den Dimensionen der Gefühlskontrolle nur die Kontrolle als solche in eigenständiger Weise eine leichtere Ausprägung von Symptomen einer Infektion der Atemwege prädiziert. Jedoch das Zusammenspiel von Kontrolle und Ruminatation einerseits und Neurotizismus und Psychotizismus andererseits hat wesentliche Auswirkungen sowohl im Sinne respiratorischer als auch nicht respiratorischer Symptome, während die Interaktion von Extraversion und Kontrolle in bedeutsamer Weise nur respiratorische Symptome prädiziert. Die gewonnenen Ergebnisse wurden anhand bestimmter physiologischer Mechanismen erklärt, mittels deren psychologische Prozesse körperliche Symptome hervorbringen.