



KONCEPTUALNI I METODOLOŠKI PROBLEMI U ISPITIVANJIMA ODNOSA LIČNOSTI I TJELESNOGA ZDRAVLJA

Igor KARDUM, Jasna HUDEK-KNEŽEVIĆ
Filozofski fakultet, Rijeka

UDK: 159.923:613.8
Pregledni rad

Primljeno: 15. 9. 2008.

U ovom su članku opisane četiri najvažnije grupe konceptualnih i metodoloških problema u ispitivanju odnosa ličnosti i tjelesnoga zdravlja. Prva se odnosi na definiciju i shvaćanje tjelesnih bolesti, odnosno na njihovu specifičnost, razine dijagnostičke preciznosti i faze razvoja bolesti. Druga grupa odnosi se na definiciju i shvaćanje ličnosti. Najvažniji konceptualni problemi odnose se na definiciju konstrukata ličnosti, nedovoljno pridavanje pažnje organizaciji ličnosti te nedovoljno razlikovanje hijerarhijskih razina ličnosti. Od metodoloških problema istaknuti su oni vezani uz valjanost procjene ličnosti i odnos ličnosti i situacijskih faktora. Nadalje, opisani su problemi pristupa usmjerenog na crte ličnosti i problemi vezani uz petofaktorski model ličnosti te su predloženi postupci za poboljšanje konceptualizacije i mjerenja ličnosti. Treća grupa problema odnosi se na definiciju i shvaćanje kontekstualnih faktora, poput sociokulturalnoga, interpersonalnoga, situacijskoga i vremenskoga konteksta. Četvrta grupa problema vezana je uz testiranje odnosa između ličnosti i tjelesnoga zdravlja, a obuhvaća poteškoće vezane uz primjenu adekvatnih nacrti istraživanja te primjereno utvrđivanje kauzalnoga statusa crta ličnosti prema zdravstvenim ishodima.

Ključne riječi: ličnost, tjelesno zdravlje, metodološki problemi

Ovaj je članak proizašao iz znanstvenoga projekta *Osobine ličnosti, emocionalni i socijalni procesi kao odrednice zdravlja* (009-0092660-2658), koji se provodi uz potporu Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske.



Igor Kardum, Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet,
Odsjek za psihologiju, Slavka Krautzeka b.b. – Kampus,
51 000 Rijeka, Hrvatska.
E-mail: kardum@ffri.hr

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 18 (2009),
BR. 1-2 (99-100),
STR. 3-24

KARDUM, I.,
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.:
KONCEPTUALNI...

Odnosom osobina ličnosti i tjelesnoga zdravlja bavili su se još Hipokrat i Galen, koji su u svojoj tipologiji ličnosti polazili od toga da su specifične biopsihološke dispozicije povezane sa sklonosti prema raznim vrstama bolesti. Suvremenija objašnjenja odnosa ličnosti i tjelesnoga zdravlja nalazimo u psihoanalitičkoj literaturi iz četrdesetih i pedesetih godina 20. stoljeća (Alexander, 1950.), dok je u novije vrijeme ponovno zanimanje za tu temu potaknuto razvojem biopsihosocijalnoga modela (Engel, 1977.), posebno teorijom i istraživanjima A-tipa ličnosti (Friedman i Rosenman, 1974.) i psihološke čvrstoće (*hardiness*) (Kobasa, 1979.). Do danas su ta istraživanja došla do značajnih nalaza, međutim, ona su opterećena brojnim problemima koji u nekim slučajevima ograničavaju daljnji napredak na ovom području. U ovom će radu biti riječi o četiri skupine konceptualnih i metodoloških problema koji se javljaju unutar biopsihosocijalnoga pristupa u istraživanju odnosa ličnosti i zdravlja: 1. problemi koji se odnose na definiciju i shvaćanje tjelesnih bolesti, 2. na definiciju i shvaćanje ličnosti, 3. na definiciju i shvaćanje kontekstualnih faktora te 4. oni vezani uz testiranje odnosa između ličnosti i tjelesnoga zdravlja.

PROBLEMI KOJI SE ODNOSE NA DEFINICIJU I SHVAĆANJE TJELESNIH BOLESTI

Contrada i sur. (1990.) navode da je utvrđivanje veze između osobina ličnosti i tjelesnih bolesti znatno otežano prirodom suvremenih bolesti. Poboljšanje prehrane i higijenskih uvjeta u industrijaliziranom svijetu gotovo je uklonilo zarazne bolesti, nekada glavne razloge prerane smrti ili nesposobnosti. S iznimkom side, kronične bolesti, kao što su kardiovaskularne i kancerogene te dijabetes, smijenile su zarazne bolesti kao glavne uzroke smrtnosti, nesposobnosti, smanjene kvalitete života i medicinskih troškova. Međutim, kronične bolesti imaju višestruke uzroke, povezane su s različitim životnim stilovima, kao što su prehrana, pušenje, vježbanje, te s tradicionalnim biomedicinskim varijablama, ali i s emocionalnim stresom i karakteristikama ličnosti. Te je bolesti teže dijagnosticirati, teško ih je dovesti u vezu s nekim pojedinačnim uzrokom i vrlo ih je teško kontrolirati. Osim toga laici, pa i psiholozi, smatraju da se termini kao što su npr. "karcinom" ili "kardiovaskularna bolest" odnose na neke specifične bolesti, što nije točno. "Karcinom" se odnosi na više od sto specifičnih bolesti, koje imaju neka zajednička obilježja, ali koje se međusobno razlikuju s obzirom na etiologiju, kliničku manifestaciju i tijek. Kao što se biomedicinski rizični faktori razlikuju kod specifičnih bolesti koje ulaze u neku opću kategoriju, tako bismo i od karakteristika ličnosti mogli očekivati različite efekte kod različitih specifičnih bolesti. Zbog toga Contrada i sur. (1990.) navode da je definicija bolesti prvi nužni korak za utvrđivanje kauzalne veze između ličnosti i bolesti.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 18 (2009),
BR. 1-2 (99-100),
STR. 3-24

KARDUM, I.,
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.:
KONCEPTUALNI...

Dodatni je problem što se dijagnoza određene bolesti može postaviti na različitim razinama dijagnostičke preciznosti. Bolest se često definira na osnovi simptoma i znakova (npr. osip ili tumor), pri čemu definicija može uzeti u obzir regiju ili tjelesni sustav u kojem je simptom lociran (npr. tumor pluća). Na molekularnoj razini bolest može biti definirana staničnim procesima (npr. tumor mekoga tkiva), a može biti definirana i svojim krajnjim uzrokom (npr. pogreška u genskoj matrici, neishranjenost). Ono što je važno za ispitivanje odnosa između ličnosti i tjelesnih bolesti jest mogućnost da varijable ličnosti mogu na razne načine biti povezane s razinama dijagnosticiranja bolesti. Contrada i sur. (1990.) kao primjer navode esencijalnu hipertenziju, dijagnozu koja se temelji na znaku – povećanju krvnoga tlaka, pri čemu se ne specificira njezin uzrok. E-sler i sur. (1977.) podijelili su umjereno hipertenzivne pacijente u dvije grupe: jednu s povišenom razinom renina (enzima čije izlučivanje djelomično regulira simpatički živčani sustav) i drugu s normalnom razinom renina. Rezultati su pokazali da se grupa s visokom razinom renina razlikuje po potisnutoj hostilnosti i od hipertenzivne grupe s normalnom razinom renina i od kontrolne grupe s normalnim krvnim tlakom. U ovom je slučaju, dakle, veza između potisnute hostilnosti kao karakteristike ličnosti i povišenoga krvnog tlaka ustanovljena tek kada je dijagnoza postavljena ne samo na osnovi simptoma (povećani krvni tlak) nego i na molekularnoj razini (npr. prisutnost simpatičke živčane aktivnosti).

Pri ispitivanju odnosa između karakteristika ličnosti i tjelesnih bolesti psiholozi vrlo često rabe verbalne samoiskaze o tjelesnim simptomima, a rjeđe objektivne indikatore bolesti. Upotreba verbalnih samoiskaza također ima važnih implikacija na ispitivanje veze između ličnosti i tjelesnih bolesti. Brojna istraživanja pokazuju da mjere anksioznosti i neuroticizma uključuju mnoge čestice koje mjere tjelesne simptome (Andersen i Lobel, 1995.). Zbog toga često dolazi do umjetnoga povećanja korelacija između osobina ličnosti i subjektivnih procjena simptoma. Osim toga, osobe s visokom anksioznošću ili neuroticizmom mogu izvještavati o većem broju okolinskih stresnih situacija te mogu imati iskrivljenu percepciju prema vlastitim tjelesnim simptomima i pripisivati ih bolesti. Svi navedeni procesi otežavaju interpretaciju veze između stresa, osobina ličnosti i bolesti. Međutim, bez obzira na te poteškoće, Contrada i sur. (1990.) smatraju da tjelesni simptomi mogu biti valjani indikatori bolesti, ali ovisno o tome o kojoj je bolesti riječ. Tako npr. akutne infekcije provociraju aktivnost imunostanoga sustava, a imunostani odgovori općenito su izvor najvećega broja simptoma. Nasuprot tome, mnoge kronične bolesti, kao što su kancerogene i kardiovaskularne, u svojoj su ranoj fazi asimptomatske. One postaju simptomatske tek

kada bolest ošteti ostale tjelesne funkcije. Dakle, subjektivna procjena tjelesnih simptoma korisnija je za mjerenje akutnih zaraznih stanja nego kroničnih bolesti. Nadalje, subjektivni tjelesni simptomi vrlo su važni i za otkrivanje tjelesnih bolesti (Kroenke, 2001.). Međutim, treba napomenuti da ako su simptomi povezani s osobinama ličnosti, tada se može dogoditi da je veza između ličnosti i bolesti posljedica povezanosti ličnosti s procesom otkrivanja bolesti, a ne povezanosti ličnosti s nekim specifičnim patofiziološkim procesom.

Ispitivanje povezanosti osobina ličnosti i tjelesnih bolesti otežava i činjenica da mnoge bolesti imaju složenu i dugu povijest razvoja te da u različitim vremenskim točkama bolesti mogu biti označene na različite načine i identificirane različitim pokazateljima. Osim toga, u različitim vremenskim točkama različiti faktori (npr. različiti biokemijski procesi) mogu biti odgovorni za razvoj bolesti. Može se pretpostaviti da i faktori ličnosti i faktori okoline mogu imati različite efekte u različitim fazama razvoja bolesti. Također, mortalitet dovodi do promjene učestalosti pojedinih bolesti u različitim dobnim skupinama. Tako koronarni mortalitet u muškaraca srednje dobi može dovesti do smanjenja učestalosti tih bolesti tako da su neke druge bolesti češći uzroci mortaliteta kod muškaraca od 70 i više godina (Contrada i sur., 1990.). Osim toga, osobe s gotovo svim psihijatrijskim dijagnozama imaju 3,5 do 4 puta veći mortalitet uzrokovan samoubojstvima, ubojstvima i drugim nasilnim ponašanjima (Martin i sur., 1985.). Ranija smrt zbog navedenih razloga smanjuje vjerojatnost od smrti uzrokovane bolestima. Budući da se rizik od tjelesnih bolesti povećava s dobi, kod psihijatrijskih pacijenata to može dovesti do podcijenjenoga mortaliteta uzrokovanoga tjelesnim bolestima, odnosno do nalaza da ličnost uopće ne povećava vjerojatnost pojave tjelesnih bolesti (Suls i Rittenhouse, 1990.).

PROBLEMI KOJI SE ODOSE NA DEFINICIJU I SHVAĆANJE LIČNOSTI

U literaturi se navodi velik broj problema vezanih uz definiciju i shvaćanje ličnosti. Prvi često navođeni konceptualni nedostatak jest nedovoljna pažnja koja se pridaje definiciji pojedinih konstrukata ličnosti. Kako navodi Ouellette Kobasa (1990.), iako se konstrukti ličnosti koji se dovode u vezu sa zdravstvenim ishodima pažljivo operacionaliziraju, autori najčešće ne obrazlažu zbog čega bi ti konstrukti trebali biti aspekt ličnosti, a ne neke druge domene psihološkoga funkcioniranja. Čini se da je dovoljno da se neki konstrukt ne odnosi na situacije te da pokazuje stabilnost u vremenu i situacijama, pa da se može zaključiti kako je riječ o nekom aspektu ličnosti. Istraživanja odnosa ličnosti i zdravlja najčešće nisu zasnovana na nekoj općoj teoriji ponašanja niti uključuju neke temeljne pretpostavke o ljudskoj prirodi.

Drugi konceptualni nedostatak koji se često navodi (npr. Ouellette Kobasa, 1990.; Van Heck, 1997.) jest nedovoljno pridavanje pažnje organizaciji ličnosti i uzorcima karakteristika ličnosti. U istraživanjima se najčešće rabi samo jedan aspekt ličnosti te gotovo da i nema integrativnih istraživanja koja bi ispitala koliko su za zdravlje i bolest važni uzorci povezanosti između raznih aspekata ličnosti, kao što su motivi, emocije, kognitivni stilovi, temperament, očekivanja i slično. Osim toga, treba ispitivati posljedice opaženih uzoraka ličnosti na biokemijske promjene koje uključuju autonomni, endokrini i imunosni sustav, kao i interakciju ne samo između aspekata ličnosti i situacija nego i između aspekata ličnosti (Friedman, 2008.). Naravno, da bi to bilo moguće, trebalo bi nomotetska istraživanja dopuniti idiografskima.

Treći važan nedostatak jest nedovoljno razlikovanje između hijerarhijskih razina unutar ličnosti. Polazeći od Allportova razlikovanja između kardinalnih, centralnih i sekundarnih dispozicija ličnosti, Ouellette Kobasa (1990.) smatra da bi u ispitivanjima odnosa između osobina ličnosti i zdravlja trebalo odrediti ne samo položaj ispitanika na pojedinim dimenzijama nego i status tih dimenzija za svakog ispitanika. Dva ispitanika mogu imati jednak položaj na dimenziji pesimizma, međutim za jednoga to može biti kardinalna, a za drugoga sekundarna dimenzija. Allportova hijerarhijska organizacija crta ličnosti može nam pomoći i u boljem razumijevanju nekonzistentnih rezultata istraživanja. Naime, dimenzije ličnosti mogu imati vrlo različite zdravstvene posljedice ako u hijerarhiji zauzimaju kardinalnu u usporedbi sa sekundarnom pozicijom. Iako je u psihologiji ličnosti učinjen stnovit napredak s obzirom na razlikovanje važnosti pojedinih crta za pojedince, primjena tih dostignuća u istraživanjima odnosa ličnosti i zdravstvenih ishoda još je vrlo rijetka.

Uz navedene probleme, u novije se vrijeme sve više naglašava i potreba da se u istraživanja odnosa ličnosti i tjelesnoga zdravlja uključuju i neke druge varijable koje do sada nisu bile dovoljno zastupljene i čija je potencijalna važnost za zdravstvene ishode vjerojatno podcijenjena, kao što su vještine i sposobnosti, samoshvaćanje, potrebe i motivi kao i varijable koje se odnose na mentalno zdravlje kao što su depresivnost i anksioznost (Contrada i sur., 1990.; Emmons, 1997.; Ouellette, 1999.).

Druga grupa problema vezana je uz mjerenje varijabli ličnosti. Najčešće se navodi problem valjane procjene ličnosti, jer, kako navode Wiebe i Smith (1997.), u velikom broju istraživanja nema adekvatne ili jasne evidencije o konstruktnoj valjanosti. Kada bi jedina namjera istraživanja odnosa ličnosti i zdravlja bila poboljšanje predviđanja zdravstvenih ishoda,

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 18 (2009),
BR. 1-2 (99-100),
STR. 3-24

KARDUM, I.,
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.:
KONCEPTUALNI...

konstruktna valjanost ne bi bila važna. U tom slučaju npr. ne bi bilo važno što mjeri neka skala namijenjena procjeni A-tipa ličnosti, nego bismo bili usmjereni samo na to koliko ta mjera omogućava predviđanje budućih zdravstvenih ishoda. Međutim, istraživanja na ovom području imaju znatno ambiciozniji cilj i nisu usmjerena samo na poboljšanje predviđanja nego nastoje testirati i specifične hipoteze o doprinosu pojedinih konstrukata ličnosti budućem zdravlju, kao i razumjeti mehanizme kojima ličnost ostvaruje svoje efekte na zdravlje. Za ostvarenje takva cilja nužno je prethodno utvrditi konstruktnu valjanost mjera ličnosti. S tim je u vezi i problem vrednovanja novih mjernih instrumenata i konstrukata, koji se često preklapaju s nekim postojećim i često istraživanim dimenzijama ličnosti (npr. s neuroticizmom). Zbog nepostojanja informacija o konstruktnoj valjanosti tih instrumenata i konstrukata često se pod novim imenima pojavljuju već poznate dimenzije ličnosti, a rezultat toga jest sve veći broj istraživanja koja je sve teže integrirati (Wiebe i Smith, 1997.). Da bi se izbjegli ovi problemi, neki autori (npr. Wiebe i Smith, 1997.) preporučuju upotrebu petofaktorskoga modela, oko kojeg postoji visoko slaganje da, barem na deskriptivnoj razini, adekvatno predstavlja najvažnije domene ličnosti. Međutim, i uz primjenu ovoga modela u istraživanjima odnosa između ličnosti i zdravlja vezuju se neki problemi, o čemu će biti više riječi kasnije.

Kasl i Rapp (1991.) iznose zanimljivo zapažanje o kriterijima za utvrđivanje konstruktna valjanosti kod konstrukata ličnosti koji potječu iz teorija ličnosti i konstrukata koji su nastali da bi se predvidjeli zdravstveni ishodi (npr. A-tip ličnosti, čvrstoća ličnosti itd.). Kada konstruktna valjanost neke mjere jako ovisi o predviđanju zdravstvenih ishoda, onda mjere određenoga konstrukta, pa čak i sam konstrukt, postaju upitni ako je empirijska povezanost sa zdravstvenim ishodima slabija od zadovoljavajuće. Tako istraživanja s A-tipom ličnosti govore o mnogim pokušajima poboljšanja konstrukta i njegovih mjera, kao i o pokušajima identificiranja njegovih toksičnih komponenti (Friedman, 1990.). Slično tome, kritike koncepta čvrstoće ličnosti i njegovih mjera često se zasnivaju na evidenciji o njegovim vezama sa zdravstvenim ishodima. Kada je riječ o konstruktu koji potječe iz neke teorije ličnosti i kada je njegova konstruktna valjanost uglavnom zasnovana na evidenciji o povezanosti s drugim crtama i ponašanjima, tada niske povezanosti između te crte i zdravstvenih ishoda ne dovode u pitanje konstrukt i njegove mjere. Čak se poboljšanje konstrukta i njegovih mjera radi dobivanja viših povezanosti sa zdravstvenim statusom smatra neprikladnim, jer zdravstveni status obično nije dio nomološke mreže toga kon-

strukta (Kasl i Rapp, 1991.). Međutim, sve više rezultata o povezanosti pojedinih dimenzija ličnosti s varijablama zdravstvenoga statusa nameće potrebu da se i u ispitivanju konstruktne valjanosti mjera koje proizlaze iz teorija ličnosti kao dio njihove nomološke mreže uključe i mjere zdravstvenih ishoda.

Sljedeći važan problem vezan uz definiciju i shvaćanje ličnosti jest njezin odnos sa situacijskim faktorima. Kao što je poznato, biopsihosocijalni model odnosa ličnosti i zdravlja počiva na pretpostavci da je zdravlje pod utjecajem interakcije ili transakcije obilježja ličnosti i relevantnih situacijskih karakteristika. Usprkos tome, u najvećem se broju istraživanja ne ispituje interakcija ličnosti i situacija, iako u brojnim konceptualizacijama ličnosti koje se rabe na ovom području nema ničega što bi to onemogućavalo. Iako naizgled jednostavan, problem odnosa ličnosti i situacija, pogotovo u kontekstu zdravstvenih ishoda, vrlo je složen. Prvi problem koji se pritom javlja jest nepostojanje konceptualne i mjerne sheme za situacijske faktore. Zbog toga se u istraživanjima rabe vrlo različite i često vrlo arbitrarno određene situacije, koje s jedne strane otežavaju integraciju dobivenih nalaza, a s druge strane smanjuju generalizaciju, jer se s razlogom može pretpostaviti da je bar dio efekata situacija, kao i interakcijskih efekata ličnosti i situacija, situacijski specifičan. Drugi problem vezan je uz teorijsku osnovu pojedinih crta ličnosti. Naime, u teorijskim postavkama crta ličnosti, kao što su npr. A-tip ličnosti i čvrstoća ličnosti, koje potječu iz zdravstvene psihologije, biheviornalne medicine i psihosocijalne epidemiologije, češće se eksplicitno pretpostavljaju i aditivni i/ili interakcijski doprinosi okolinskih varijabli, nego što je to s crtama ličnosti koje vuku korijen iz teorija ličnosti (Kasl i Rapp, 1991.). Osim toga, čak i kod karakteristika ličnosti koje proizlaze iz teorija ličnosti postoje razlike s obzirom na njihovu osjetljivost na situacijski kontekst, pa tako npr. možemo razlikovati crte ličnosti koje su transsituacijske akcijske tendencije i specifične S-R dispozicije, tj. dispozicije za određene reakcije unutar određenih uvjeta (Ben-Porath i Tellegen, 1990.). Međutim, iako se ta dva obilježja ličnosti mogu razdvojiti konceptualno, treba napomenuti da je transsituacijske crte ličnosti teško odvojiti od specifičnih situacijskih reakcija samo na osnovi mjernih postupaka. Tako npr. mjere negativne afektivnosti (Watson i Pennebaker, 1989.) često odražavaju i akutne i kronične reakcije, kao i predispozicije slične crtama ličnosti, pri čemu je nemoguće utvrditi relativnu proporciju tih komponenti kroz pojedince i kroz situacije.

Problem odnosa između ličnosti i situacijskih faktora još je složeniji ako ličnost promatramo ne samo u interakcijskom nego i u transakcijskom odnosu sa situacijskim faktorima, tj.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 18 (2009),
BR. 1-2 (99-100),
STR. 3-24

KARDUM, I.,
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.:
KONCEPTUALNI...

ako polazimo od činjenice da osobe u određenoj mjeri same izabiru situacije s kojima će se susresti. Naime, u većini dosadašnjih istraživanja odnosa ličnosti i zdravlja u kojima su bili uključeni i situacijski faktori postojala je tendencija da se efekti ličnosti odvoje od efekata situacijskih faktora, najčešće operacionaliziranih kao stresni događaji. Tako se u nekim istraživanjima ispituje i statistička interakcija ličnosti i stresnih događaja, podrazumijevajući da su ličnost i stres nezavisni faktori (npr. Hoffman i sur., 1996.). Međutim, ako pođemo od pretpostavke da pojedine crte ličnosti dovode do češćeg izlaganja stresnim događajima, što brojna istraživanja i potvrđuju (npr. Bolger i Schilling, 1991.), tada je nemoguće razdvojiti efekte ličnosti i situacija jer je riječ o međusobno povezanim faktorima. U tom slučaju karakteristike ličnosti mogu primarno označavati izloženost nekoj okolini, kao što i izloženost nekoj okolini može upućivati primarno na ulogu karakteristika ličnosti. Takvu ulogu ne moraju imati samo karakteristike ličnosti u užem smislu, kao što je npr. neuroticizam koji pojedince predodređuje za izloženost i doživljavanje stresnih događaja (Stone i Costa, 1990.), nego i sociodemografska obilježja, kao što su npr. spol i rasa. Postoji i problem koji je obrnut od ovoga, a koji se sastoji u tome da neka stabilna karakteristika ličnosti može zamaskirati efekt izloženosti nekoj okolini. Navedene činjenice mogu imati značajnih posljedica i u statističkom vrednovanju efekata ličnosti i situacija na zdravstvene ishode. Naime, kada su nezavisne varijable međusobno povezane, povećava se standardna pogreška regresijskih koeficijenata, čime se smanjuje snaga statističkoga testa (Morris i sur., 1986.). Suls i Rittenhouse (1990.) pretpostavljaju da upravo niska snaga statističkih testova, uzrokovana navedenim pojavama, objašnjava zbog čega je do sada nađeno relativno malo interakcija ličnosti i stresnih događaja.

Osim što karakteristike ličnosti mogu utjecati na izbor specifičnih situacija s kojima će se osoba susretati, ličnost može biti u transakciji s okolinom i tako da djeluje na procjenu i promjenu okoline (Ickes i sur., 1997.). Pojedine karakteristike ličnosti mogu dovesti do promjene okoline, posebno socijalne okoline, kao što je npr. socijalna podrška, koja može biti u funkciji raznih karakteristika osobe, kao što su socijalne vještine, afilijativne tendencije, neuroticizam, itd. Subjektivna evaluacija okolinskih uvjeta može primarno biti i funkcija stabilnih predispozicija, kao što su negativna afektivnost ili optimizam. Sve nam to pokazuje da ličnost na vrlo različite načine može utjecati na etiološku dinamiku koja se nalazi u osnovi odnosa stresa i zdravstvenih ishoda te da je njezine efekte i u vrlo pažljivo planiranim istraživanjima teško jednoznačno identificirati.

Problemi prisupa usmjerenog na crte ličnosti

Crte ličnosti obično se shvaćaju kao stabilne individualne razlike, čiji se efekti ostvaruju u dužim periodima i u velikom rasponu situacija. Najveći dio istraživanja odnosa ličnosti i zdravlja slijedi tradicionalnu statističku strategiju, testirajući glavne efekte ličnosti na zdravstvene ishode. Međutim, ovom se pristupu u kontekstu istraživanja odnosa između osobina ličnosti i tjelesnoga zdravlja pripisuju i brojni nedostaci. Tako npr. Ouellette (1999.) navodi sljedeće nedostatke pristupa usmjerenog na crte ličnosti:

Naglašavanje konzistencije ponašanja; kao što je poznato, pristup usmjeren na crte ličnosti naglašava stabilnost i konzistenciju u ponašanju u vremenu i situacijama. Time se, po njezinu mišljenju, naglašava pogled na ličnost kao nešto fiksno i konzistentno, što ima svoju egzistenciju prije i nezavisno od životnih okolnosti. Ona smatra da je za istraživače na području ličnosti i zdravlja, čija je namjera uspostaviti prediktivnu i kauzalnu ulogu ličnosti u pojavi bolesti, ta orijentacija vrlo prikladna. Međutim, za istraživače koji su npr. usmjereni na to kako se ličnost mijenja pod utjecajem ozbiljnih bolesti ili za one usmjerene na intervencije s ciljem promjene ličnosti radi smanjenja rizika za zdravlje zbog djelovanja npr. stresnih podražaja, naglašavanje stabilnosti neproduktivno je i u kontradikciji s njihovim teorijskim pristupom.

Dekontekstualizirani pogled na ponašanje; pristup usmjeren na crte zanemaruje ulogu situacija ili konteksta u kojem osoba djeluje. Budući da su mnogi fenomeni vezani uz zdravlje i bolest pod utjecajem specifičnih situacijskih, socijalnih, kulturalnih i političkih faktora, pristup koji zahvaća osobu nezavisno od situacija i konteksta jest redukcionistički. To je u neskladu s mnogim pristupima koji naglašavaju i ulogu okolinjskih faktora i njihovu interakciju s crtama ličnosti u razvoju bolesti, kao što su npr. stresni događaji. Dobro je poznato da neki konceptualni pristupi naglašavaju ne samo ulogu crta, situacije i njihovu interakciju nego i transakciju ili dinamičku organizaciju ovih elemenata (npr. Friedman, 2008.; Smith i Williams, 1992.).

Nedovoljno naglašavanje procesa; istraživači na području zdravlja nastoje razumjeti ličnost u terminima njezine promjenjivosti i njezina manifestiranja kroz situacijske i kontekstualne faktore. Stoga su oni nužno usmjereni na proces. Međutim, pristupi usmjereni na crte naglasak stavljaju na fiksnu strukturu, a mala se pažnja posvećuje dinamičkim procesima u ličnosti. Osim toga, zdravlje i bolest pred istraživača postavljaju problem koji ponekad zahtijeva idiografski i kvalitativni pristup, za razliku od striktno nomotetske i kvantitativne prirode istraživanja crta ličnosti.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 18 (2009),
BR. 1-2 (99-100),
STR. 3-24

KARDUM, I.,
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.:
KONCEPTUALNI...

Ukratko, Ouellette (1999.) zalaže se za to da se odnos između ličnosti i zdravlja ne ispituje samo statički, kako to proizlazi iz koncepta crta ličnosti, nego da treba uzeti u obzir i promjene u ličnosti i složenost njezine strukture.

Čini se da većina nedostataka koji se pripisuju ovom pristupu ima osnovu u teorijskom i operacionalnom podrijetlu crta ličnosti koje se uzimaju kao mogući rizični faktori za razvoj tjelesnih bolesti. Kako navode Kasl i Rapp (1991.), mnoge crte ličnosti koje potječu iz teorija ličnosti i koje se mjere standardnim, često rabljenim instrumentima, kao što su CPI, MMPI, 16 PF, EPQ, NEO-PI, općenito nemaju neku eksplicitnu teorijsku vezu sa zdravstvenim ishodima. Također, u teorijskim osnovama pojedinih crta ličnosti mjerenih navedenim upitnicima najčešće nisu specificirani nikakvi okolinski uvjeti koji bi se mogli primijeniti u istraživanjima zdravstvenih ishoda. Zbog toga bismo mogli reći da većina nedostataka koji se pripisuju pristupu usmjerenom na crte ličnosti zapravo nisu nedostaci, nego da je taj pristup po nekim svojim karakteristikama neprimjeren istraživanjima nekih aspekata odnosa ličnosti i zdravlja. Naime, vrlo se često kao nedostaci ovoga pristupa navode upravo definirajuća obilježja crta ličnosti (npr. njihova stabilnost), koja su konceptualno nespojiva s nekim aspektima odnosa između ličnosti i zdravlja. Zbog toga u istraživanjima odnosa između ličnosti i fizičkoga zdravlja treba vrlo pažljivo odabrati prikladnu jedinicu analize ličnosti. Crta ličnosti kao jedinica analize samo je jedan od nekoliko načina za opis i razumijevanje ličnosti (Van Heck, 1997.). U skladu sa specifičnim problemima koji se ispituju, trebalo bi rabiti i različite jedinice analize i različite druge pristupe opisu i razumijevanju ličnosti.

Problemi vezani uz petofaktorski model ličnosti

Iako je i petofaktorski model strukture ličnosti primjer pristupa usmjerenog na crte ličnosti, zbog čestote njegove upotrebe u suvremenim istraživanjima odnosa ličnosti i zdravlja, kao i zbog nekih specifičnosti vezanih uz sam petofaktorski model, posebno će biti navedeni i neki problemi primjene ovoga modela.

Često isticani nedostatak petofaktorskoga modela jest njegova nedovoljna specifičnost (Ouellette, 1999.; Van Heck, 1997.). Naime, redukcija cijeloga područja ličnosti na samo pet temeljnih dimenzija zadovoljit će princip jednostavnosti, međutim, pitanje je može li se tim dimenzijama zahvatiti sva složenost ljudskoga funkcioniranja. Budući da je cjelokupno područje ličnosti reducirano na pet dimenzija, konceptualna i operacionalna definicija svake od tih dimenzija nužno je široka. Može bitna slabost koja proizlazi iz tako široko konceptuali-

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 18 (2009),
BR. 1-2 (99-100),
STR. 3-24

KARDUM, I.,
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.:
KONCEPTUALNI...

ziranih dimenzija jest gubitak specifičnosti u opisu i mjerenju pojedinih crta (Smith i Williams, 1992.), odnosno nemogućnost finije analize ponašanja u određenom kontekstu (Van Heck, 1997.). Tako npr. Segerstrom (2007.) navodi da je teško odvojiti efekte optimizma koji bi bili nezavisni od neuroticizma, upravo zbog toga što je optimizam dio te šire i složenije crte ličnosti. Međutim, kada se ispituju pojedine komponente neuroticizma, tada se mogu opaziti samostalni efekti optimizma. Rezultati često navođenoga metaanalitičkog istraživanja (Friedman i Booth-Kewley, 1987.), a koji govore da različite crte ličnosti nisu povezane sa specifičnim bolestima nego da postoji ličnost sklona bolestima općenito, mogli bi također biti posljedica primjene nedovoljno specifičnih mjera koje ne zahvaćaju kvalitativne razlike u psihološkom funkcioniranju, kao što je npr. negativna afektivnost (Watson i Pennebaker, 1989.). Premda treba napomenuti da neke mjere petofaktorskoga modela daju informacije i o facetama ili užim komponentama unutar pojedinih širokih dimenzija, ovaj model još ne omogućuje odgovarajuću integraciju istraživanja. Naime, neki od konceptualnih modela ličnosti koji se rabe u istraživanjima odnosa ličnosti i zdravlja, kao što su npr. konstrukti derivirani iz kognitivnih pristupa ili socijalnog učenja (npr. optimizam i zdravstveni lokus kontrole), ne mogu se dobro uklopiti u petofaktorski model (Smith i Williams, 1992.). Dakle, specifične dimenzije ličnosti koje proizlaze iz kognitivnoga pristupa nisu dobro predstavljene u petofaktorskoj taksonomiji.

Najznačajnije ograničenje petofaktorskoga modela jest u tome što je on prikladniji za opis ličnosti nego za objašnjenje funkcioniranja ličnosti, tj. kada je riječ o odnosu ličnosti i tjelesnoga zdravlja, on nam ne objašnjava kako ličnost može biti povezana sa zdravljem. Ozer i Reise (1994.) naglašavaju da ovaj model ne pruža nikakav uvid u psihološke principe i procese koji kreiraju ličnost. To je model koji uglavnom govori o strukturi, a vrlo malo o procesima. Zbog toga on slabo pridonosi razumijevanju načina ljudskoga funkcioniranja i općenito malo govori o tome kako se pojedine crte mogu manifestirati u raznim kontekstima te kakve to ima posljedice za dobrobit i prilagodbu u raznoraznim uvjetima (Van Heck, 1997.).

Važan nedostatak petofaktorskoga modela leži i u njegovoj ateorijskoj prirodi (McAdams, 1992.). Naime, i velik dio istraživanja stresa ili je ateorijski ili je vezan uz jednu ponavljajuću paradigmu, kao i brojna istraživanja odnosa ličnosti i zdravlja, u kojima se često neke varijable istražuju samo zbog dostupnosti njihovih mjera (Scheier i Bridges, 1995.). Takav ateorijski pristup dovodi do velikih poteškoća u integraciji pojedinačnih nalaza i onemogućuje ispitivanje specifičnih pretpostavki vezanih uz efekte ličnosti na zdravstvene ishode.

Kako poboljšati konceptualizaciju i mjerenje ličnosti?

Imajući na umu navedene nedostatke, brojni autori navode preporuke kako u kontekstu ispitivanja zdravstvenih ishoda poboljšati konceptualizaciju i mjerenje karakteristika ličnosti. Neki autori (npr. Ouellette, 1999.; Korotkov i Hannah, 2004.) ističu da se daljnji napredak u istraživanjima ličnosti i zdravlja može očekivati ako se više usmjerimo ne samo na opis ličnosti nego prije svega na njezinu ulogu u procesima zdravlja i bolesti. Pritom se istraživanja ne bi trebala usmjeriti samo na etiološku ulogu karakteristika ličnosti u nastanku tjelesnih bolesti nego i na ostale procese vezane uz zdravlje i bolest, kao što su prevencija, smanjenje rizika od određenih bolesti, adaptacija na bolest, interakcija pacijenta i zdravstvenog osoblja itd. Druga važna preporuka odnosi se na potrebu za razumijevanjem funkcioniranja ličnosti u njezinu kontekstu, pri čemu kontekst čine ne samo specifični situacijski zahtjevi i interpersonalni odnosi nego i položaj pojedinca u grupi, širi socijalni i kulturalni faktori itd. (Van Heck, 1997.). Nadalje, valja razumjeti procese kojima je ličnost povezana s neurološkim i fiziološkim mehanizmima ključnim za nastanak i tijek bolesti (Contrada i sur., 1990.). Trebalo bi rabiti i razne pristupe istraživanja ličnosti, uključujući jedinice analize, razine analize, konceptualne okvire i strategije mjerenja ličnosti, te pridavati veće značenje procesima vezanima uz samopoimanje, kao što je npr. samoregulacija (Ouellette, 1999.).

Da bi se to moglo ostvariti, treba se u većoj mjeri osloniti na kognitivne i socijalne pristupe ličnosti, koji predstavljaju konceptualno i metodološko oruđe za razumijevanje dinamičkih procesa unutar ličnosti kojima pojedinac interpretira svoje životne zadatke i svoju socijalnu okolinu, regulira i evaluira svoje ponašanje, konstruira i primjenjuje strategije za rješavanje problema itd. (Helson i Soto, 2005.; Van Heck, 1997.). Ta suvremena orijentacija na djelujući ("doing") aspekt ličnosti značajna je dopuna napretku u razumijevanju taksonomija i struktura, odnosno posjedujućeg ("having") aspekta ličnosti (Cantor, 1990.). Stoga bi u budućim istraživanjima u većoj mjeri trebalo ispitivati koncepte kao što su vrijednosti, ciljevi, motivi, planovi, očekivanja, strategije i taktike, odnosno njihovu ulogu u procesima vezanima uz zdravlje i bolest.

PROBLEMI KOJI SE ODOSE NA DEFINICIJU I SHVAĆANJE KONTEKSTUALNIH FAKTORA

Većina modela odnosa ličnosti i bolesti smatra da su kontekstualne varijable integralni dio tog odnosa. Tako npr. Van Heck (1997.) navodi da bi u ispitivanje odnosa između ličnosti i bolesti trebalo uključiti ukupno funkcioniranje sustava osoba – okolina. Takav pristup podrazumijeva ekološku perspek-

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 18 (2009),
BR. 1-2 (99-100),
STR. 3-24

KARDUM, I.,
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.:
KONCEPTUALNI...

tivu, koja uključuje razumijevanje recipročne dinamičke veze između pojedinca i njegove okoline. Kontekstualne varijable nisu atributi pojedinca, one su obilježja okolnih sustava ili varijable koje opisuju veze između pojedinca i tih sustava (Revenson, 1990.). Međutim, kontekstualne se varijable u istraživanjima odnosa ličnosti i zdravlja još rijetko rabe, a najčešće se spominju onda kada treba objasniti slabe i nekonzistentne veze između nekog obilježja ličnosti i zdravstvenih ishoda. Revenson (1990.) navodi dva razloga zbog čega se u istraživanjima odnosa ličnosti i tjelesnih bolesti kontekstualne varijable najčešće ignoriraju. Prvo, teško je specificirati sve aspekte socijalne ekologije pojedinca koji su važni za zdravlje i zdravstveno ponašanje. Drugo, deduktivno pozitivističko rezoniranje samo po sebi nije prikladno za kontekstualnu analizu, jer se u većini eksperimentalnih i kvaziekperimentalnih istraživanja nastoje eliminirati ili izjednačiti efekti svih drugih varijabli koje bi mogle utjecati na zavisnu, osim onih čiji nas efekti zanimaju. Međutim, usprkos tome što primjena kontekstualnih varijabli može istraživanje učiniti složenijim, kontekstualni faktori mogu znatno utjecati na prirodu odnosa između faktora ličnosti i zdravstvenih ishoda. Zbog toga bi oni nužno trebali biti uključeni u ovakva istraživanja, a njihov bi se izbor trebao temeljiti na teorijskim vezama s varijablama ličnosti i indikatorima bolesti. Statističke analize također bi trebale biti u skladu s takvim složenijim nacrtima istraživanja, pa se preporučuje upotreba multivarijatnih tehnika, kao što su strukturalno modeliranje ili analize traga.

Jedan od problema koji otežava češće uključivanje kontekstualnih varijabli jest njihova adekvatna taksonomija, pogotovo kada je riječ o istraživanjima odnosa između osobina ličnosti i zdravstvenih ishoda. Naime, broj kontekstualnih faktora koji mogu posredovati ili mijenjati odnos ličnosti i bolesti potencijalno je vrlo velik. Revenson je (1990.) predložila taksonomiju kontekstualnih faktora specifično namijenjenu upravo ispitivanju odnosa između ličnosti i zdravlja, a koja se sastoji od četiri grupe takvih faktora: sociokulturalni kontekst, interpersonalni kontekst, situacijski kontekst i vremenski kontekst. Priroda i veličina povezanosti između ličnosti i bolesti može biti različita u različitim podgrupama, socijalnim strukturama te kroz različite situacije i vrijeme.

Sociokulturalne varijable kao što su dob, socioekonomski status i razina obrazovanja, iako važne, u zdravstvenoj psihologiji uglavnom su zanemarene (Revenson, 1990.). One nas mogu uputiti na zdravstveno korisne ili zdravstveno štetne psihološke procese. Tako Van Heck (1997.) navodi da su percepcija simptoma, iskazi o somatskim poteškoćama, manifestacija preventivnih zdravstvenih ponašanja, nezadovoljstvo me-

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 18 (2009),
BR. 1-2 (99-100),
STR. 3-24

KARDUM, I.,
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.:
KONCEPTUALNI...

dicinskim tretmanom i socijalna upotreba somatizacije pod utjecajem sociokulturalnih faktora. Istraživanja također pokazuju da su pojedinci iz nižih socioekonomskih slojeva pod dvostruko većim rizikom od poremećaja vezanih uz stres, da doživljavaju višu razinu stresa te da imaju manje resursa za suočavanje (Lynch i sur., 1998.). Sociokulturalne razlike mogu upućivati na neke druge važne procese vezane uz bolest: npr. muškarci i žene imaju različita životna očekivanja, fiziološke karakteristike, incidencije različitih bolesti itd. (Leclerc i sur., 2006.). Sve nam to govori da psihološki procesi koji se nalaze u osnovi bolesti ili ponašanja vezanih uz bolest mogu biti vrlo različiti za pojedince s različitim sociokulturalnim statusom te da te varijable treba znatno više nego do sada uključivati u istraživanja odnosa ličnosti i zdravstvenih ishoda.

Drugu važnu grupu kontekstualnih varijabli čine varijable interpersonalnoga konteksta, koji uključuje formalne i neformalne socijalne mreže u koje je osoba uključena. Jedan od važnih aspekata interpersonalnoga konteksta, koji je u dosadašnjim istraživanjima vezanim uz zdravstvene ishode i najčešće istraživani, jest socijalna podrška. Iako je pozitivan efekt socijalne podrške na zdravlje, prilagodbu i dobrobit medicinske i nemedicinske populacije općenito prihvaćen, Revenson (1990.) navodi i neke nedovoljno poznate aspekte socijalne podrške. Tako nam npr. još nisu dovoljno jasne veze između osobina ličnosti, pogotovo onih koje imaju efekte i na zdravstvene ishode i socijalne podrške, kao i interakcijski efekti osobina ličnosti i socijalne podrške na pojedine zdravstvene ishode. Nedovoljno su poznati i uvjeti u kojima se socijalne interakcije percipiraju nepodržavajućima, kao i mehanizmi kojima neka naizgled podržavajuća socijalna interakcija dovodi do negativnih posljedica. Isto tako, potrebno je bolje poznavati efekte bolesti na kvalitetu socijalnih interakcija te specifične posljedice interakcije pacijenata i zdravstvenog osoblja (Revenson, 1990.).

Sljedeću grupu kontekstualnih varijabli čini situacijski kontekst. Iako se osobine ličnosti najčešće definiraju kao relativno trajne dispozicije koje pojedincu omogućuju konzistentan način mišljenja i ponašanja, situacijski je kontekst taj koji utječe na mogući raspon odgovora (Matthews i Deary, 1998.). Kao što smo već vidjeli, jedan od dobrih primjera utjecaja situacijskoga konteksta u istraživanjima odnosa ličnosti i zdravlja može se pronaći u ispitivanjima A-tipa ponašanja. Iako se A-tip shvaća kao crta ličnosti, okolinski su podražaji nužni za javljanje ponašajnih odgovora karakterističnih za A-tip ličnosti. Zbog važnosti situacijskoga konteksta za istraživanja odnosa ličnosti i zdravlja, neki istraživači (npr. Van Heck, 1997.) čak predlažu uvođenje jedinica analize koje će istodobno o-

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 18 (2009),
BR. 1-2 (99-100),
STR. 3-24

KARDUM, I.,
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.:
KONCEPTUALNI...

buhvatiti i aspekte ličnosti i aspekte situacije. Tako on predlaže jedinicu analize koju je nazvao "tinsit", koja označuje tendencije u situacijama i koja u sebi sadrži jedan aspekt ličnosti (akcije) i jedan aspekt okoline (situacijski kontekst). Osim toga, situacijski je kontekst važan i zbog toga što djelomično određuje i načine suočavanja sa stresnim situacijama (Lazarus i Folkman, 1984.).

Na kraju, važnu i vrlo često zanemarenu grupu kontekstualnih faktora čine varijable vremenskoga konteksta. Vremenski se kontekst konceptualizira različito; npr. s obzirom na dob u kojoj se pojedinac razbolio, s obzirom na stadij bolesti i s obzirom na dugotrajne efekte bolesti na ličnost. Tako npr. nalazi pokazuju da negativna afektivnost predviđa ranije obolijevanje od karcinoma pluća među pušačima (Augustine i sur., 2008.).

Nadalje, može se pretpostaviti da se događaji koji se ne očekuju s obzirom na normativni životni ciklus pojedinca vjerojatno percipiraju stresnijim, posebno ako se dogode prerano, tako da pojedinac nema vremena za anticipacijsko suočavanje i planiranje (Revenson, 1990.). Pojedinci se vrlo različito suočavaju i s početnom dijagnozom i tijekom postoperativne faze. Brzina kojom se razvija neka bolest i čestoća kojom se mijenjaju zahtjevi tretmana također su aspekti vremenskoga konteksta. Bolesti koje se sporije razvijaju dopuštaju sporiju i postupnu adaptaciju. Za sada o navedenim procesima i njihovim potencijalnim efektima na odnos između karakteristika ličnosti i zdravstvenih ishoda znamo vrlo malo. Ipak, čini se da u tom smislu posebno važnu ulogu ima crta savjesnosti (Martin i sur., 2007.).

PROBLEMI VEZANI UZ TESTIRANJE ODNOSA IZMEĐU LIČNOSTI I ZDRAVLJA

Testiranje odnosa između ličnosti i zdravstvenih ishoda također je opterećeno brojnim problemima. Prvi problem povezuje se s činjenicom da istraživanja često ne proizlaze iz trenutno dominantnih modela na ovom području. Tako npr. Wiebe i Smith (1997.) ističu da, iako je stres-moderatorski model trenutno dominantan za objašnjenje efekata ličnosti i stresa na kardiovaskularne bolesti, većina istraživanja ispituje samo glavne efekte ličnosti, dok se situacijski faktori ispituju vrlo rijetko. Na taj način nije moguće testirati hipotezu o interakcijskom efektu ličnosti i situacijskih faktora. S tim je u vezi i problem neadekvatnih nacrtava istraživanja, koji najčešće ne omogućuju odbacivanje alternativnih objašnjenja za dobivene veze. Tako se npr. u testiranju veze između ličnosti i zdravlja često rabe transversalna istraživanja, u kojima se karakteristike ličnosti osoba s nekom bolešću uspoređuju s kon-

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 18 (2009),
BR. 1-2 (99-100),
STR. 3-24

KARDUM, I.,
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.:
KONCEPTUALNI...

trolnom skupinom zdravih ispitanika. Iako je ovakav nacrt istraživanja koristan za preliminarna testiranja hipoteza, on nam ne omogućuje jednoznačne zaključke. Eventualne značajne razlike u ličnosti mogu odražavati i somatopsihičke, a ne samo psihosomatske procese, tj. razlike u ličnosti mogu biti i rezultat, a ne samo uzrok, tjelesne bolesti (Wiebe i Smith, 1997.). Osim toga, ponekad se u eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi ne rabe jednako intenzivni dijagnostički postupci, što dovodi do podcjenjivanja čestote bolesti u kontrolnoj grupi, a ponekad se zanemaruje i uloga rizičnih ponašanja, koja također mogu biti povezana sa zdravstvenim ishodima (Contrada i sur., 1990.). Znatno su rjeđa longitudinalna istraživanja, u kojima se najprije mjere neka obilježja ličnosti, dok se obolijevanje registrira tijekom više godina i dovodi se u vezu s mjerama ličnosti (npr. Martin i sur., 2007.).

Svakako najznačajniji problem vezan uz testiranje odnosa između osobina ličnosti i zdravlja jest mogućnost da povezanost između karakteristika ličnosti i bolesti ne mora značiti uzročnu povezanost, nego može biti rezultat brojnih procesa koji ništa ne govore o kauzalnoj ulozi ličnosti (Friedman, 1990.; Wiebe i Smith, 1997.). Naime, ključan problem u ispitivanju odnosa između osobina ličnosti i zdravstvenih ishoda jest razumijevanje mogućih načina na koje su crte ličnosti povezane s patofiziološkim procesima. Samo rezultat o povezanosti između neke crte ličnosti i zdravstvenih ishoda predstavlja vrlo malen znanstveni doprinos, ako nam nisu poznati mehanizmi kojima se ta povezanost ostvaruje. Do danas još nemamo istraživanja potpunih modela, u kojima bi se moglo pokazati da je veza između ličnosti i tjelesne bolesti posredovana nekim fiziološkim mehanizmom ili mehanizmom zdravstvenoga ponašanja. Iako se u suvremenim istraživanjima sve češće i na sve bolji način služe posredne strategije povezivanja ličnosti sa psihofiziološkom reaktivnošću i imunosnim procesima, veza između tih procesa i budućeg razvoja bolesti nije ni približno dobro poznata. Drugim riječima, još nije poznat značaj kratkotrajnih imunosnih, neuroendokrinih i kardiovaskularnih korelata ličnosti u razvoju tjelesnih bolesti (Friedman, 2008.). Kasl i Rapp (1991.) smatraju da su i u ovom slučaju crte ličnosti koje potječu iz teorija ličnosti suočene s više poteškoća u određivanju bioloških mehanizama koji stoje u osnovi razvoja neke bolesti, nego dimenzije ličnosti koje su konceptualizirane isključivo za objašnjenje psihosocijalne etiologije bolesti (npr. A-tip ponašanja). Međutim treba dodati da i neke crte ličnosti koje nisu primarno namijenjene objašnjenju psihosocijalne etiologije bolesti, kao što su npr. Eysenckove dimenzije, također imaju značajnu eksplanatornu funkciju, čak i kada govorimo o biološkim mehanizmima. Buduća

istraživanja, posebno ona iz genetike ponašanja i psihofiziologije, vjerojatno će omogućiti bolje razumijevanje odnosa između ličnosti i mehanizama koji su potencijalni uzročnici bolesti.

Uz navedene probleme, treba spomenuti da se čak i kod dobro elaboriranih bioloških mehanizama za koje se pretpostavlja uzročna povezanost s razvojem tjelesnih bolesti javljaju brojne konceptualne i metodološke nedoumice. Uzmimo kao primjer kardiovaskularnu reaktivnost, koja je povezana s varijablama ličnosti i okoline i za koju se pretpostavlja da ima važnu ulogu u nastanku hipertenzije i srčanih bolesti (Ratliff-Crain i Baum, 1990.). Brojni autori ističu da mjere kardiovaskularne reaktivnosti (npr. krvni tlak, puls) nemaju zadovoljavajuću vremensku stabilnost ni stabilnost stečenu kroz zadatke te da se one ne mogu generalizirati na uvjete izvan laboratorija (npr. Davig i sur., 2000.). Kardiovaskularna reaktivnost specifična je i s obzirom na spol i dob, a do istih promjena (npr. promjena u krvnom tlaku) može kod pojedinaca doći pod utjecajem raznih mehanizama (npr. promjena u radu srca naspram promjene u otpornosti perifernih krvnih žila) (Kasl i Rapp, 1991.). Dakle, iako individualne razlike u kardiovaskularnoj reaktivnosti mogu imati važnu ulogu u patogenim procesima vezanima uz razvoj bolesti, visoka specifičnost ovog obilježja predstavlja znatnu poteškoću za određivanje što će se točno mjeriti i u kojim uvjetima.

Osim toga, o tome kako konceptualiziramo reaktivnost može ovisiti i teorijska i metodološka orijentacija u istraživanju veze između ličnosti i bolesti. Naime, individualne razlike u reaktivnosti možemo podijeliti u barem dvije komponente: na relativne promjene u tjelesnim sustavima i na ukupan intenzitet promjena (Geen, 1997.). Prva komponenta reaktivnosti važna je za pristupe koji govore o individualnim razlikama u sklonosti prema određenim vrstama bolesti, dok je druga komponenta važnija za pristupe koji govore o ličnosti sklonoj bolestima općenito (Friedman i Booth-Kewley, 1987.). Međutim, usprkos navedenim problemima vezanim uz reaktivnost, treba naglasiti da su ispitivanja ovakve vrste kod drugih bioloških mehanizama koji su važni za razvoj tjelesnih bolesti (npr. imunosnog sustava) još na samom početku.

Testiranje odnosa između ličnosti i tjelesnih bolesti otežava i činjenica da različiti patofiziološki mehanizmi mogu dovesti do istih zdravstvenih posljedica, kao i mogućnost da su različita obilježja ličnosti povezana s istim patofiziološkim mehanizmom (Rozanski i sur., 1999.). Zbog toga bi u budućim istraživanjima trebalo detaljnije ispitivati i interakcije između različitih tjelesnih sustava, kao i kontrolne mehanizme koji u tome sudjeluju.

ZAKLJUČAK

Možemo zaključiti da u budućim istraživanjima odnosa ličnosti i tjelesnoga zdravlja veću pažnju treba pokloniti razini dijagnostičke preciznosti bolesti koja se ispituje, vodeći računa o brojnim faktorima koji mogu utjecati na njezin razvoj i njezinu učestalost u populaciji. Kada je riječ o mjerenju ličnosti, valja zahvatiti ne samo njezine strukturalne nego i dinamičke aspekte, uzimajući u obzir i njezinu transakciju s kontekstualnim faktorima. Petofaktorski model ličnosti, trenutačno najčešće korišten i u ovom području, treba dopuniti i drugačijim konceptualizacijama ličnosti, posebno specifičnim konceptima proizašlim iz socijalnih i kognitivnih pristupa ličnosti. Ta bi se istraživanja trebala usmjeriti ne samo na ispitivanje povezanosti ličnosti i zdravstvenih ishoda nego prije svega na ulogu ličnosti u biološkim mehanizmima nastanka i tijeka oboljenja. U tom su nam smislu naročito informativna longitudinalna istraživanja, s metodološki i konceptualno adekvatnom integracijom bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika tjelesnoga zdravlja.

LITERATURA

- Alexander, F. (1950.), *Psychosomatic medicine*. New York: Norton.
- Andersen, M., Lobel, M. (1995.), Predictors of health self-appraisal: What's involved in feeling healthy. *Basic & Applied Social Psychology*, 16: 121-136.
- Augustine, A. A., Larsen, R. J., Walker, M. S., Fisher, E. B. (2008.), Personality predictors of the time course for lung cancer onset. *Journal of Research in Personality*, 42: 1448-1455.
- Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A. (1990.), A place for traits in stress research. *Psychological Inquiry*, 1: 14-17.
- 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.
- Cantor, N. (1990.), From thought to behavior: "Having" and "doing" in the study of personality and cognition. *American Psychologist*, 45: 735-750.
- 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.
- Davig, J. P., Larkin, K. T., Goodie, J. L. (2000.), Does cardiovascular reactivity to stress measured in the laboratory generalize to thesis and dissertation meetings among doctoral students? *International Journal of Behavioral Medicine*, 7: 216-235.
- Emmons, R. A. (1997.), Motives and life goals. U: R. Hogan, J. Johnson, S. Briggs (ur.), *Handbook of personality psychology* (str. 485-512). San Diego: Academic Press.
- Engel, G. L. (1977.), The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-136.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 18 (2009),
BR. 1-2 (99-100),
STR. 3-24

KARDUM, I.,
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.:
KONCEPTUALNI...

Esler, M., Julius, S., Zweifler, A., Randall, O., Harburg, E., Gardiner, H., DeQuattro, V. (1977.), Mild high-renin essential hypertension: Neurogenic human hypertension. *New England Journal of Medicine*, 296: 405-411.

Friedman, H. S. (1990.), Personality and disease: Overview, review, and preview. U: H. S. Friedman (ur.), *Personality and disease* (str. 3-13). New York: Wiley.

Friedman, H. S. (2008.), The multiple linkages of personality and disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22: 668-675.

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

Friedman, M., Rosenman, R. H. (1974.), *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.

Geen, R. G. (1997.), Psychophysiological approaches to personality. U: R. Hogan, J. Johnson, S. Briggs (ur.), *Handbook of personality psychology* (str. 387-414). San Diego: Academic Press.

Helson, R., Soto, C. J. (2005.), Up and down in middle age: Monotonic and nonmonotonic changes in roles, status, and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89: 194-204.

Hoffman, M. A., Levy-Shiff, R., Malinski, D. (1996.), Stress and adjustment in the transition to adolescence: Moderating effects of neuroticism and extraversion. *Journal of Youth and Adolescence*, 25: 161-175.

Hull, J. G., VanTreuren, R. R., Virnelli, S. (1987.), Hardiness and health: A critique and alternative approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53: 518-530.

Ickes, W., Snyder, M., Garcia, S. (1997.), Personality influences on the choice of situations. U: R. Hogan, J. Johnson, S. Briggs (ur.), *Handbook of personality psychology* (str. 165-195). San Diego: Academic Press.

Kasl, S. V., Rapp, S. R. (1991.), Stress, health, and well-being: The role of individual differences. U: C. L. Cooper, R. Payne (ur.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process* (str. 269-284.). Chichester: Wiley.

Kobasa, S. C. (1979.), Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37: 1-11.

Korotkov, D., Hannah, T. E. (2004.), The five-factor model of personality: Strengths and limitations in predicting health status, sick-role and illness behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36: 187-199.

Kroenke, K. (2001.), Studying symptoms: Sampling and measurement issues. *Annals of Internal Medicine*, 134: 844-853.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984.), *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer-Verlag.

Leclerc, J., Rahn, M., Linden, W. (2006.), Does personality predict blood pressure over 10-year period? *Personality and Individual Differences*, 40: 1313-1321.

Lynch, J. W., Everson, S. A., Kaplan, G. A., Salonen, R., Salonen, J. T. (1998.), Does low socioeconomic status potentiate the effects of heigh-

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 18 (2009),
BR. 1-2 (99-100),
STR. 3-24

KARDUM, I.,
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.:
KONCEPTUALNI...

tened cardiovascular responses to stress on the progression of carotid atherosclerosis? *American Journal of Public Health*, 88: 389-394.

Martin, R. L., Cloninger, R., Guze, S. B., Clayton, P. J. (1985.), Mortality in a follow-up of 500 psychiatric outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 42: 58-66.

Martin, R. L., Friedman, H. S., Schwartz, J. E. (2007.), Personality and mortality risk across the life span: The importance of conscientiousness as a biopsychosocial attribute. *Health Psychology*, 26: 428-436.

Matthews, G., Deary, I. J. (1998.), *Personality traits*. Cambridge: Cambridge University Press.

McAdams, D. P. (1992.), The five-factor model in personality: A critical appraisal. *Journal of Personality*, 60: 329-361.

Morris, J. H., Sherman, J. D., Mansfield, E. R. (1986.), Failures to detect moderating effects with ordinary least squares-moderated multiple regression: Some reasons and a remedy. *Psychological Bulletin*, 99: 282-288.

Ouellette, S. C. (1999.), The relationship between personality and health: What self and identity have to do with it. U: R. J. Contrada, R. D. Ashmore (ur.), *Self, social identity, and physical health* (str. 125-154). New York: Oxford University Press.

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.

Ozer, D. J., Reise, S. P. (1994.), Personality assessment. *Annual Review of Psychology*, 45: 357-388.

Ratloff-Crain, J., Baum, A. (1990.), Individual differences and health: Gender, coping, and stress. U: H. S. Friedman (ur.), *Personality and disease* (str. 226-253). New York: Wiley.

Revenson, T. A. (1990.), All other things are not equal: An ecological approach to personality and disease. U: H. S. Friedman (ur.), *Personality and disease* (str. 65-94). New York: Wiley.

Rozanski, A., Blumenthal, J., Kaplan, J. (1999.), Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99: 2192-2217.

Scheier, M. F., Bridges, M. W. (1995.), Person variables and health: Personality predisposition and acute psychological states as shared determinants for disease. *Psychosomatic Medicine*, 57: 255-268.

Segerstrom, S. C. (2007.), Optimism and resources: Effects on each other and on health over ten years. *Journal of Research in Personality*, 41: 772-786.

Smith, T. W., Williams, P. G. (1992.), Personality and health: Advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60: 395-423.

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.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 18 (2009),
BR. 1-2 (99-100),
STR. 3-24

KARDUM, I.,
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.:
KONCEPTUALNI...

Suls, J., Rittenhouse, J. D. (1990.), Models of linkages between personality and disease. U: H. S. Friedman (ur.), *Personality and disease* (str. 38-64). New York: Wiley.

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.

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

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.

Conceptual and Methodological Problems in the Research Examining the Relations between Personality and Physical Health

Igor KARDUM, Jasna HUDEK-KNEŽEVIĆ
Faculty of Arts and Sciences, Rijeka

Four most important groups of conceptual and methodological problems in the research examining the relationship between personality and physical health are described in this article. The first one refers to the defining and comprehending of physical illnesses, i.e. their specificity, different levels of diagnostic precision and various phases of illness development. The second group refers to the definition and conceptualization of personality. The most important conceptual problems encompass the definition of various personality constructs, lack of attention concerning the personality organization as well as inadequate differentiation of different hierarchical levels of personality. The emphasized methodological problems are those related to the validity of personality assessment and the relations of personality and situational factors. Furthermore, the problems of the approach focused on personality traits and problems related to the five-factor personality model were described and the ways for improving personality conceptualizations and measuring were proposed. The third group of problems refers to the definition and conceptualization of various contextual factors, as e.g. socio-cultural, interpersonal, situational and temporal contexts. The fourth group of problems is related to the testing of the relations between personality and physical health, and comprises the difficulties associated with the use of adequate research designs and adequate evaluation of the causal state of personality traits in relation to health outcomes.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB
GOD. 18 (2009),
BR. 1-2 (99-100),
STR. 3-24

KARDUM, I.,
HUDEK-KNEŽEVIĆ, J.:
KONCEPTUALNI...

Konzeptuelle und methodologische Schwierigkeiten bei der Erforschung des Bezuges zwischen Persönlichkeitsprofil und körperlicher Gesundheit

Igor KARDUM, Jasna HUDEK-KNEŽEVIĆ
Philosophische Fakultät, Rijeka

In diesem Artikel werden die vier wichtigsten Gruppen konzeptueller und methodologischer Schwierigkeiten beschrieben, die bei der Erforschung des Bezuges zwischen dem Persönlichkeitsprofil und dem Gesundheitszustand des Einzelnen auftreten. Die erste Problemgruppe bezieht sich auf die Definierung und Auffassung von Krankheiten bzw. auf deren spezifischen Charakter, unterschiedliche Niveaus diagnostischer Genauigkeit und unterschiedliche Phasen im Verlauf einer bestimmten Krankheit. Die zweite Problemgruppe bezieht sich auf die Definierung und Auffassung der Persönlichkeit. Die wichtigsten konzeptuellen Schwierigkeiten stehen in Zusammenhang mit der Definierung unterschiedlicher Persönlichkeitskonstrukte, der verkannten Möglichkeit zur Persönlichkeitsorganisation sowie der mangelnden Unterscheidung zwischen verschiedenen hierarchischen Persönlichkeitsebenen. Unter den methodologischen Problemen wird besonders auf solche verwiesen, die mit der zutreffenden Persönlichkeitseinschätzung und dem Bezug zwischen Persönlichkeit und situationsgebundenen Faktoren zu tun haben. Des Weiteren werden Probleme beschrieben, die bei der Untersuchung von Persönlichkeitsmerkmalen und dem Big-Five-Persönlichkeitsmodell auftreten, und Verfahren vorgeschlagen, um die Konzeptualisierung und Ermittlung der Persönlichkeit des Menschen zu verbessern. Die dritte Problemgruppe umfasst die Definierung und Auffassung unterschiedlicher kontextueller Faktoren, etwa den soziokulturellen, den interpersonalen, den situativen und den zeitlichen Kontext. Die vierte Problemgruppe bezieht sich auf die Überprüfung des Bezuges zwischen Persönlichkeitsprofil und Gesundheitszustand und umfasst verschiedene Schwierigkeiten, die mit der Nutzung angemessener Forschungsvorgaben sowie einer angemessenen Ermittlung des Kausalstatus von Persönlichkeitsmerkmalen im Hinblick auf den Verlauf eines Krankheitsbildes zu tun haben.

Schlüsselbegriffe: Persönlichkeit, körperliche Gesundheit, methodologische Probleme