



UNIVERZITET CRNE GORE
FILOZOFSKI FAKULTET

MILICA BRAJKOVIĆ

ISPITIVANJE SKLONOSTI KA ISPOLJAVANJU
PSIHOSOMATSKIH SMETNJI KOD STUDENATA
U CRNOJ GORI

MASTER RAD

NIKŠIĆ, 2024



UNIVERZITET CRNE GORE
FILOZOFSKI FAKULTET

MILICA BRAJKOVIĆ

ISPITIVANJE SKLONOSTI KA ISPOLJAVANJU
PSIHOSOMATSKIH SMETNJI KOD STUDENATA
U CRNOJ GORI

MASTER RAD

NIKŠIĆ, 2024

PODACI I INFORMACIJE O STUDENTU

Ime i prezime: Milica Brajković

Datum i mjesto rođenja: 22.07.1998. godine, Podgorica

Naziv završenog osnovnog studijskog programa i godina završetka studija: Studijski program Psihologija, 2019/20.

INFORMACIJE O MASTER RADU

Naziv master studija: Psihologija

Naslov rada: Ispitivanje sklonosti ka ispoljavanju psihosomatskih smetnji kod studenata u Crnoj Gori

Fakultet na kojem je rad odbranjen: Filozofski fakultet UCG

UDK, OCJENA I ODBRANA MASTER RADA

Datum prijave master rada:

Datum sjednice Vijeća na kojoj je prihvaćena tema:

Mentor: Dr Jasna Veljković

Komisija za ocjenu i odbranu master rada: Dr Jasna Veljković

Dr Veselinka Milović

Dr Helena Rosandić

Datum odbrane:

Datum promocije:

IZJAVA O AUTORSTVU

Kandidat: Milica Brajković

Na osnovu člana 22 Zakona o akademskom integritetu (Sl.list CG br. 17/2019), ja, dolje potpisana

IZJAVLJUJEM

pod punom krivičnom i materijalnom odgovornošću da je master rad pod nazivom „Ispitivanje sklonosti ka ispoljavanju psihosomatskih smetnji kod studenata u Crnoj Gori“ rezultat sopstvenog istraživačkog rada, da nisam kršila autorska prava i koristila intelektualnu svojinu drugih lica i da je navedeni rad moje originalno djelo.

Nikšić, (datum)

Potpis studenta

SAŽETAK

Glavni cilj ovog istraživanja je bio ispitivanje psihosomatskih smetnji/simptoma kod studentske populacije u Crnoj Gori, kao i uticaj činilaca kao što su pol, akademsko postignuće, uzrast, emocionalna kompetentnost i osobine ličnosti na učestalost pomenutih tegoba. Istraživanje je sprovedeno na prigodnom uzorku od 150 ispitanika (81 studentkinja i 69 studenata) koji se školuju na državnom ili privatnim univerzitetima u Crnoj Gori. Korišćeni instrumentarijum se sastojao od sledećih upitnika: Upitnik psihosomatskih simptoma (PSS), Upitnik emocionalne kompetentnosti (UEK-45) i Upitnik Velikih 5 + 2 – 70 koji se koristi za ispitivanje dimenzija ličnosti. Pored ovih upitnika, ispitanici su odgovarali i na pitanja o polu, akademskom postignuću, uzrastu i regiji države u kojoj žive. Rezultati sprovedenog istraživanja su pokazali da su među studentima najučestaliji psihosomatski simptomi umor/manjak energije, glavobolja i bol u zglobovima. Dalje, rezultati su pokazali da ne postoji statistički značajna razlika između ispitanika muškog i ženskog pola u pogledu učestalosti pomenutih smetnji niti je razlika registrovana u odnosu na godine starosti, dok je potvrđena veza između odličnog akademskog postignuća i veće učestalosti psihosomatskih simptoma. Nađena je statistički značajna negativna korelacija između emocionalne kompetentnosti i učestalosti psihosomatskih simptoma. Od svih ispitanih dimenzija ličnosti, najjaču statistički značajnu korelaciju sa učestalošću psihosomatskih simptoma ima dimenzija Neuroticizma. Najveći značaj ovog istraživanja se ogleda u obogaćivanju postojeće literature o mentalnom zdravlju studenata u Crnoj Gori.

Ključne riječi: psihosomatske smetnje, mentalno zdravlje, studenti, osobine ličnosti, emocionalna kompetencija

Naučna oblast: Psihologija

ABSTRACT

The main aim of this research was to examine the manifestation of psychosomatic complaints/symptoms in the student population in Montenegro, as well as the influence of factors such as gender, academic achievement, age, emotional competence and personality traits. The research was conducted on a convenient sample of 150 respondents (81 female students and 69 male students) studying at state or private universities in Montenegro. The instrument used consisted of the following questionnaires: Psychosomatic Symptoms Questionnaire (PSS), Emotional Competence Questionnaire (UEK-45) and the Big 5 + 2 - 70 Questionnaire, which is used to examine dimensions of personality. In addition to these questionnaires, the respondents also answered questions about gender, academic achievement, age and the region of the country where they live. The results of the conducted research showed that the most frequent psychosomatic symptoms among students were fatigue/lack of energy, headache and pain in the joints. Furthermore, the results showed that there is no statistically significant difference between male and female subjects in terms of the frequency of the psychosomatic symptoms, nor was the difference registered in relation to age, while the link between excellent academic achievement and a higher frequency of psychosomatic symptoms was confirmed. A statistically significant negative correlation was found between emotional competence and the frequency of psychosomatic symptoms. Of all the examined personality traits, the neuroticism trait has the strongest statistically significant correlation with the frequency of psychosomatic symptoms. The greatest importance of this research is reflected in the enrichment of the existing literature on the mental health of students in Montenegro.

Key words: psychosomatic symptoms, mental health, students, emotional competence, personality traits

Scientific field: Psychology

Sažetak.....	5
Abstract.....	6
UVOD.....	8
1. TEORIJSKI OKVIR ISTRAŽIVANJA.....	10
1.1. SOMATIZACIJA.....	10
1.1.1. Istorijat.....	12
1.1.2. Somatoformni poremećaji.....	16
1.1.3. Psihosomatska medicina	19
1.2. TEORIJE O UZROCIMA PSIHOSOMATSKIH BOLESTI.....	25
1.2.1. Psihoanalitičko objašnjenje uzroka psihosomatskih bolesti.....	25
1.2.2. Teorije stresa kao objašnjenje nastanka psihosomatskih bolesti.....	28
1.2.3. Osobine ličnosti kao prediktori nastanka psihosomatskih bolesti.....	31
1.3. NAČINI LIJEČENJA PSIHOSOMATSKIH BOLESTI	34
1.4. PREGLED DOSADAŠNJIH ISTRAŽIVANJA	36
1.5. PREDMET I CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	38
1.6. ISTRAŽIVAČKI PROBLEMI I HIPOTEZE	38
2. METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA	40
2.1. UZORAK	40
2.2. INSTRUMENTI	40
2.3. POSTUPAK	41
3. REZULTATI	43
4. DISKUSIJA.....	57
5. ZAKLJUČAK.....	59
6. LITERATURA.....	60

UVOD

Misao o povezanosti duše i tijela potiče još iz antičkih vremena. Hipokrat, otac moderne medicine, tvrdio je da snažna i negativna emocionalna stanja narušavaju ravnotežu između tjelesnih tečnosti (krv, flegma, crna i žuta žuč) i tako utiču na razvoj tjelesnih oboljenja (Chadwick & Mann, 1950). Sokrat je vjerovao da se ne može izliječiti tijelo ako se ne liječi duša a Aristotel je uočio da osjećanja kao što su strah, bijes i radost dovode do promjena u tjelesnim funkcijama (Martin, 1978). Galen je smatrao da ne postoji oštra razlika između psihičkog i fizičkog (Hankinson, 1991) i tvrdio da su emocionalni poremećaji jedan od uzroka tjelesnih bolesti (Singer, 2017). Praktičari stare kineske medicine su vjerovali da višak ili nedostatak jedne od sedam osnovnih ljudskih emocija (strah, radost, ljutnja, tuga, žalost, briga i strepnja) izazivaju razne bolesti (Leigh, 1983). Može se zaključiti da su antičke civilizacije podržavale holistički pristup zdravlju – čovjek se posmatrao kao nedjeljivo jedinstvo duše i tijela, psihičkog i fizičkog. Ovaj pristup se zadržao u zapadnoj medicini i filozofiji sve do kartezijanske podele ljudskog bića na tijelo i dušu. Najistaknutiji zastupnik ove podjele, francuski filozof Rene Dekart je tvrdio da su duša (psiha) i tijelo (soma) dva potpuno različita entiteta koja se moraju posmatrati zasebno i koja postoje nezavisno jedan od drugog. Ova podjela je ubrzo postala temelj biomedicinskog modela koji je insistirao na tome da su sve fizičke bolesti posljedica nekog fizičkog ili hemijskog poremećaja koji se može identifikovati i kategorično je odbijao mogućnost uticaja psiholoških faktora na nastanak ili razvoj tjelesne bolesti (Mehta, 2011). Odnos između psihičkog i tjelesnog ponovo je našao svoj put do naučne misli kroz radove njemačkog ljekara Hajnrota koji je 1818. godine upotrijebio termin „psihosomatski“. Danas moderna nauka izučava odnos između psihe i tijela proučavajući psihosomatske smetnje – zdravstvene tegobe koje uključuju pojavu tjelesnih simptoma za čije postojanje nema odgovarajućih medicinskih objašnjenja. Pomenuti tjelesni simptomi se najčešće manifestuju u vidu stomačnih tegoba, glavobolje, problema sa varenjem, spavanjem ili disanjem (Begić, 2016). U osnovi psihosomatskih tegoba se nalazi somatizacija, psihološki odbrambeni mehanizam pomoću kojeg se pojedinac štiti od emocionalnog prezasićenja (Davison & Neale, 1999). Podrobnije izučavanje uticaja unutrašnjih psihičkih stanja na pojavu tjelesnih simptoma započinje osnivanjem psihosomatske medicine sredinom prošlog vijeka. Ova oblast medicine našla

je svoju primjenu u mnogim aspektima ljudskog života i danas predstavlja jednu od naučnih disciplina koje se veoma brzo razvijaju (Havelka & Havelka Meštrović, 2013).

U ovom istraživanju biće ispitano ispoljavanje psihosomatskih smetnji kod studenata u Crnoj Gori. Adolescencija i rano odraslo doba predstavljaju periode u razvoju pojedinca tokom kojih se dešavaju intenzivne fizičke, kognitivne i socijalne promjene. U okviru savremene razvojne psihologije pokrenuta su pitanja o sposobnostima prilagođavanja adolescenata i mladih na uvećane akademske, porodične i socijalne zahtjeve. Potreba za brzim i uspješnim prilagođavanjem na pomenute zahtjeve veoma često djeluje nepovoljno na mentalno zdravlje ove grupe pojedinaca (Brković, 2011). Pregledom stručne literature može se zaključiti da je broj istraživanja koja su se bavila proučavanjem učestalosti psihosomatskih smetnji kod studenata u Crnoj Gori veoma oskudan. Dakle, glavni motiv za sprovođenje ovog istraživanja je sticanje novih teorijskih saznanja o ovom problemu, kao i unapređivanje postojećih znanja o mentalnom zdravlju studenata u Crnoj Gori uopšte. Dodatnu motivaciju za sprovođenje ovog istraživanja predstavlja i njegov praktični značaj – bolji uvid u mentalno zdravlje studenata može pomoći stručnjacima (psihijatrima i psiholozima) u procjeni neophodnosti izrade različitih preventivnih programa i terapijskih postupaka.

1. TEORIJSKI OKVIR ISTRAŽIVANJA

1.1 SOMATIZACIJA

Somatizacija je jedan od najkomplikovanijih fenomena sa kojima se medicinski radnici širom svijeta susreću. U najširem smislu, somatizacija predstavlja pojavu tjelesnih (somatskih) simptoma u odsustvu identifikovanog uzročnog mehanizma. Ona je univerzalna, registruje se u svim društvima i kulturama (Woolfolk & Allen, 2007). Somatizaciju možemo još definisati kao izražavanje psiholoških ili emocionalnih problema kroz fizičke simptome kao što su glavobolja, bol u grudima, mučnina, vrtoglavica i sl. (Robertson, 2019).

Termin „somatizacija“ je po prvi put upotrijebio psihoanalitičar Vilhelm Štekel, 1924. godine i definisao je kao pretvaranje emocionalnih stanja u fizičke simptome. Štekel je somatizaciju opisao kao ekvivalent mehanizmu konverzije koji su Brojer i Frojd koristili da objasne senzorne i voljno-motoričke simptome kod nastanka histerije (Woolfolk & Allen, 2007). Prema mišljenju Štekela, somatizacija je hipotetički proces pri kojem duboko ukorijenjena neuroza izaziva tjelesne disfunkcije i identična je sa konverzijom (Lipowski, 1988). Zbog toga su se termini „somatizacija“ i „konverzija“ dugo vremena koristili kao sinonimi, iako se radi o dva različita procesa koji zahtijevaju različite vrste liječenja (Taylor, 2003). Prema Lipovskom (1968), somatizacija je tendencija ka doživljavanju tjelesnog distresa kao odgovor na psihosocijalni stres i uključuje potrebu za traženjem medicinske pomoći. Ona je ozbiljan medicinski, ekonomski i socijalni problem, predstavlja srž somatoformnih poremećaja i često je povezana sa poremećajima raspoloženja. Zdravstvene tegobe koje počivaju na procesu somatizacije su perzistentne, široko rasprostranjene i nažalost, još uvijek neriješen medicinski problem. Somatizirajući pacijenti se često žale na razne tjelesne simptome i teškoće ili bol za koju ne postoji objektivno medicinsko objašnjenje. Ovi pacijenti su tradicionalno prepoznati od strane psihijatarata ali ne pod tim nazivom već su njihove smetnje bile poznate pod imenima „histerija“, „hipohondrija“ i „melanholija“. Prema istom autoru (1988), koncept somatizacije obuhvata tri komponente: osjećajnu ili iskustvenu (kakve tjelesne smetnje osoba osjeća, da li je to bol, disfunkcija ili neobična tjelesna

senzacija), kognitivnu (čemu pripisuje uzroke onoga šta osjeća) i bihejivoralnu (šta osoba preduzima po tom pitanju liječenja). Menninger (1947) u svojim radovima opisuje somatske reakcije kao visceralne ekspresije anksioznosti koja je spriječena da bude adekvatno osvijješćena. Naziva ih „organskom neurozom“. Njegova klasifikacija somatskih reakcija je obuhvatala lepezu različitih poremećaja i smetnji, uključujući hipertenziju, poremećaje menstrualnog ciklusa, impotenciju, frigidnost, nervozu želuca, gastritis, konstipaciju, mnoge vrste alergija i sl. Ove smetnje mogu da se jave zasebno ili kombinovano. Ovakav opis somatizacije ukazuje da su je psihoanalitičari smatrali nesvjesnim mehanizmom odbrane.

Somatizacija može biti konceptualizovana i kao odbrana od nepodnošljivih emocija i fantazija. Fokusiranjem na tijelo, osoba može da se brani od bolnih afekata, intrapsihičkih konflikata ili da odbije agresivne fantazije doživljavanjem/predstavljanjem sebe kao fizički nesposobnog ili oštećenog. Fizičke smetnje mogu funkcionisati kao način traženja saosjećajnosti od drugih ljudi. Sistematske studije pokazuju prisustvo somatizacije u poremećajima raspoloženja, prije svega generalizovanom anksioznom poremećaju i paničnom poremećaju. Još jedna važna funkcija koju somatizacija može imati jeste komunikacija unutar porodice u kojoj emocionalna ekspresija nije prihvaćena ili na koju nije adekvatno odgovoreno. U ovakvim porodicama, biti fizički bolestan je jedini način da se dobije briga od ostalih članova (Busch, 2014). Bez obzira na dugu istoriju koncepta somatizacije u psihoanalitičkoj teoriji i kliničkom radu, ona je po prvi put posebno nazvana mehanizmom odbrane u Upitniku za procjenu mehanizama odbrane (DSQ-40) koji su konstruisali Bond i saradnici (1983).

Somatizirajući pacijenti imaju uporne fizičke tegobe za koje ljekar ne može da nađe odgovarajuće medicinsko objašnjenje. Neuspjeh u nalaženju uzroka ovih tegoba dovodi do frustracije, skupih i opasnih intervencija koje ne smanjuju patnju i ne identifikuju potencijalne bolesti odgovorne za doživljene simptome. Katon i saradnici (1984) dolaze do podatka da se u 25%-50% posjeta primarnoj zdravstvenoj zaštiti ne identifikuje zdravstveni poremećaj odgovoran za pacijentove simptome. Neka istraživanja pokazuju da somatizirajući pacijent troši čak devet puta više novca na medinske usluge u odnosu na prosjek. Liječenje somatskih poremećaja ne samo da je skupo već i dugotrajno, često bez uspješnog rješenja (Smith et al, 1986). Ljekari i ostali medicinski radnici često nazivaju somatizirajuće pacijente „teškim“ pacijentima. Osim što njihovi simptomi nemaju objektivne, fizičke uzroke, ovi pacijenti odbijaju psihološku pomoć i psihijatrijski tretman insistirajući na tome da su njihovi problemi tjelesne prirode, često posjećuju svog ljekara,

zahtijevaju ponavljanje medicinskih ispitivanja a nekada i hospitalizaciju. Ovo stvara frustrirajuću situaciju kako za pacijenta tako i za medicinske radnike (Stuart & Noyes JR, 2006). Srž adekvatnog plana liječenja somatizirajućeg pacijenta čini odnos između njega i ljekara koji mora biti uvažavajući i zasnovan na međusobnom povjerenju. Neophodno je da ljekar prihvati činjenicu da je somatizacija hroničan i ozbiljno onesposobljavajući problem (Servan-Schreiber et al, 1999).

1.1.1. Istorijat

Počeci izučavanja somatizacije i poremećaja zasnovanih na somatizaciji datiraju još iz vremena prije nove ere. Proučavanje somatizacije je neraskidivo povezano sa proučavanjem bolesti pod imenom „histerija“. Smatra se da su histeriju prvi uočili i opisali stari Egipćani prije 4000 godina. Tipični slučajevi histerije, opisani u egipatskim medicinskim papirusima, uključivali su simptome poput bola u odsustvu bilo kakve povrede ili patologije. Uzrok ovih tegoba su pripisivali kretanju materice, koja je autonomna i lebdeća (Micale, 1994). Grčki ljekari su opisali sličan skup simptoma i u suštini zadržali i proširili egipatsku teoriju o lutajućoj materici koja izaziva razne tjelesne smetnje i bol. Oni su ovoj bolesti dali ime „histerija“ od grčke riječi *hystera* što znači materica. Histerija se po prvi put kao medicinski termin pojavljuje 420.godine p.n.e u zbirci „Corpus Hippocratium“ čuvenog grčkog ljekara Hipokrata. Zajedničko egipatskoj i grčkoj formulaciji histerije jeste shvatanje po kome je ovo ženska bolest te se stoga znatno češće srijeće kod žena (Reynolds, 2018). Srednjevjekovna evropska medicina, koja je bila pod snažnim uticajem teologije i religije, objašnjavala je sve mentalne poremećaje pa tako i histeriju, kao manifestaciju urođenog zla, posljedicu prvobitnog grijeha (Micale, 1994). Tek od 17. vijeka zapadna medicina počinje da mijenja shvatanje histerije i da ovu bolest povezuje sa nervnim sistemom i emocijama. Francuski ljekar Šarl le Poa odbacuje shvatanje po kome je histerija ženska bolest materičnog porijekla i tvrdi da se ona može javiti i kod muškaraca. Kao glavni organ odgovoran za simptome histerije smatra mozak. Nekoliko godina kasnije, ljekar Tomas Sidenam poznat i kao „engleski Hipokrat“ , tvrdi da su uzroci histerije emocionalne prirode, tj. da jake emocije izazivaju ove tjelesne tegobe. On opisuje razne simptome histerije i navodi da one mogu biti manifestacija bilo kog organskog sistema i mogu zahvatiti bilo koji organ. Sidenam uočava da se simptomi histerije javljaju i kod muškaraca, s tim što za njih koristi termin „hipohondrija“. Prema ovom ljekaru, histerija i hipohondrija su dva ista poremećaja (Pearce, 2016).

Naša savremena koncepcija somatizacije proizilazi direktno iz radova francuskog ljekara Pola Brikea. Brike je u svojoj studiji „Traktat o histeriji“ objavljenom 1859. godine dao opsežnu analizu 430 pacijenata sa histerijom liječenih tokom deset godina. Ova studija je bila veoma uticajna u naučnim krugovima tog vremena i citirana od strane mnogih naučnih autoriteta uključujući i francuskog ljekara Šarkoa. Briket je kao i njegovi prethodnici, Le Poa i Sidenam, odbacio vjerovanje da se histerija javlja samo kod žena i da je za njen nastanak odgovorna materica. On opisuje slučajeve muškaraca sa simptomima histerije i ističe da je petina njegovih pacijenata razvila simptome ove bolesti prije puberteta što još više dovodi u sumnju tradicionalno shvatanje da je navedena bolest seksualne prirode. Brike smatra da je histerija mnogo jače povezana sa radom mozga nego polnih organa. Proučavajući etiološke faktore, zaključuje da afektivni temperament, porodični hereditet, niži socio-ekonomski status, loše fizičko zdravlje i istorija traumatičnih iskustava čine jaku predispoziciju za razvoj simptoma histerije. Skoro svi pacijenti koje je liječio su bili upečatljivi: od ranog djetinjstva veoma plašljivi, lako pogođeni kritikom, lako bi se zaplakali, imali napade smijeha, iritabilni i sl. Brike je histeriju nazvao neurozom mozga koja djeluje na tijelo. Naučni doprinos Brikeove studije o histeriji je neprocjenjiv i višestruk. On je na određeni način predvidio koncept „histerične ličnosti“ o kom će se pisati tek nekoliko decenija kasnije i u 20. vijeku. Osim toga, prepoznao je važnost emocionalnog stresa, psiholoških uzročnika i crta ličnosti u nastanku ovog poremećaja (Mai & Mersky, 1981).

Brike je kritikovao termin „histerija“ smatrajući ga klinički i naučni netačnim što je sugerisalo potrebu za preimenovanjem ovog poremećaja (Mai, 1980). Tako dolazi do stvaranja novog termina poznatog kao „Brikeov sindrom“. Okosnicu ovog poremećaja čine ponovljene i višestruke tjelesne tegobe koje nemaju objektivni biološki uzrok ali zbog kojih se traži pomoć ljekara. Najčešće tegobe koje se doživljavaju su bolovi u stomaku, leđima i grudima, glavobolja, umor, problemi sa varenjem, urinarni problemi, lupanje srca, vrtoglavica, otežano disanje, poremećaji menstrualnog ciklusa itd. Osim ovih navedenih tjelesnih simptoma, sindrom podrazumijeva i emocionalne (psihološke) žalbe kao što su osjećaj potištenosti, fobije, osjećaj beznadežnosti života, misli o samoubistvu, misli o umiranju, nervoza i sl. Učestalo je posjećivanje ljekara, često i više različitih, pri čemu pacijenti nekada insistiraju na hospitalizaciji i operativnim zahvatima (Davison & Neale, 1999).

Brikeov sindrom je „ugrađen“ u treće izdanje *Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje* (3rd ed.; DSM–III; American Psychiatric Association, 1980) pod nazivom

„somatizacijski poremećaj“. Kriterijum za postavljanje dijagnoze somatizacijskog poremećaja u DSM-III uključuje postojanje samo tjelesnih simptoma, za razliku od Brikeovog sindroma koji zahtijeva doživljavanje i emocionalnih tegoba (nervoza, strah, misli o samoubistvu, potištenost, itd). Dalje, somatizacijski poremećaj za razliku od Brikeovog sindroma ne pretpostavlja nužno distribuciju tjelesnih simptoma kroz više organskih sistema, mada su kriterijumski simptomi somatizacijskog poremećaja razvrstani u sedam kategorija simptoma (North, 2015).

Istorijat somatizacije/histerije se ne može proučavati bez pomena francuskog neurologa Žana Martina Šarkoa čiji su radovi dali značajan doprinos neurologiji, psihologiji i psihijatriji. Šarko je smatrao da je histerija organski poremećaj koji utiče na specifične neuroanatomske regije mozga i može da proizvede simptome slične simptomima strukturalnih neuroloških poremećaja. Tvrdio je da je histerija uglavnom nasljedna bolest i da u njenom nastanku ključnu ulogu imaju faktori sredine, prvenstveno fizički i emocionalni stresori koji služe kao okidači za pojavu histeričnih epizoda (Goetz, 2016). Šarko je naglašavao značaj (ranih) fizičkih trauma, uključujući i seksualne, tokom kojih je osoba bila uplašena za svoj život. On se trudio da razbije mit o histeriji kao ženskoj bolesti i tvrdio je da se ona javlja i kod muškaraca koji se bave tradicionalno muškim poslovima kao što su to vojnici. Osim muške histerije, opisao je i slučajeve histerije kod djece. Insistirao je na tome da se ova bolest može javiti kod ljudi nezavisno od toga kojoj socijalnoj klasi pripadaju ili kojim zanimanjem se bave, međutim, ističe da su ljudi koji pripadaju radničkoj klasi podložniji mentalnim bolestima pa tako i pojavi simptoma histerije (Micale, 1990). Šarko je smatrao da je najbolji metod za proučavanje histerije hipnoza. Koristio je hipnotički metod da izazove simptome histeričnog napada zarad njihovog proučavanja. Manjim dijelom je koristio hipnozu u svrhu liječenja oboljelih osoba koje su hipnotisane pratile njegove sugestije. Hipnotički metod je privukao veliku pažnju laika i studenata ali je bio oštro kritikovan od strane akademske zajednice koja je ovaj metod smatrala nenaučnim (Teive et al., 2014). Interesovanje za temu somatizacije/histerije pokazao je i Šarkoov učenik, osnivač psihoanalitičke škole, Sigmund Frojd. Frojd je vjerovao da su somatski simptomi izraz mehanizma odbrane i njihova uloga je da unutrašnji konflikt učine podnošljivim. Frojd je zajedno sa svojim mentorom Jozefom Brojerom 1895. godine objavio knjigu „Studije o histeriji“. Može se reći da je Frojdova koncepcija histerije neodvojiva od njegovog šireg intelektualnog nasleđa. On kaže da histerični pacijenti pate od reminiscencija i da su njihovi simptomi ustvari ostaci i simboli pamćenja određenih traumatskih iskustava. Frojd i Brojer govore o tri vrste histerije: odbrambena, retenciona i hipnoidna histerija.

Odbrambena histerija se javlja kao zaštitna reakcija od neprijatnih predstava. Retenciona histerija se javlja kao posljedica nedostatka emocionalnog pražnjenja koje bi oslobodilo osobu od kliničkih manifestacija dok se hipnoidna histerija javlja dok je osoba u hipnotisanom stanju. Vremenom su autori napustili kategorizaciju histerije a Frojd je tvrdio da je svaka histerija odbrambena. U Frojdovim radovima o histeriji koristi se i pojam konverzije. Konverzija je definisana kao pokušaj razrešenja nekog intrapsihičkog konflikta putem somatskih (tjelesnih) manifestacija. U daljim Frojdovim radovima o histeriji koji su uslijedili nakon njegovog profesionalnog razlaza sa Brojerom, on izučava ovu bolest u kontekstu seksualnosti. On tvrdi da su potisnute seksualne fantazije i želje tokom djetinjstva i kasnije u odraslom dobu primarni izvor histeričnih simptoma. Osim seksualnih fantazija i želja, histeriju mogu izazvati i seksualne traume nastale u ranom dobu razvoja (Bogousslavsky & Dieguez, 2014). Nakon radova Frojda i Brojera histerija kao dijagnoza je postala sve manje učestala među psihijatrima a broj objavljenih radova na tu temu je značajno opao. Razlozi za to su brojni a najznačajniji su nalazak organske osnove za mnoge bolesti koje su se do tada tretirale kao histerija, kao što je to npr. epilepsija, kao i nagli razvoj psihijatrijske nozologije i klasifikacijskih sistema (Micale, 1990). Kao što je već pomenuto u prethodnom poglavlju, psihoanalitičar i Frojdov učenik Vilhelm Štekel je bio prvi koji je upotrijebio termin „somatizacija“ da opiše izražavanje neurotičnih konflikata kroz tjelesne smetnje i simptome (Stekel, 1924).

Kao što možemo zaključiti iz napisanog, somatizacija je koncept koji su ljekari i naučnici pokušavali da odgonetnu od antičkih vremena i koji je mijenjao svoj naziv od „histerija“, preko „Brikeov sindrom“ pa sve do „somatoformni poremećaji“ koji su kao kategorija uvršteni u treće izdanje *Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM)* (American Psychiatric Association, 1980). U revidiranoj verziji DSM III koja je objavljena 1987. godine, u kategoriji somatoformnih poremećaja svrstani su sledeći poremećaji: tjelesni dismorfní poremećaj, konverzija (histerična neuroza), hipohondrijaza, somatizacijski poremećaj, somatoformni poremećaj bola, nediferencirani somatoformni poremećaj i nenaznačeni somatoformni poremećaj (3rd ed., revised.; DSM-III-R, American Psychiatric Association, 1987). U četvrtoj ediciji DSM-a objavljenoj 1994. godine, kategorija somatoformnih poremećaja obuhvata: somatizacijski poremećaj, konverzivni poremećaj (koji može uključivati motoričke simptome ili deficit, senzorne simptome ili deficit, paralize i konvulzije ili sve od navedenog), nediferencirani somatoformni poremećaj, hipohondrijaza, poremećaj bola (koji se dalje dijeli na poremećaj bola povezan sa

psihološkim faktorima, poremećaj bola povezan sa opštim medicinskim stanjem i poremećaj bola povezan i sa psihološkim faktorima i sa medicinskim stanjem) i poremećaj tjelesne dismorfije (4th ed.; DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). Kategorija somatoformnih poremećaja je isključena iz DSM 5 i zamijenjena novom kategorijom pod nazivom „Poremećaj sa somatskim simptomima i srodni poremećaji“. Ova kategorija obuhvata poremećaje kao što su poremećaj somatskih simptoma, anksiozni poremećaj zbog bolesti, konverzivni poremećaj i umišljeni poremećaj (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2. Somatoformni poremećaji

Somatoformni poremećaji su heterogena grupa psihijatrijskih poremećaja čija je glavna karakteristika prisustvo fizičkih simptoma koji sugerisu postojanje neke organske bolesti a za koje ne postoji adekvatno medicinsko objašnjenje (APA, 1980). Ovi simptomi se ne mogu objasniti zdravstvenim stanjem osobe, zloupotrebom supstanci ili nekim drugim mentalnim poremećajem a njihovo postojanje izaziva klinički značajan stres i oštećenje u društvenim, profesionalnim ili drugim oblastima funkcionisanja (APA, 1994). Somatoformni poremećaji su dugo vremena bili tretirani kao „ničija zemlja“ na granici između psihijatrije i ostalih medicinskih disciplina iako je njihovo razumijevanje ključno za održanje integriteta medicine kao nauke koja je usmjerena na objašnjenje i poboljšanje cjelokupnog zdravlja čovjeka (Jana et al, 2012).

Nastanak somatoformnih poremećaja se ne može objasniti samo biološkim ili samo psihološkim faktorima te stoga najveći broj istraživača koristi biopsihosocijalni model za objašnjenje ove grupe poremećaja. Biopsihosocijalni model objašnjenja somatoformnih poremećaja razlikuje tri vrste činilaca koji doprinose nastanku i razvoju ove bolesti a to su: predisponirajući faktori (biološka predispozicija i tip ličnosti), percipitirajući faktori (stres i društveni uslovi) i podržavajući faktori među koje ubrajamo: ponašanje povodom nastalih smetnji, kognitivni stil, emocionalnu reakciju i sposobnost samokontrole (Pribytkov & Eriчев, 2017).

Pod somatoformnim poremećajima podrazumijevamo sledeće poremećaje:

Somatizacijski poremećaj ranije poznat kao histerija ili Brikeov sindrom, karakteriše se ponavljajućim i višestrukim tjelesnim simptomima koji nisu objašnjivi medicinskim stanjem ili upotrebom supstanci. Dijagnoza zahtijeva početak simptoma prije 30. godine i njihovo prisustvo tokom nekoliko godina. Osobe sa ovim poremećajem doživljavaju bol u najmanje četiri različita

područja ili funkcije tijela, najmanje dvije gastrointestinalne tegobe, i jedan neurološki simptom. Simptomi anksioznosti i depresivnog raspoloženja su česti, a učestalost poremećaja varira od 0.2% do 2% kod žena i oko 0.2% kod muškaraca. Somatizacijski poremećaj je hroničan, ali se retko potpuno povlači, a dijagnoza se može preklapati sa drugim zdravstvenim stanjima. Tri ključne karakteristike za razlikovanje ovog poremećaja su zahvaćenost više organskih sistema, rani početak, i hronični tok bez dokaza o fizičkim bolestima ili laboratorijskim nalazima. Često je komorbidan sa depresijom i generalizovanim anksioznim poremećajem (Erić, 2011).

Konverzivni poremećaj se odlikuje simptomima ili deficitima u voljnim motoričkim i senzornim funkcijama koji ukazuju na neurološki problem, ali nisu povezani s poznatim medicinskim stanjima. Dijagnoza zahtijeva da psihološki faktori, poput stresa, prethode simptomima, te da simptomi nisu namjerno proizvedeni. Simptomi moraju značajno ometati životne funkcije, ali se poremećaj ne dijagnostikuje ako su prisutni samo bol ili seksualna disfunkcija. Motorički simptomi uključuju paralizu, slabost, tremor, dok senzorne smetnje uključuju gubitak osećaja, sljepoću i halucinacije. Dijagnoza se postavlja tek nakon isključivanja neuroloških uzroka, jer se simptomi često ne poklapaju s anatomskim putevima. Konverzivni poremećaj se češće javlja kod žena (u omjeru od 2:1 do 10:1). Glavni izazov u dijagnozi je razlikovanje od neuroloških stanja, drugih medicinskih problema i somatoformnih poremećaja (Erić, 2011).

Bolni poremećaj karakteriše prisustvo bola koji je dominantan fokus cjelokupne kliničke slike i koji je dovoljno jak da zahtijeva kliničku pažnju. Bol izaziva značajno oštećenje na socijalnom, profesionalnom ili nekom drugom planu životnog funkcionisanja pri čemu psihološki faktori igraju značajnu ulogu u nastanku, razvoju, ozbiljnosti i pogoršanju bola. Primjeri teškoća u obavljanju svakodnevnih aktivnosti obuhvataju neodlazak u školu ili na posao, česta upotreba sistema zdravstvene zaštite, značajno povećana upotreba lijekova kao i poremećaj u porodičnom životu. Osobe sa ovim poremećajem se najčešće žale na glavobolju, bol u leđima ili u predjelu lica. Doživljena bol često vodi ka socijalnoj izolaciji što zatim dovodi do pojave novih psiholoških tegoba i povećava rizik od samoubistva. Većina ovih akutnih bolova nestaje u relativno kratkom vremenskom periodu. Postoji širok spektar varijabilnosti u nastanku hroničnog bola. U većini slučajeva, bol je traje nekoliko godina prije nego što osoba dođe do pažnje stručnjaka za mentalno zdravlje. Važni faktori koji mogu da ubrzaju oporavak od ovog somatoformnog poremećaja su učešće pojedinca u strukturisanim aktivnostima uprkos bolu i otpor dopuštanju da bol postane odlučujući faktor u njegovom ili njenom životu. (Erić, 2011).

Hipohondrija je somatoformni poremećaj čija je suštinska karakteristika izrazita preokupacija strahom od ozbiljne bolesti, zasnovana na pogrešnom tumačenju tjelesnih simptoma. Uprkos detaljnom medicinskom pregledu koji ne otkriva konkretan zdravstveni problem, strah od bolesti opstaje. Osobe s hipohondrijom često priznaju mogućnost preterivanja, ali ne odustaju od svojih uvjerenja. Da bi se postavila dijagnoza, poremećaj mora trajati najmanje šest mjeseci, uzrokujući značajan stres i oštećenja u društvenom i profesionalnom funkcionisanju, a ne smije biti bolje objašnjen drugim poremećajem. Hipohondrični pacijenti često traže potvrdu od različitih ljekara i osećaju se uvrijeđeno na sugestiju da posjete psihijatra. Hipohondrija se može javiti u bilo kojem životnom dobu, najčešće u ranom odraslom periodu, i podjednako pogađa žene i muškarce (Erić, 2011).

Dismorfički tjelesni poremećaj (dismorfofobija) karakteriše preokupacija umišljenim fizičkim defektom ili nekom svojom opštom ružnoćom, što značajno ometa svakodnevno funkcionisanje. Najčešće su žalbe vezane za manje nedostatke na licu ili glavi, poput oblika nosa, usta ili bora, a preokupacija može obuhvatati jedan ili više dijelova tela. Osobe s ovim poremećajem često osjećaju intenzivan stid i smatraju svoje preokupacije bolnim i mučnim. Zbog toga često izbjegavaju društvo, povlače se iz javnosti ili napuštaju školu i posao. U težim slučajevima, poremećaj može dovesti do hospitalizacija ili samoubistva. Često se javlja uz depresiju, opsesivno-kompulzivni poremećaj ili socijalnu fobiju, obično počinje u ranoj adolescenciji, ali može proći mnogo godina prije nego što bude prepoznat i dijagnostikovao (Erić, 2011).

Somatoformne poremećaje je neophodno razlikovati od psihosomatskih poremećaja/bolesti. Iako se često pogrešno koriste kao sinonimi od strane laika, one se značajno razlikuju u pogledu nastanka i razvoja. Ključno pitanje u razlikovanju somatoformnih od psihosomatskih poremećaja jeste postojanje oštećenja na ćelijskom, organskom ili tkivnom nivou ili patološkog procesa koji bi mogao objasniti cjelokupnu kliničku simptomatologiju. Somatoformni poremećaji uključuju tjelesne simptome koji ukazuju na postojanje bolesti, ali objektivna medicinska testiranja ne potvrđuju prisustvo bolesti koja bi objasnila ove tegobe. Nasuprot tome, kod psihosomatskih poremećaja, medicinski nalazi pružaju dokaze o postojanju identifikovane organske bolesti čiji razvoj je pod uticajem psiholoških faktora. Preciznije, somatoformni poremećaji se karakterišu prisustvom telesnih simptoma i negativnih psiholoških činilaca bez odgovarajućih anatomskih promena ili zdravstvenih stanja koji bi objasnili te simptome, dok psihosomatski poremećaji uključuju tjelesne simptome, negativne psihološke faktore, kao i jasno identifikovani zdravstveni

problem kojem se simptomi mogu pripisati. (Tomić, 2003). Psihosomatske bolesti/poremećaji o kojima se danas najviše govori su hipertenzija, tahikardija, dijabetes, hipoglikemija, infarkt miokarda, gastritis, čir na želucu, neurodermatitis i dr. (Vulić-Prtorić, 2019).

1.1.3. Psihosomatska medicina

Lipowski (1986) definiše psihosomatsku medicinu kao naučnu i kliničku disciplinu koja se bavi proučavanjem korelacija između specifikovanih psihosocijalnih faktora i normalnih i abnormalnih fizioloških procesa; proučavanjem uticaja interakcije između psihosocijalnih i bioloških faktora na etiologiju, vrijeme nastanka, simptome, tok i ishod svih bolesti; propagiranjem holističkog pristupa njezi pacijenata i primjenom psihijatrijskih i bihejvioralnih metoda u prevenciji, liječenju i rehabilitaciji bolesti. Na temelju ovog modela, nastala je savremena definicija koja kaže da je psihosomatska medicina sveobuhvatni, interdisciplinarni naučni okvir za procjenu psiholoških faktora koji utiču na individualnu ranjivost, tok i ishod bolesti; za biopsihosocijalno razmatranje njege pacijenata u kliničkoj praksi, kao i za specijalističke intervencije koje teže integraciji psiholoških terapija u prevenciji, liječenju i rehabilitaciji medicinskih bolesti (Fava & Sonino, 2010). Fokus psihosomatske medicine su psihosomatske bolesti – fizičke bolesti ili oštećenja na čiji nastanak ili razvoj utiču psihosocijalni faktori (Nakao, 2010). Nasuprot uvreženom mišljenju da je koncept psihosomatike proizašao iz psihoanalize, termin „psihosomatski“ je u medicinsku literaturu prvi uveo njemački ljekar Johan Kristijan Hajnrot. Svojim razmišljanjima o interakciji duše i tijela u bolesti i zdravlju dao je značajan doprinos začetku psihosomatske medicine. Hajnrot ne samo da je priznavao povezanost psihičkih i fizičkih funkcija, već je otišao i korak dalje tvrdeći da svaka mentalna bolest može dovesti do razvitka i neke fizičke bolesti kao i da svaki poremećaj tjelesnih funkcija može negativno uticati na mentalni život pojedinca. Hajnrot je koristio termin „psihosomatski“ da objasni etiologiju insomnije (Steinberg et al., 2013). Rodonačelnikom psihosomatske medicine se smatra Georg Grodek, njemački ljekar i psihoanalitičar. Grodek je bio poznat po svojim veoma radikalnim idejama – smatrao je da su sve fizičke bolesti i oštećenja (pa čak i prelomi ekstremiteta) psihosomatski i da imaju porijeklo u nesvjesnim procesima kao i da je razlika između psihičkog i tjelesnog samo verbalna. Dok su za Frojda „kraljevski put u nesvjesno“ bili snovi, za Grodeka put u nesvjesno su bili tijelo i tjelesne funkcije (Avila & Winston, 2003).

Tvorcem moderne psihosomatske medicine kao naučne djelatnosti se smatra psihoanalitičar Franc Aleksander. Nakon emigriranja u SAD početkom 1930ih godina, osnovao je psihoanalitički institut u Čikagu koji se pored psihoanalize bavio i psihosomatikom. Aleksander se naziva i osnivačem tkzv. Čikaške psihosomatske škole i smatra se prvom značajnom ličnosti u ovoj naučnoj disciplini. Osnovne principe i primjene psihosomatske medicine Aleksander je izložio u knjizi „Psihosomatska medicina“ objavljenoj 1950. godine. Kao temelj psihosomatskog pristupa Aleksander navodi koncept psihogeneze i definiše ga kao fiziološke procese koji se sastoje od ekscitacija u nervnom sistemu a koji se mogu proučavati psihološkim metodama jer se doživljavaju subjektivno u vidu emocija, ideja ili želja. Kao najznačajniju psihološku metodu navodi introspekciju. Aleksander dijeli sve fiziološke funkcije koje mogu biti pod uticajem psiholoških faktora u tri kategorije: voljno ponašanje, ekspresivne inervacije i vegetativni odgovori na emocionalna stanja. Ovaj autor psihosomatske bolesti smatra posljedicom „vegetativne neuroze“. Za razliku od konverzivne neuroze koja koristi voljno inervisane organe da bi simbolično (konverzijom) iskazala nesvjesne potrebe i na taj način neutralisala konflikt/napetost, kod vegetativne neuroze, ta napetost se smanjuje kroz stvaranje psihosomatskog simptoma. Tvrdio je da u nastanku psihosomatske bolesti osim emocionalnog faktora značajnu ulogu ima i nasleđe/biološka predispozicija. Aleksander je ostao najviše upamćen po identifikovanju sedam neosporno psihosomatskih bolesti, u literaturi poznatih kao „svetih sedam“ a to su: bronhijalna astma, arterijska hipertenzija, čir na želucu i dvanaestopalačnom crijevu, oboljenje debelog crijeva, oboljenje štitne žlijezde, hronični reumatizam i neurodermatitis (Alexander, 1950). Dalji podstrek razvoju psihosomatske medicine dao je Pjer Marti, osnivač Pariske psihosomatske škole. Tokom više od deset godina posmatranja psihosomatskih bolesnika, Marti je ukazao na postojanje upadljive razlike u načinu mišljenja između ovih bolesnika i zdravih i neurotičnih pojedinaca. Mišljenje psihosomatskih bolesnika je nazvao operativnim. Ova vrsta mišljenja je konkretna, rigidna, pragmatična, konformistička, bez originalnosti ili imaginacije i usmjerena na pravolinijsko rješavanje problema. Marti tvrdi da su psihosomatske bolesti posljedica nemogućnosti da se konflikt obradi na mentalnom nivou. Određeni intrapsihički konflikt koji postoji se ne obrađuje kroz fantaziju već se energija usmjerava ka unutrašnjim organima što dovodi do patoloških promjena u radu ili strukturi tih organa (Marty & Uzan, 1963).

Može se reći da je na neki način Marti uticao na razvoj teorije o aleksitimičnom karakteru, centralnom konceptu Bostonske psihosomatske škole čiji je najznačajniji predstavnik Peter

Sifneos. Tokom dugogodišnjeg rada sa psihosomatskim bolesnicima Sifneos je kod njih uočio značajan afektivni deficit. On je 1972. godine u literaturu uveo termin „aleksitimija“ što u bukvalnom prevodu sa grčkog jezika znači „bez riječi za osjećanja“. Aleksitimija označava teškoću u doživljavanju, identifikovanju, diferencijaciji i izražavanju osjećanja, kao i manjak fantazija, utilitaristički način razmišljanja i sklonost akciji u svrhu izbjegavanja stresnih i konfliktnih situacija (Sifneos, 1973). Sifneos kao najznačajniju karakteristiku aleksitimičnih pacijenata izdvaja njihovu nemogućnost da nađu odgovarajuće riječi da opišu ono što osjećaju i fokusiraju se na opisivanje isključivo fizičkih simptoma pa čak i onih koji nemaju značajne veze sa trenutnim medicinskim stanjem. Druga značajna karakteristika je odsustvo fantazija i snova. Aleksitimične osobe rijetko plaču (ili je njihov plač nepovezan sa tugom ili ljutnjom), često su pasivno-agresivni, rigidni u mišljenju i tjelesnom položaju (Sifneos et al., 1977). Do sličnih zapažanja došao je i drugi najznačajniji predstavnik Bostonske psihosomatske škole, Džon Nimaja. Radeći sa psihosomatskim bolesnicima on primjećuje da oni teže da minimiziraju afekte i emocionalnu umješanost, nude veoma malo spontanosti i veoma su štedljivi sa riječima te je ljekar prinuđen da ponekad ponavlja pitanja kako bi održao konverzaciju. Nimaja navodi da psihosomatski bolesnici ne nude svoje misli ili fantazije o događajima koje opisuju i da djeluje kao da je put u njihov unutrašnji, lični život blokiran (Nemiah, 1978).

Proučavanje istorije psihosomatske medicine ne bi bilo moguće bez pomena Helen Flanders Dunbar. Ona je bila psiholog, psihoanalitičar, osnivač Američkog psihosomatskog udruženja i glavni urednik časopisa „Psihosomatska medicina“. Sredinom tridesetih godina prošlog vijeka počela je da se bavi odnosom između emocija i tjelesnih bolesti (Dunbar, 1935). Za razliku od Franca Aleksandera ona je smatrala da nijedna bolest nije čisto psihosomatska i da tip ličnosti određuje da li će se psihosomatska bolest razviti nakon neke stresne situacije ili ne. Ona je bila prvi istraživač u ovoj oblasti koji je sistematično povezao različite profile ličnosti sa određenim organskim bolestima. Vjerovala je da se psihosomatske bolesti javljaju kao posljedica prekomjernog rada autonomnog nervnog sistema i endokrinih žlijezda koje pokušavaju inhibirati pražnjenje psihološke tenzije (Martin, 1978). Detaljno je opisala koronarni, ulkusni, dijabetični i traumatofilni tip ličnosti (Dunbar, 1943). Iako je njena teorija o povezanosti tipova ličnosti sa određenim bolestima podstakla mnoga istraživanja, ona nije empirijski potvrđena i kritičari su ukazivali da je Dunbar više opisivala načine života nego crte ličnosti. Od njenog cjelokupnog učenja zadržan je samo opis koronarne ličnosti koji se u kasnijoj psihosomatskoj medicini poklapa

sa ponašanjem osoba „tipa A“ (Friedman & Rosenman, 1974). Teorijsku bazu savremne psihosomatske medicine ponudio je Džordž Endži. On je kritikovao naučni pristup koji je bio dominantan a koji je favorizovao molekularnu biologiju kao najvažniju naučnu disciplinu. Prema riječima Endžija, ovaj biomedicinski model pretpostavlja da se svaka bolest može u potpunosti objasniti biohemijskim ili molekularnim uzročnicima te stoga ne ostavlja mjesta za proučavanje psiholoških, društvenih i bihevioralnih dimenzija bolesti. Ovaj model je zasnovan na redukcionizmu, zahtijeva da se bolest liječi nezavisno od društvenog ponašanja i da se ona objasni na osnovu poremećenih somatskih (biohemijskih i neurofizioloških) procesa. Endži ističe da biomedicinski model ne može da objasni nastanak svake bolesti i predlaže novi model za objašnjenje i liječenje bolesti – biopsihosocijalni model. Ovaj novi model uzima u obzir biološke, psihološke i društvene faktore koji mogu doprinijeti nastanku bolesti (Engel, 1977). Biopsihosocijalni model ohrabruje ljekara/terapeuta da proširi primjenu naučnog metoda na aspekte svakodnevne prakse i njege pacijenta koji se do sada nisu smatrali dostupni naučnom pristupu. U svom radu iz 1980. godine Endži detaljno opisuje kako različite komponente biopsihosocijalnog modela mogu da interaguju na različite načine i kako primjena glavnih principa ovog modela služi pacijentima, ne samo na humanistički već i naučni način. Biopsihosocijalni model se temelji na ideji o „kontinuumu prirodnih sistema“. U sredini ovog kontinuma nalazi se čovjek (pacijent) sa svojim ponašanjem i osjećanjima, ispod njega je biološki sistem (atomi, molekuli, ćelije, tkiva, organi) a iznad njega je socijalni sistem (porodica, zajednica, kulturna sredina, nacija). Promjena u jednom sistemu može dovesti do promjena u svim ostalim (Engel, 1980). Endžijev biopsihosocijalni model napravio je pravu malu revoluciju u vidu borbe protiv medicinskog dogmatizma i redukcionizma. Međutim, ovaj model nije ostao bez kritika. Prva kritika koja je upućena tvorcu ovog modela odnosila se na to da je on ovaj model primjenjivao prvenstveno na uobičajene medicinske bolesti ali ne i na psihijatrijske, što je dovelo do mišljenja da ovaj model nije dovoljno sveobuhvatan i da zanemaruje specifičnosti mentalnih oboljenja. Druga značajna kritika odnosi se na eklektičku prirodu samog modela koja ne pruža jasna i konkretna pravila kada treba naglasiti biološke a kada psihološke i socijalne faktore. Dalje, određeni broj kritičara smatra da model nije dovoljno naučno zasnovan – da nedostaje čvrsta empirijska podloga koja bi potvrdila validnost i pouzdanost modela. Zanemaruje se da redukcionizam nije uvijek loš (Ghaemi, 2009). Kritičari još ističu i da ovaj model ne nudi konkretne terapijske strategije i da ne poboljšava komunikaciju između ljekara i pacijenta (kao što je Endži

tvrdio) ukoliko se radi o kulturalno raznolikoj sredini (Benning, 2015). McLaren (1998) ističe da biopsihosocijalni model ne zadovoljava kriterijume da bude model već samo teorija.

Uprkos ovim kritikama, biopsihosocijalni model je i dalje važeći u medicini i psihijatriji. Može se reći da biopsihosocijalni model prelazi granice psihosomatske medicine i počinje da se primjenjuje i u ostalim granama medicine te se sa njegovog aspekta izučavaju i liječe mnoge hronične bolesti, ne samo psihičke. Saradnički pristup koji uključuje i biomedicinski i psihosocijalni model je neophodan kako za unapređenje psihijatrijskog znanja tako i za pružanje adekvatne pomoći pacijentu. Ono što čini biopsihosocijalni model i dalje validnim jeste činjenica da su mnoge hronične bolesti uzrokovane višestepenim mehanizmima (Tripathi et al., 2019).

Psihosomatska medicina je dobila status posebne psihijatrijske subspecijalizacije 2003. godine od strane Američkog odbora za medicinske specijalnosti. Ovo predstavlja najznačajniju etapu u razvoju psihosomatske medicine kao naučne oblasti i priznavanje njenog značaja od strane naučnih autoriteta. Ubrzo je došlo do ekspanzije istraživanja koja su se bavila ispitivanjem interakcija između poznatih medicinskih stanja i psihijatrijskih bolesti. Priznanje psihosomatske medicine kao specijalizacije u medicini je dalo značajan doprinos proučavanju i razumijevanju medicinski neobjašnjivih simptoma i funkcionalnih poremećaja. Studije prve generacije su identifikovale učestalost psihijatrijskog morbiditeta povezanog sa najčešćim fizičkim bolestima i hospitalizacijom. Sofisticiranije epidemiološke studije druge generacije su utvrdile stope prevalencije šireg spektra psihijatrijskih poremećaja prisutnih u ranije proučavanim bolestima ili novootkrivenim zdravstvenim stanjima (Levenson, 2007). Na ovaj način je oblast psihosomatske medicine postala naučno rigoroznija, raznovrsnija i terapijski relevantnija. Danas postoje dva glavna pravca istraživanja u psihosomatskoj medicini. Jedan je tradicionalni, usmjeren na istraživanje psiholoških aspekata veze između mentalne i somatske patologije a drugi pravac se zasniva na biomedicini koja se u poslednjih desetak godina veoma brzo razvija i usmjeren je na istraživanje uzročnih veza između mentalne i somatske patologije i traženje zajedničkih mehanizama (Mazo et al., 2023). U sadašnje vrijeme više nego ikada ranije postoji dovoljno mogućnosti za proučavanje odnosa između psihičkih i tjelesnih pojava, a jedna od najznačajnijih predstavlja upotrebu moderne medicinske tehnologije, u prvom redu neurotehnologije (Yao et al., 2022). Zahvaljujući neurotehnologiji i drugim metodama neuronauka, došlo je do ključnih otkrića u oblastima psihosomatske kardiologije, gastroenterologije, endokrinologije, reumatologije i urologije. Zhao i saradnici (2023) su koristeći metodu magnetne rezonance identifikovali genetsku

vezu između srca i mozga. Nalazi ovog istraživanja u kom je učestvovalo 40000 ispitanika su otkrili značajnu korelaciju između nekih kardijalnih karakteristika i različitih aspekata strukture i funkcije mozga uključujući morfologiju sive mase, mikrostrukturu bijele mase i funkcionalne neuronske mreže. Ova studija pokazuje da promjene u kardiovaskularnoj aktivnosti dovode do promjena u moždanoj aktivnosti i kogniciji. Gong i saradnici (2023) su predstavili rezultate analize genske plejotropije razjašnjavajući komorbiditet između gastrointestinalnih oboljenja i psihijatrijskih poremećaja. Oni su sproveli detaljne genetičke analize četiri gastrointestinalne (inflamatorna bolest crijeva, sindrom iritabilnog crijeva, peptički ulkus i gastroezofagelna refluksna bolest) i šest psihijatrijskih bolesti (shizofrenija, bipolarni poremećaj, depresija, poremećaj pažnje sa hiperaktivnošću, posttraumatski stresni poremećaj i anoreksija). Rezultati analize su potvrdili zajedničku genetsku osnovu gastrointestinalnih i psihijatrijskih poremećaja i pružili nove perspektive za njihovo liječenje. Dong i saradnici (2023) su koristeći mikroendoskopsko i višeelektrodno elektrofiziološko snimanje doprinijeli boljem razumijevanju uticaja psihofizioloških izvora stresa na razvoj stomačnih bolesti. Maina i saradnici (2023) su otkrili da depresija predstavlja faktor rizika za pojavu dijabetesa tipa 2. Potvrđena je i veza između astme i neuronskih funkcija povezanih sa emocionalnom regulacijom (Dill-McFarland et al, 2024). Lee i saradnici (2023) su istraživali uticaj kognitivno-bihevioralne terapije na liječenje fibromijalgije (hroničan mišićno-skeletni bol obično udružen sa poremećajem sna). U njihovoj studiji, 98 učesnika je bilo podjeljeno u dvije grupe, pri čemu je jedna grupa bila podvrgnuta kognitivno-bihevioralnoj terapiji u trajanju od osam sedmica, dok je druga grupa bila kontrolna. Rezultati su pokazali da kognitivno bihevioralna terapija značajno smanjuje simptome i intenzitet bola. Pregled ovih istraživanja nam nudi pogled na budućnost psihosomatske medicine. Može se zaključiti da ova naučna oblast ima obećavajuću i uzbudljivu budućnost koja će dodatno rasvijetliti zamršene odnose između tjelesnih bolesti i psiholoških i socijalnih faktora.

1.2. TEORIJE O UZROCIMA PSIHOOSOMATSKIH BOLESTI

Psihosomatske bolesti su složene i multikauzalne. Neće svaka osoba sa emocionalnim poteškoćama oboljeti od neke psihosomatske bolesti. Bolest se može razviti kao rezultat društvenih i sredinskih faktora ili biološke predispozicije. Među faktorima koji utiču na pojavu i razvoj psihosomatskih bolesti su način života (Beutel et al, 2004), sposobnost prepoznavanja i izražavanja sopstvenih emocija (Cohen & Brooker, 1994), vrste afektivne veze (Maunder & Hunter, 2001), izloženost seksualnom ili fizičkom nasilju (Gauthier, 2010), nezaposlenost (Paul & Moser, 2009) i sl. Uprkos naporima istraživača, etiopatogeneza psihosomatskih smetnji i bolesti nije u potpunosti razjašnjena, nije identifikovan tačan uzrok nastanka psihosomatskih bolesti. U ovom radu ćemo predstaviti najuticajnije teorije o uzrocima psihosomatskih poremećaja a to su – psihoanalitička interpretacija, teorija o uticaju stresa kao uzročnika psihosomatskih bolesti i teorija o osobinama ličnosti kao prediktorima psihosomatskih bolesti.

1.2.1. Psihoanalitičko objašnjenje uzroka psihosomatskih bolesti

Sigmund Frojd, osnivač psihoanalize i ljekar po zanimanju, nikada nije upotrijebio termin „psihosomatski“ ili „psihosomatska medicina“. Pretpostavlja se da je bio previše zaokupljen problemima nesvjesnog, neurotičnih konflikata i libida da bi se vraćao u doba kada se bavio organskom medicinom (Adamović, 2005). Iako u cjelokupnom Frojdovom korpusu radova ne postoji nijedno istraživanje povezano konkretno sa psihosomatikom, niz studija i koncepata koje je on razvio u drugim oblastima psihopatologije korišćeni su kao osnova za proučavanje problema psihosomatike. Pregledom tih radova možemo zaključiti da je najveći doprinos proučavanju psihosomatskih poremećaja Frojd dao uvođenjem pojma konverzivnog poremećaja koji označava pojavu tjelesnih simptoma i disfunkcija kao posljedicu potisnutih konflikata, želja ili ideja (Smadja, 2011). Psihoanalitičari druge generacije su pokazali nešto veće interesovanje o nastanku

psihosomatskih bolesti. U prvom redu to su Oto Fenihel, Feliks Dojč, Sandor Ferenci i Franc Aleksander.

U svom kapitalnom djelu „Psihoanalitička teorija neuroza“ objavljenom 1945. godine, Fenihel jedno poglavlje posvećuje organskim (vegetativnim) neurozama. On ovu vrstu neuroza definiše kao tjelesnu manifestaciju dubokih emocionalnih konflikata ili potreba koje nisu zadovoljene. Fenihel kaže da su organske bolesti simbolično povezane sa potisnutim idejama i da one predstavljaju odbranu od tih ideja ili djelimično rješenje konflikta. Prema njegovim riječima, organska bolest se razvija zato što pojedinac više nije u stanju da toleriše intenzivne emocije i zato što ne vidi mogućnost zadovoljenja svojih potreba u spoljašnjem svijetu. Kao ilustraciju toga naveo je esencijalnu hipertenziju koja se javlja kod osoba koje imaju jaku potrebu za ispoljavanjem agresije ali su naučile da je agresija loša. Dalje, Fenihel tvrdi da u svakoj organskoj bolesti ima i nečeg psihičkog (Fenichel, 1945, 1945). Njegov savremenik i kolega psihoanalitičar Feliks Dojč, jedan je od zaboravljenih pionira psihosomatske medicine. Svoju teoriju o nastanku psihosomatskih bolesti velikim dijelom je zasnivao na učenjima o konverziji. On je predložio da se Frojdov koncept konverzije proširi i shvati kao kontinuirani proces koji započinje u najranijem razvojnem periodu i traje tokom cijelog života. Opisao je kako promjene u raspoloženju djeluju na promjene u metabolizmu i senzornoj percepciji (Teusch, 2017). Suština njegove teorije o nastanku psihosomatske bolesti je tvrdnja da su psihosomatski simptomi i bolesti rezultat specifičnog načina rješavanja interakcije nagonских i interpersonalnih konflikata. Primarni uzrok razvoja psihosomatike, prema Dojčevom shvatanju, je iskustvo ranog gubitka. Kroz razvoj psihosomatskih simptoma, pojedinac pokušava da poništi iskustvo gubitka koji je doživio, da nadoknadi izgubljeno. Prema Dojču, podvrgavanje pacijenta psihoanalizi mu pomaže da prebrodi gubitak tako da ga više ne mora simbolizovati u vidu tjelesnih oboljenja. Dojč je razvio posebnu vrstu intervju nazvanu „asocijativna anamneza“. Koristeći ovu tehniku, kliničar više puta usmjerava pažnju pacijenta na interakciju između njegovih tjelesnih simptoma i njegovih međuljudskih sukoba (Hohendorf, 1995).

Šandor Ferenci, mađarski psihoanalitičar, kao glavni uzrok razvoja psihosomatskih bolesti smatra uticaj traumatskih iskustava tokom kojih pojedinac nije bio u stanju da procesuirati i verbalizuje emocionalni bol, što je dovelo do toga da se on izrazi kroz tijelo. Rana traumatska iskustva imaju najjači uticaj. Ferenci je pisao o tri puta kroz koja psihološka trauma može dovesti do razvoja psihosomatskih bolesti ili u pojedincu stvoriti predispoziciju ka obolijevanju od psihosomatskih

bolesti. Prvi put je da dijete nije dovoljno voljeno od strane svojih roditelja ili primarnih skrbnika. Ferenci je vjerovao da je za procvat instinkta života (libida) neophodno da dijete bude voljeno i željeno od strane roditelja. Ako to nije slučaj, instinkt smrti prevladava i rezultat će biti ugrožena organska konstitucija. U drugom slučaju ekscitacija ostaje na tjelesnom mjestu traume, može se premjestiti na druge djelove tijela ili se pretvoriti u senzacije. Treći put je kroz autosimbolizam (simboli se koriste da predstave osjećaj sopstvenog funkcionisanja) pri čemu su simptomi psihosomatskih bolesti rekonstrukcija doživljenih traumatskih iskustava. Kao najčešće psihosomatske posljedice traume Ferenci je identifikovao psihogeni bol, bronhijalnu astmu, prehlade, poremećaje krvne cirkulacije, gubitak apetita, a vjerovao je i da neki epileptični napadi reprezentuju želju za smrću (Frankel, 1998).

Franc Aleksander, učenik Šandora Ferencija i zvanični osnivač psihosomatske medicine, kao najznačajniji uzrok nastanka psihosomatskih bolesti isticao je unutrašnju emocionalnu tenziju, tj. nesvjesne konflikte. On tvrdi da specifični konflikti rezultiraju specifičnim organskim oboljenjima. Određena konfliktna situacija u pojedincu izaziva pojavu anksioznosti koja se u psihoanalitičkoj teoriji tretira kao signal opasnosti za ego. Ova anksioznost pokreće niz nesvjesnih psiholoških reakcija, uključujući tipične psihološke odbrane i regresivno ponašanje. Aleksander vjeruje da su specifične emocionalne reakcije povezane sa specifičnim odgovorima simpatičkog i parasimpatičkog nervnog sistema koji dalje utiču na određene unutrašnje organe. Prekomjerna inervacija ovih unutrašnjih organa dovodi do poremećaja u njihovoj funkciji ili strukturi. On smatra da se hronična stanja ljutnje i agresivnosti „odlivaju“ putem simpatikusa i dovode do raznih tjelesnih stanja kao što su porast krvnog pritiska, porast nivoa šećera u krvi i proširenje disajnih puteva. Sa druge strane stanja pasivnosti i dubokog potiskivanja emocija dovode do aktivacije parasimpatikusa i to dovodi do oboljenja crijeva i astme (Alexander, 1950).

Za razliku od psihoanalitičara prve generacije koji su koristili pojam konverzivne neuroze koja koristi voljno inervisane organe da bi simbolično izrazila nesvjesne konflikte, pomenuti psihoanalitičari druge generacije za objašnjenje psihosomatskih bolesti koriste pojam vegetativne (organske) neuroze koja inerviše vegetativni nervni sistem (Adamović, 2005).

Vremenom je psihoanalitički pristup psihosomatskim bolestima počeo da se manje fokusira na rješavanje nesvjesnih konflikata a više na ispravljanje poremećaja u self i objektnoj reprezentaciji i kognitivnom procesu obrade informacija (Taylor, 2022).

1.2.2. Teorije stresa kao objašnjenje nastanka psihosomatskih bolesti

Učenje po kojem je stres glavni uzročnik nastanka raznih tjelesnih bolesti jedno je od najuticajnijih u psihosomatskoj medicini. Sredinom tridesetih godina prošlog vijeka kanadski endokrinolog mađarskog porijekla Hans Seli je bio na pragu epohalnog otkrića – uočio je da eksperimentalna životinja kada je biološki ugrožena (izložena hladnoći, toploti, glasnim zvucima ili elektrošokovima, primorana na intenzivnu fizičku aktivnost ili izgladnjivana) razvija uvijek iste patoanatomske promjene kao što su hipertrofija nadbubrežne žlijezde i čir na želudačnoj sluznici. Sve unutrašnje i spoljašnje podražaje ili događaje koji narušavaju homeostazu (ravnotežu) u organizmu nazvao je stresorima. Seli je tvrdio da organizam odgovara na ove stresore istim sklopom nespecifičnih reakcija. Taj sklop reakcija postao je poznat kao „opšti adaptacioni sindrom“. Prema Seliju, on je „opšti“ jer predstavlja odgovor na različite stresne podražaje (stresore) i ima efekat na različite organske sisteme a „adaptacioni“ jer aktivira odbranu i započinje procese obnavljanja organizma. Opšti adaptacioni sindrom se sastoji od tri faze. Prva faza naziva se faza alarma (ili šoka) i ona traje od nekoliko sati do nekoliko dana. Na samom početku ove faze tjelesne odbrane djeluju na nižim nivoima efikasnosti od normalnih a nakon toga dolazi do mobilizacije različitih tjelesnih resursa što obuhvata pojačan rad nadbubrežne žlijezde, kardiovaskularnog i respiratornog sistema i povećan nivo glukoze u krvi. Zatim organizam ulazi u drugu fazu, fazu otpora (rezistencije). Tokom ove faze organizam se adaptira na stresni podražaj putem različitih bioloških funkcija i procesa kao što su pojačano razgrađivanje masti i proteina, pravljenje hiperglikemije, povećanje koncentracije neutrofila i eritrocita a smanjenje koncentracije limfocita i trombocita. Ukoliko je izloženost stresnim podražajima dugotrajna, dolazi do sniženja postignute adaptacije i organizam ulazi u treću fazu, fazu iscrpljenosti. Nju karakteriše smanjeni kapacitet endokrinog sistema za izlučivanje odbrambenih hormona pa imuni sistem funkcioniše sa značajno umanjenom učinkovitošću te organizam postaje podložniji na razne funkcionalne i strukturalne bolesti a može doći čak i do smrti. Treba napomenuti da faza iscrpljenja nije ni nužna ni neizbježna. Ona ne nastupa ukoliko se stresni podražaj eliminiše prije nego što dođe do potpunog iscrpljenja svih odbrambenih snaga organizma. Seli je uporedio opšti adaptacioni sindrom sa nekim drugim tjelesnim odbrambenim procesima kao što su inflamacija i formiranje antitijela (Selye, 1936). Još kao student medicine na kliničkoj praksi, Seli je primjetio da pacijenti oboljeli

od različitih hroničnih bolesti, od tuberkuloze do karcinoma, često pate od sličnih simptoma i tegoba koje se ne mogu pripisati nijednoj bolesti konkretno. Među tim tegobama najučestalije su bile gubitak apetita, bolovi u zglobovima, problemi sa varenjem, uvećana slezina, promjene na koži, mentalna konfuzija, gubitak interesovanja za svakodnevne aktivnosti i sl. Zaključio je da ovi simptomi predstavljaju generalizovan odgovor organizma na intezivne stresore i ukazuju na njegovu borbu da se adaptira novonastalim okolnostima i održi homeostazu (Selye, 1956). Tvorci kasnijih konceptualizacija stresa su proučavali stres kroz interakciju između pojedinca i okoline pri čemu je glavni dio te interakcije kognitivna procjena koju pojedinac pridaje svakoj stresnoj situaciji. Ričard Lazarus (1966) je razvio kognitivno-transakcionu teoriju prema kojoj je stres nije samo direktan, fiziološki odgovor organizma na stresore već je posredovan individualnom percepcijom i interpretacijom tog stresora. Ključne komponente njegove teorije su primarna i sekundarna procjena. Primarna procjena se odnosi na početnu procjenu događaja ili situacije pri čemu se oni mogu procijeniti kao bezopasni/irelevantni za pojedinca, pozitivni ili štetni/ugrožavajući. Ako se stresni događaj procijeni kao ugrožavajuć, onda se vrši sekundarna procjena koja predstavlja razmatranje resursa i opcija koje pojedinac ima na raspolaganju za suočavanje sa stresnom situacijom. To uključuje procjenu vlastitih sposobnosti, dostupne podrške i strategija suočavanja. Lazarus razlikuje dvije strategije suočavanja a to su suočavanje usmjereno na problem (planiranje i traženje informacija) i suočavanje usmjereno na emocije (distrakcija, reinterpretacija situacije). Dvije decenije kasnije Lazarus je u saradnji sa Suzan Folkman razradio teoriju stresa. U ovoj kasnijoj konceptualizaciji stres je opisan kao dinamičan proces koji je dugotrajan i stalno se mijenja. Naglasak je stavljen na cikličnom procesu procjene i ponovne procjene situacije i dostupnih resursa. Ovi autori takođe naglašavaju važnost situacionih i ličnih faktora koji utiču na procjenu stresne situacije i suočavanje. Najvažniji lični faktori koji utiču na to kako će pojedinac odgovoriti na stresni događaj su osobine ličnosti, inteligencija, zdravstveno stanje i prethodna iskustva sa stresnim situacijama. Među najznačajnijim situacionim faktorima ističu se trajanje i intezitet stresora, dostupnost podrške, uslovi života i rada i kulturalne norme (Lazarus & Folkman, 1984). Novije teorije o stresu reflektuju napredak u različitim disciplinama, uključujući psihologiju, biologiju i neurologiju. Jedna od najuticajnijih teorija o stresu poslednjih decenija je teorija alostaze i alostatskog opterećenja koju su razvili Bruce McEwan i Stellar Elliott. Za razliku od homeostaze koja predstavlja ravnotežu i održanje konstantnih unutrašnjih uslova, alostaza je proces kojim organizam održava stabilnost kroz promjene kako bi se prilagodio

stresorima. Adaptacija u stresnim situacijama zahtijeva aktivaciju neuroloških, imunoloških i endokrinoloških mehanizama. Kada se ovi mehanizmi efikasno uključuju i isključuju, i to ne previše često, organizam može uspješno da se bori sa stresnim situacijama. Međutim, ako je organizam pod uticajem ponovljenih ili dugotrajnih stresnih događaja, ovi mehanizmi se pretjerano stimuliraju. Ova pojava je poznata kao „alostatsko opterećenje“. Alostatsko opterećenje čini organizam podložnijim raznim oboljenjima i smanjuje njegovu sposobnost da se uspješno nosi sa budućim stresnim situacijama. Najčešće se kao posljedica alostatskog opterećenja javljaju gastrointestinalne, kardiovaskularne i imunološke bolesti. Teorija alostatskog opterećenja pomaže da se razjasni kako hronični stres doprinosi razvoju bolesti naglašavajući vezu između psihološkog stresa, fiziološkog odgovora organizma i rizika od bolesti (McEwen & Stellar, 1993).

Uloga stresa u nastanku raznih tjelesnih oboljenja prepoznata je već duži niz godina. Još je 1950. godine kardiolog Wolff uočio da njegovi pacijenti često izvještavaju o doživljenim stresnim životnim događajima otprilike godinu dana prije nastanka bolesti (Wolff, 1950). Stres može imati uticaja na nastanak gotovo svih kategorija tjelesnih oboljenja kao što su gastrointestinalna, kardiovaskularna, dermatološka, reumatološka, endokrinološka itd. Među navedenim bolestima, kardiovaskularne bolesti su prepoznate kao one na čiji nastanak i razvoj stres ima najjači uticaj. On može da bude okidač za razvoj vaskularne hipertenzije (Wenneberg et al., 1997), može izazvati skokove krvnog pritiska (McCarty & Gold, 1996) ili povećati već povišen krvni pritisak (Sanders & Lawler, 1992). Psihološki stres je povezan sa endotelnom disfunkcijom i aterosklerozom (Yeung et al, 1991) i koronarnom arterijskom bolesti (Negrao et al., 2000). Dalje, stres je identifikovan i kao faktor koji utiče na razvoj hronične srčane insuficijencije (Harris, 2020). Veliko naučno interesovanje postoji i za ispitivanje uloge stresa u nastanku karcinoma. Jedno istraživanje u Kanadi sprovedeno nad muškarcima starosti od 35 do 70 godina pokazalo je da je produžena izloženost stresu na poslu bila povezana sa većim izgledima za razvoj karcinoma prostate (Blank-Lapierre, 2017). Meta analiza 142 prospektivne studije sprovedene nad ispitanicima iz Azije, Australije, Evrope i Amerike pokazala je da je stres povezan sa većom incidencom karcinoma pluća (Chida, 2008). U jednom od najnovijih istraživanja u oblasti psihosomatske medicine ispitivana je veza između stresa i višestrukih dugotrajnih zdravstvenih stanja. U ovoj studiji korišćen je kortizol iz kose kao biomarker stresa. Nalazi studije pokazuju da je viši nivo kortizola indikator većeg rizika od akumulacije višestrukih hroničnih zdravstvenih problema (Hounkpatin et al, 2024).

1.2.3. Osobine ličnosti kao prediktori nastanka psihosomatskih bolesti

Kao što je već istaknuto u poglavlju o psihosomatskoj medicini, Helen Flanders Danbar je prva u svojim radovima izložila ideju o povezanosti psihološke strukture ličnosti sa nastankom i razvojem određenih psihosomatskih bolesti. Vjerovala je da crte ličnosti predodređuju da li će osoba oboljeti o neke bolesti ili ne kada se nađe u stresnoj situaciji. Detaljno je opisala koronarnu, dijabetičku, ulkusnu i traumatofilnu ličnost. Osobe sa koronarnom ličnošću su ambiciozne, takmičarski nastrojene, teže ka visokim postignućima, radoholičari, usmjereni na detalje, uvijek su u žurbi i skloni su potiskivanju emocija, posebno ljutnje i agresije. Kao što i sam naziv implicira sklone su obolijevanju od koronarnih bolesti uključujući hipertenziju, anginu pectoris, aritmiju. Ulkusnu ličnost karakteriše visok nivo hronične brige i anksioznosti, stalno osjećanje strepnje i zavisnosti od ostalih, osjećaj bespomoćnosti, oslanjanje na spoljašnju validaciju i podršku, izbjegavanje otvorenih sukoba i supresiju emocija. Ove osobe najčešće pate od gastrointestinalnih bolesti kao što su peptički ulkus, gastritis, sindrom iritabilnog crijeva, funkcionalna dispepsija i sl. Dijabetičku ličnost karakterišu pasivno-agresivno ponašanje i naglašene oralne osobine – impulsivnost i prejedanje. Pojedinci sa ovim tipom ličnosti su podložne razvoju dijabetesa. Traumatofilna ličnost se prepoznaje po sklonosti ka samopovređivanju i nesrećama, odbijanju autoriteta i neprihvatanju određenih pravila ponašanja. Ona nije od pretjeranog značaja za psihosomatiku (Dunbar, 1943).

Iako je učenje Flanders Danbar o različitim tipovima ličnosti odbačeno usljed nedostatka čvrstih empirijskih dokaza i pojednostavljivanja složenih ljudskih ponašanja i zdravstvenih ishoda ono je značajno doprinijelo razvoju kasnijih teorija o uticaju strukture ličnosti na nastanak i razvoj psihosomatskih bolesti. Tako su Friedman i Rosenman krajem pedesetih godina prošlog vijeka razvili teoriju o ličnosti tipa A i ličnosti tipa B i njihovoj povezanosti sa rizikom od oboljenja od kardiovaskularnih bolesti. Ličnost tipa „A“ karakteriše pojedince koji su takmičarski nastrojeni, ambiciozni, sebi postavljaju visoke ciljeve, nestrpljivi, skloni multitaskingu, imaju jaku želju za napredovanjem i priznanjem, preuzimaju na sebe više radnih zadataka nego što je neophodno, učestvuju u više aktivnosti koje su vremenski ograničene itd. Ličnost tipa „B“ opisuje pojedince koji su više relaksirani, radne zadatke obavljaju postojano i znaju uživati u svojim postignućima, dobro podnose neuspjeh, nisu pretjetano ambiciozni i kompetitivni, kreativni su, strpljivi i reflektivni. Istraživanje ove dvojice autora je pokazalo da su ličnosti tipa „A“ značajno podložnije

obolijevanju od kardiovaskularnih bolesti u odnosu na ličnosti tipa „B“ (Friedman & Roseman, 1959). Kasniji istraživači su opisali i treći tip ličnosti – tip „C“ koji je sklon razvoju karcinoma. Ovaj tip ličnosti karakteriše, prije svega, supresija negativnih emocija, nedostatak asertivnosti, izbjegavanje konflikata, introverzija, naglašena obazrivost i senzitivnost, odlaganje zadovoljenja svojih potreba zarad zadovoljenja tuđih i pasivnost (Temoshok, 1987). Kako se oblast proučavanja veze između ličnosti i tjelesnih oboljenja proširivala, ustanovljeno je i postojanje ličnosti tipa „D“ čije su glavne karakteristike negativni afektivitet koji je definisan kao tendencija da se često dožive negativne emocije (tuga, ljutnja, strah) u različitim situacijama i socijalna inhibicija koja uključuje izbjegavanje socijalnih interakcija i strah od odbijanja (Denollet et al., 1996). Istraživanja pokazuju da ovaj tip ličnosti pogoduje razvoju mnogih tjelesnih bolesti, uključujući koronarne bolesti (Grande et al., 2012), dijabetes (Conti et al., 2016) i neke dermatološke bolesti (Basinska & Wozniewicz, 2013).

Uticaj crta ličnosti na razvoj i tok različitih tjelesnih oboljenja poslednjih par decenija postaje važna tema proučavanja u oblastima psihologije ličnosti i psihosomatske medicine što kao posljedicu ima razvoj novih instrumenata i koncepata neophodnih za bolje razumijevanje zdravlja i višestrukih faktora koji su u vezi sa zdravljem i bolešću (Smith & Gallo, 2001). Istraživanja koja koriste petofaktorski model ličnosti ne samo da pružaju uvid u to koje karakteristike ličnosti su prediktori zdravlja ili bolesti već i u kakvom je odnosu ličnost sa bihevioralnim, kognitivnim i emocionalnim procesima koji utiču na zdravstveni ishod. U najvećem broju studija crte ličnosti su proučavane kao mogući faktor rizika za početak, tok i krajnji ishod bolesti. U tom pogledu, najviše se ispitala crta ličnosti neuroticizma kao faktor uticaja na razvoj raznih tjelesnih bolesti. Neuroticizam se definiše kao sklonost ka čestom doživljavanju negativnih emocija i misli i tendencija ka emocionalnoj nestabilnosti (Costa & McCrae, 1992). Ispitivanjem direktnog efekta neuroticizma potvrđeno je da je on prediktor brojnih zdravstvenih problema. Pokazalo se da negativni afektivitet, koji je srž neuroticizma, predstavlja važan faktor rizika za razvoj kardiovaskularnih bolesti (Kubzansky & Kawachi, 2000). Istraživanje koje su sprovedi Huovinen i saradnici (2001) je pokazalo da muškarci sa višim skorom na skali neuroticizma imaju duplo veći rizik od napada astme nego muškarci sa nižim nivoom neuroticizma. Uticaj neuroticizma je ispitan i u oblasti imunologije. Sutin i saradnici (2010) su proučavali odnos između crta ličnosti i inflamatornih biomarkera. Našli su pozitivnu korelaciju između višeg nivoa neuroticizma i nivoa proteina citokina IL-6.

U jednom istraživanju sprovedenom u Institutu za reumatologiju u Beogradu izvršena je petofaktorska analiza ličnosti 105 bolesnika sa primarnim Sjogrenovim sindromom, 52 bolesnika sa reumatoidnim artritisom i 54 zdrave osobe. Bolesnici su bili slični po godinama starosti i dužini trajanja bolesti. Svi ispitanici su popunili NEO-PI-R upitnik ličnosti sastavljen od 240 ajtema. Rezultati su pokazali da bolesnici sa Sjogrenovim sindromom i reumatoidnim artritisom imaju slične karakteristike ličnosti koje se razlikuju od karakteristika ličnosti zdravih ispitanika. Ovi bolesnici su imali više skorove na skali neuroticizma a manje na skali ekstraverzije i otvorenosti za nova iskustva u odnosu na zdrave ispitanike. Nije bilo značajnih razlika u nivoima saradljivosti i savjesnosti između ove dvije grupe ispitanika (Milić, 2018).

U novije vrijeme posebna pažnja istraživača usmjerena je i na crte tkzv. tamne trijade koju čine psihopatija, narcizam i makijavelizam i njihovu vezu sa zdravljem. Beaver i saradnici (2014) su ispitali vezu između psihopatije i zdravstvenog stanja na uzorku od više hiljada ispitanika. Rezultati njihove studije su pokazali da su viši skorovi na skali psihopatije u korelaciji sa lošim zdravstvenim stanjem i da osobe sa psihopatskim osobinama ličnosti češće obolijevaju od hroničnih i neuroloških bolesti i da je kod njih povećan rizik od obolijevanja od dijabetesa, visokog holesterola i visokog krvnog pritiska.

Do sada je predloženo nekoliko modela odnosa između crta ličnosti i razvoja bolesti. Ovi ponuđeni modeli pokušavaju da objasne ulogu koju crte ličnosti pojedinca imaju u svim fazama razvoja bolesti, od njenog početka do krajnjeg ishoda. Prema *modelu odabira situacija* crte ličnosti utiču na odabir aktivnosti i situacija u kojima se osoba nalazi. Na primjer, osobe izražene agresivnosti češće sudjeluju u nasilnim situacijama što za posljedicu ima veći broj tjelesnih povreda. Sa druge strane, prema *stres-moderatorskom modelu* crte ličnosti utiču na to da li će se neki događaj procijeniti kao stresni i shodno tome pokrenuti fiziološke reakcije koje, ako traju dugo, mogu dovesti do razvoja pojedinih oboljenja. *Model bolesničkog ponašanja* stavlja fokus na ponašanje bolesnika. Prema ovom modelu, crte ličnosti utiču na percepciju znakova bolesti, njihovu atribuciju i izvještavanje o bolesti (Friedman, 2011). Prema *konstitucijsko-predispozicijskom modelu* postoji povezanost između crta ličnosti i bolesti ali taj odnos nije kauzalan. Sa stanovišta ovog modela postoji treća, pozadinska varijabla (neki bazični genetski ili drugi konstitucionalni faktor) koji utiče i na manifestaciju ličnosti i na podložnost pojedinca ka razvoju bolesti. Drugim riječima, osobine ličnosti koje su povezane sa rizikom od bolesti su ustvari samo pokazatelji sklonosti organa ili organskih sistema da razviju određene bolesti (Wiebe & Fortenberry, 2006).

1.3. NAČINI LIJEČENJA PSIHOSOMATSKIH BOLESTI

U prethodnim poglavljima smo opisali i objasnili pojmove kao što su somatizacija, psihosomatski simptomi, somatoformni poremećaji i psihosomatske bolesti. U nastavku ćemo se baviti mogućnostima i načinima liječenja pomenutih fenomena.

Jedna od terapija koje se najviše primjenjuju u liječenju somatizacijskih tegoba i psihosomatskih poremećaja je Afektivno-kognitivno-bihejvioralna terapija (ACBT). Ona predstavlja terapijsku intervenciju orijentisanu primarno na emocije, misli i ponašanja povezana sa simptomima/bolešću. Komponente ACBT čine trening relaksacije, upravljanje ponašanjem, kognitivno restrukturisanje, prepoznavanje emocija, regulisanje emocija i vježba interpersonalnih vještina. Terapija počinje relaksacijom, koja pomaže u smanjenju mišićne napetosti i bola, smanjenju fiziološkog uzbuđenja i jačanju osjećaja kontrole. Sledeći korak je upravljanje ponašanjem koje uključuje zamjenu neadekvatnih oblika ponašanja zdravijim, uz podučavanje tehnika poput kontrole stimulusa i higijene spavanja. Cilj je poboljšanje društvene i profesionalne aktivnosti. Kognitivno restrukturisanje pomaže pacijentu da prepozna i promijeni iracionalne misli povezane sa simptomima. Fokus je na redukciji katastrofičnog mišljenja. Ovaj dio terapije može biti izazovan jer pacijent može osjetiti da terapeut ne vjeruje u ozbiljnost njegovih simptoma. Komponenta koja se bavi emocijama pomaže pacijentima da prepoznaju i izraze potisnute emocije, poput bijesa, i razlikuju misli od emocija. Terapija često uključuje "domaće zadatke" za bilježenje emocija i misli. Na kraju, vježbe interpersonalnih vještina usmjerene su na jačanje asertivnosti, odnosno otvorenog i iskrenog izražavanja misli i osjećanja bez napadanja drugih. Pacijenti analiziraju interakcije sa drugima i uče da igraju određene uloge kako bi poboljšali svoje vještine komunikacije (Woolfolk et al., 2007).

Erić (2011) ističe da je za liječenje većine somatoformnih poremećaja neophodno integrativno korišćenje psihoterapije i farmakoterapije, u najvećem broju slučajeva istovremeno. Ovaj autor navodi da je suština liječenja somatizirajućih osoba u tome da terapeut prihvati stvarnost pacijentovih tegoba i žalbi, da konstatuje njihovo realno postojanje ali i da mu objasni da etiologija njegovih smetnji nije organske već psihičke prirode. Ovaj postupak razuvjeravanja pomaže mnogim pacijentima ali on mora biti odmjeran i ciljan. U mnogim slučajevima, rad sa porodicom

pacijenta može biti od izuzetne koristi jer su osobe koje pate od nekog od somatoformnih poremećaja često suočene sa nerazumijevanjem, nepovjerenjem i odbacivanjem od strane najbližih članova porodice.

Ne postoji jedna vrsta farmakoterapije isključivo namijenjena liječenju somatoformnih poremećaja i somatizacijskih tegoba. U kliničkoj praksi, sve klase psihotropnih lijekova se koriste za tretiranje ovih zdravstvenih problema. Sistematski se proučava pet glavnih grupa lekova kao što su triciklični antidepresivi (TCA), inhibitori ponovnog uzimanja serotonina (SSRI), inhibitori ponovnog uzimanja serotonina i noradrenalina (SNRI), atipični antipsihotici i biljni lekovi. Dokazi pokazuju da su svih pet grupa efikasne u širokom spektru poremećaja. Čini se da su sve klase antidepresiva efikasne protiv somatoformnih i srodnih poremećaja. SSRI su efikasniji protiv hipohondrije i tjelesnog dismorfnog poremećaja, a studije ukazuju da su SNRI efikasniji od drugih antidepresiva kada je bol preovlađujući simptom (Somashekar et al, 2013).

Liječenje psihosomatskih bolesti najčešće uključuje kombinaciju različitih pristupa i tehnika prilagođenih konkretnim bolestima. Ovi pristupi se usmjeravaju na ublažavanje fizičkih simptoma i poboljšanje opšteg psihičkog stanja pojedinca. Liječenje psihosomatskih oboljenja nerijetko zahtijeva multidisciplinarni pristup i timski rad psihologa, psihijatra i ljekara specijaliste zavisno od toga koji organski sistem je u pitanju. Od svih psihoterapijskih pravaca, za liječenje psihosomatskih bolesti kao najučinkovitija se pokazala kognitivno-bihevioralna terapija (KBT). Često se koriste alternativni pristupi kao što su terapija pokretom, autogeni trening, tehnika biofeedback-a i praktikovanje joge (Rajski, 2017).

1.4. PREGLED DOSADAŠNJIH ISTRAŽIVANJA

Sa aspekta mentalnog zdravlja studenti predstavljaju vulnerabilnu grupu. Upisom na fakultet pojedinac stiče jedan potpuno novi psihološki identitet. Ovo uključuje dolazak u novo okruženje, napuštanje roditeljskih domova, prilagođavanje na novi način učenja, nepovoljnu ekonomsku situaciju kao i mnogo odricanja od slobodnog vremena i druženja sa vršnjacima (Krapić et al., 2015). Najveći broj istraživanja o mentalnom zdravlju studenata u Crnoj Gori se bazira na proučavanju najčešćih psiholoških tegoba kao što su depresija i anksioznost. Istraživanje koje je sprovedla Marojević (2020) predstavlja prvo veće istraživanje o anksioznosti među studentima u Crnoj Gori. Autorka je ispitivala povezanost pola, dobi i prosječne ocjene sa nivoom anksioznost. Rezultati ovog istraživanja nisu pokazali statistički značajnu razliku u učestalosti anksioznosti u odnosu na pol, dob ili prosječnu ocjenu što se ne poklapa sa sličnim studijama rađenim u okolnim zemljama. Istraživanje koje su sprovele Marojević i Injac Stevović (2020) a tiče se nivoa depresivnosti kod studenata u Crnoj Gori, pokazuje da od 346 ispitanih studenata, 9.4% ispitanika prijavljuje simptome koji se klasifikuju kao umjerena depresija dok njih 3% prijavljuje simptome koji se klasifikuju kao izražena depresija. Ovo istraživanje je pokazalo i da su najčešći indikatori depresije o kojima studenti izvještavaju osjećaj nervoze i kritičnost prema sebi. Istraživanje sprovedeno nad 356 studenata Hrvatskog katoličkog sveučilišta je pokazalo da niži nivo emocionalne stabilnosti, viši koeficijent inteligencije kao i stil suočavanja sa stresom usmjeren na emocije predviđaju veću učestalost psihosomatskih simptoma. Takođe, ovaj rad je pokazao i to da ženski pol predviđa veću učestalost psihosomatskih simptoma (Bešenić et al., 2021). Još jedno istraživanje koje govori u prilog tome da ženski pol predviđa veću učestalost psihosomatskih simptoma sprovedli su Mujkić i saradnici (2021). Njihovo istraživanje je sprovedeno nad 402 učenika završnih razreda osnovnih i srednjih škola sa područja Bosne i Hercegovine. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da djevojčice doživljavaju više psihosomatskih smetnji nego dječaci kao i da razlika nije pronađena u odnosu na uzrast.

Primorac (2021) utvrđuje da postoji pozitivna korelacija između psihosomatskih simptoma sa jedne strane i poteškoća u emocionalnoj regulaciji i negativnog afekta sa druge strane. Jedno hrvatsko istraživanje (Martinović, 2018) sa studentima Sveučilišta u Zagrebu došlo je do rezultata da studenti od psihosomatskih tegoba najviše pate od bolova u leđima, vrtoglavice i umora. Dodaj i Šimić (2012) ispituju psihosomatske simptome među studentima pušačima i nepušačima. Prema

rezultatima njihovog istraživanja, studenti pušači ispoljavaju više gastrointestinalnih i kardiovaskularnih simptoma nego studenti nepušači. Studija sprovedena nad adolescentima u Mađarskoj je pokazala da osjećaj samopoštovanja ima značajan uticaj na učestalost psihosomatskih simptoma (Piko et al., 2016). Prema ovim autorima, visoko samopoštovanje i takmičarski duh smanjuju vjerovatnoću razvoja psihosomatike dok su usamljenost i potreba za pripadanjem indikatori većeg broja psihosomatskih simptoma. Što se tiče proučavanja odnosa crta ličnosti i sklonosti ka ispoljavanju psihosomatskih simptoma, značajan broj radova govori u prilog tome da je neuroticizam kao dimenzija ličnosti najjači prediktor razvoja somatizacije (Samardžić & Špirić, 2005). Istraživanje sprovedeno nad adolescentima u Švedskoj navodi da je ličnost tipa „D“ faktor rizika za nastanak psihosomatskih bolesti. Ovaj tip ličnosti karakteriše sklonost ka doživljavanju velikog broja negativnih emocija, povučenost, pretjerana epmatičnost i ljubaznost (Conden et al, 2013).

1.5. PREDMET I CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Predmet ovog istraživanja su psihosomatski simptomi/smetnje kod studentske populacije u Crnoj Gori. Prvo će biti ispitana učestalost i priroda psihosomatskih smetnji koje se javljaju kod ove grupe pojedinaca. Nakon toga ćemo se baviti identifikovanjem pojedinačnih faktora i osobina pojedinaca koji mogu uticati na doživljavanje i ispoljavanje psihosomatike kao što su pol, akademsko postignuće, uzrast, emocionalna kompetentnost i osobine ličnosti.

Glavni cilj istraživanja je utvrđivanje prirode i učestalosti psihosomatskih simptoma među studentima u Crnoj Gori i ispitivanje povezanosti pomenutih činilaca (pol, akademsko postignuće, osobine ličnosti i emocionalna kompetentnost) sa učestalošću pojave psihosomatskih simptoma kod studenata.

1.6. ISTRAŽIVAČKI PROBLEMI I HIPOTEZE

U ovom radu ćemo se baviti sledećim istraživačkim problemima:

1. Ispitati učestalost psihosomatskih simptoma uopšte i unutar pojedinačnih kategorija psihosomatskih simptoma
2. Ispitati uticaj pola, akademskog postignuća i uzrasta na učestalost psihosomatskih smetnji
3. Ispitati povezanost učestalosti psihosomatskih simptoma i nivoa emocionalne kompetentnosti
4. Ispitati povezanost učestalosti psihosomatskih simptoma i dimenzija ličnosti u okviru modela „Velikih pet“

Hipoteze:

H1: Očekuje se da će ispitanici biti najskloniji ispoljavanju sledećih psihosomatskih smetnji: glavobolje, umor i grčevi u stomaku.

H2: Očekuje se da će najučestalije smetnje biti iz kategorije gastrointestinalnih simptoma.

H3: Očekuje se da će ispitanici ženskog pola i boljeg akademskog postignuća biti skloniji ispoljavanju psihosomatskih smetnji dok razlike u odnosu na uzrast neće biti.

H4: Očekuje se da će ispitanici višeg nivoa emocionalne kompetentnosti biti skloniji ispoljavanju psihosomatskih smetnji nego ispitanici nižeg nivoa emocionalne kompetentnosti.

H5: Očekuje se da će ispitanici sa izraženom crtom neuroticizma biti najskloniji ispoljavanju psihosomatskih smetnji u odnosu na ostale osobine ličnosti u okviru modela „Velikih pet“.

2. METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA

2.1. UZORAK

Ovo istraživanje je sprovedeno nad prigodnim uzorkom od 150 studenata koji se školuju u Crnoj Gori na državnom ili privatnim univerzitetima. Od ukupnog broja ispitanika 54% su bili ispitanici ženskog pola (81) a 46% su ispitanici muškog pola (69). Najveći broj ispitanika je na trećoj godini studija (27,3%), zatim na drugoj (22%), četvrtoj (16%), prvoj (14,6%), petoj (14,8%) i šestoj (5,3%). U odnosu na akademski uspjeh 29,4% ispitanika ima odličan, 28,7% ima vrlodobar, 25,3% dobar, 11,3% zadovoljavajući uspjeh a 5,3% dovoljan uspjeh. Prema regionu u kojem ispitanici žive, najviše ispitanika (48,7%) živi u centralnom regionu Crne Gore, zatim u južnom regionu (26,7%) i najmanje u sjevernom regionu (24,6%).

2.2. INSTRUMENTI

Za potrebe ovog istraživanja korišćen je instrumentarijum sačinjen od 3 upitnika. Prvi je *Upitnik psihosomatskih simptoma – PSS* autorke Anite Vulić-Prtorić. Ovaj upitnik je namijenjen ispitivanju fizičkih simptoma i procjeni opšteg zdravstvenog stanja osobe u svrhe kliničke dijagnostike ili naučnih istraživanja. Sastoji se od liste 35 psihosomatskih simptoma i nekoliko dopunskih pitanja koji se odnose na zdravlje ispitanika. Simptomi uvršteni u upitnik se tiču 7 područja tjelesnog funkcionisanja: neurološki (vrtoglavica, „knedla“ u grlu, dvostruka slika, zamućen vid, iznenadni gubitak vida, iznenadni gubitak sluha, nesvjestica i iznenadni gubitak pamćenja), kardiovaskularni (bol u grudima, prekomjerno znojenje i ubrzan rad srca), muskulatorni (slabost mišića i mišićna napetost), respiratorni (osjećaj gušenja, teškoće disanja, simptomi prehlade), gastrointestinalni (dijareja, povraćanje, nadutost, opstipacija, mučnina, grčevi u stomaku, gubitak apetita, nepodnošenje nekih vrsta hrane, žgaravica), dermatološki (kožni osip, svrab/crvenilo kože, akne/bubuljice) i bol/osjećaj slabosti (glavobolja, bol u leđima, manjak energije/umor, povišena tjelesna temperatura, bol u zglobovima, bol u rukama/nogama). Zadatak ispitanika je da na listi

simptoma svaki od njih procijeni na dvije skale: skali učestalosti („Koliko često si doživio taj simptom u posljednja tri mjeseca“) i skali procjene ometanja („Koliko te to ometa u svakodnevnim aktivnostima“). Na skali učestalosti ponuđeni su sledeći odgovori: „1=nikada“, „2=nekoliko puta mesečno“, „3=nekoliko puta sedmično“ i „4=gotovo svaki dan“. Na skali ometanja ispitanik ima ponuđene sledeće odgovore: „1 = nimalo“, „2 = osrednje“ i „4 = jako“ (Vulić – Prtorić, 2019).

Drugi dio korišćenog instrumentarijuma čini *Upitnik emocionalne kompetencije – UEK-45* autora Vladimira Takšića, 1998). Ovaj upitnik se sastoji od 45 ajtema raspoređenih u 3 subskale: sposobnost uočavanja i razumijevanja emocija (15 ajtema), sposobnost izražavanja i imenovanja emocija (14 ajtema) i sposobnost regulacije i upravljanja emocijama (16 ajtema). Zadatak ispitanika je da na ponuđene tvrdnje odgovori biranjem jednog od odgovora koji imaju sledeća značenja: „1 – uopšte ne“, „2 – uglavnom ne“, „3 – ponekada“, „4 – uglavnom da“ i „5 – u potpunosti da“ (Takšić, 1998).

Treći korišćeni upitnik je *Upitnik Velikih 5 plus 2 – 70* koji su konstruisali Čolović, Smederevac i Mitrović (2014). Ovaj upitnik se sastoji od 70 ajtema i koristi se za procjenu dimenzija ličnosti. Ajtemi u ovom upitniku su tvrdnje koje se odnose na osjećanja, mišljenja i ponašanja koja su zajednička svim ljudima. Zadatak ispitanika je da zaokruži broj koji najviše odgovara njegovom stepenu slaganja sa iznijetom tvrdnjom pri čemu brojevi imaju sledeća značenja: „1 – uopšte se ne slažem“, „2 – uglavnom se ne slažem“, „3 – nisam siguran“, „4 – uglavnom se slažem“ i „5 – potpuno se slažem“. Ovim upitnikom procenjuju se sledeće dimenzije ličnosti – Neuroticizam, Savjesnost, Otvorenost, Agresivnost, Ekstraverzija, Pozitivna valenca i Negativna valenca.

Za korišćenje navedenih upitnika dobijena je pisana saglasnost autora. Uz navedene upitnike, instrumentarijum će sadržati i kratak blok pitanja o polu, uzrastu, godini studija i akademskom postignuću.

2.3. POSTUPAK

Podaci neophodni za ovo istraživanje su prikupljeni online putem, preko Google Forms upitnika. Link sa upitnikom je ispitanicima distribuiran na dva načina – individualnim slanjem linka i dijeljenjem linka u mnogobrojnim studentskim grupama i stranicama na društvenim mrežama i aplikacijama. Ispitanicima je objašnjeno ko je autor istraživanja, predmet i ciljevi istraživanja kao i način na koji će prikupljeni podaci biti korišćeni i objavljeni. Takođe, ispitanicima je sugerisano

da pažljivo čitaju postavljena pitanja i date tvrdnje te da na njih odgovaraju što je moguće iskrenije. Istraživanje je sprovedeno uz potpuno pridržavanje svih etičkih standarda.

3. REZULTATI

Za obradu podataka korišćen je IBM SPSS 20.0 koji radi pod Microsoft Windows okruženjem. Rezultati su prikazani tabelarno i grafički. U odnosu na vrstu i svrhu analize primjenjeni su sledeći statistički postupci: t-test za nezavisne uzorke, jednofaktorska analiza varijanse, Pirsonov koeficijent korelacije, višestruka standardna regresiona analiza i post-hoc test (TuckeyHSD). Za ispitivanje interne konzistentnosti instrumenata, izračunat je Kronbah alfa koeficijent pouzdanosti. Prvo će biti prikazani koeficijenti pouzdanosti instrumenata, osnovni statistički pokazatelji, odgovori ispitanika na pitanja iz Upitnika psihosomatskih simptoma koja se odnose na zdravstveni status uopšte a na kraju slijedi testiranje postavljenih istraživačkih hipoteza.

U cilju provjere pouzdanosti instrumenata, izračunat je Kronbah alfa koeficijent koji omogućava ispitivanje unutrašnje (interne) konzistentnosti skale, tj. stepen srodnosti stavki (ajtema) od kojih se skala sastoji. Veličina ovog koeficijenta govori da li sve stavke jednog instrumenta mjere isti konstrukt. Koeficijent pouzdanosti koji je iznad 0.9 ukazuje na veoma visoku pouzdanost, koeficijent iznad 0.8 ukazuje na poželjnu a koeficijent iznad 0.7 se smatra zadovoljavajućim.

Tabela 1. *Kronbah alfa koeficijent instrumenata*

Skala/subskala	Cronbach's Alpha	Broj stavki
UEK-45 Uočavanje i razumijevanje emocija	.92	15
UEK-45 Izražavanje i imenovanje emocija	.87	14
UEK-45 Regulacija upravljanje emocijama	.88	16
Agresivnost	.83	10
Ekstraverzija	.87	10
Neuroticizam	.93	10
Negativna valenca	.83	10
Otvorenost	.73	10
Pozitivna valenca	.86	10
Savjesnost	.86	10
UPS Učestalost	.90	35
UPS Ometanje	.91	35

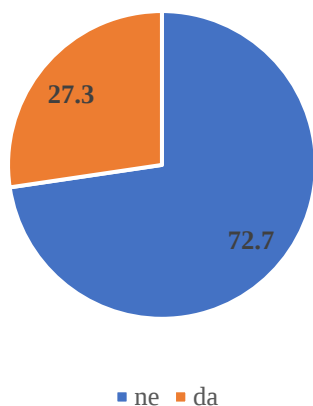
Kao što se može vidjeti iz priložene tabele podskale „Uočavanje i razumijevanje emocija“ (UEK-45), „Neuroticizam“ (Velikih 5 + 2 – 70), „Učestalost“ i „Ometanje“ (PSS) imaju visoku pouzdanost; podskale „Izražavanje i imenovanje emocija“, „Regulacija i upravljanje emocijama“, „Agresivnost“, „Ekstraverzija“, „Negativna valenca“, „Pozitivna valenca“ i „Savjesnost“ imaju poželjnu pouzdanost, dok subskala „Otvorenost“ ima zadovoljavajuću pouzdanost.

Tabela 2. *Prikaz deskriptivnih statističkih pokazatelja*

Skala/subskala	M	SD	Min (teor.)	Maks (teor.)
Sposobnost uočavanja i razumijevanja emocija	53.53	9.45	26 (15)	75 (75)
Sposobnost izražavanja i imenovanja emocija	50.45	8.34	25 (14)	70 (70)
Sposobnost regulacije i upravljanja emocijama	58.91	9.21	30 (16)	75 (80)
Agresivnost	26.71	7.07	12 (10)	46 (50)
Ekstraverzija	34.90	6.76	21 (10)	49 (50)
Neuroticizam	36.08	9.51	10 (10)	46 (50)
Negativna valenca	18.09	5.78	10 (10)	40 (50)
Otvorenost	37.57	4.99	23 (10)	50 (50)
Pozitivna valenca	32.43	6.95	10 (10)	50 (50)
Savjesnost	36.14	6.83	18 (10)	50 (50)
UPS Učestalost	83.41	12.26	44 (35)	108 (140)
UPS Ometanje	79.47	12.33	38 (35)	100 (105)

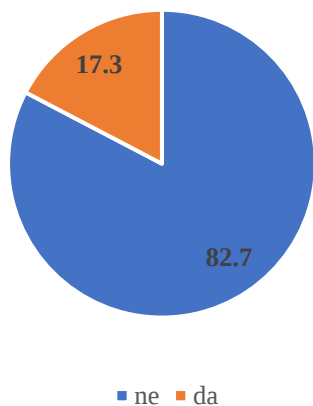
Napomena: M – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, Min (teor.) – empirijski i teorijski minimum, Maks (teor.) – empirijski i teorijski minimum

Grafikon 1. Prikaz raspodjele odgovora na pitanje „Jeste li se zbog navedenih zdravstvenih problema morali javiti ljekaru?“



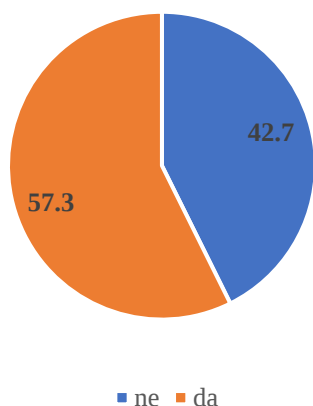
Na pitanje „Jeste li se zbog navedenih zdravstvenih problema“ morali javiti ljekaru oko 30% ispitanika je odgovorilo potvrdno a tri četvrtine negativno

Grafikon 2. Prikaz raspodjele odgovora na pitanje „Bolujete li od neke bolesti poput npr. astme, alergija, dijabetesa i sl.?“



Na ovo pitanje, oko 20% ispitanika je odgovorilo potvrdno a oko 80% ispitanika je odgovorilo odrično. U pitanju su sledeće bolesti od kojih ispitanici boluju: alergije (11 ispitanika), astma (3 ispitanika), celijaklija (3 ispitanika), dijabetes (2) dok je po jedan ispitanik naveo sledeće bolesti: hašimoto, epilepsija, hroničan kašalj, nizak krvni pritisak i ubrzan rad štitne žlezde.

Grafikon 3. Prikaz raspodjele odgovora na pitanje „*Upotrebljavate li lijekove protiv bolova?*“



Na osnovu grafikona zaključujemo da više od polovine ispitanih studenata koristi neke lijekove protiv bolova. Analizom odgovora na ovo pitanje nalazimo da ispitanici najčešće koriste sledeće lijekove: Rapidol (24 ispitanika), Paracetamol (13), Spedifen (14), Brufen (13), Aspirin (9), Analgin (6), Raptan (3), Andol (3), Caffetin (3), Naproksin (3), Febricet (2), Buskopan (1), Diklofen (1), Ketaprofen (1), lijekovi za želudac (1), Nalgesin (1).

Slijedi provjera istraživačkih hipoteza:

Hipoteza 1 – Očekuje se da će ispitanici biti najskloniji ispoljavanju sledećih psihosomatskih simptoma: glavobolja, umor i grčevi u stomaku

Hipoteza 2 – Očekuje se da će najučestalije smetnje biti iz kategorije gastrointestinalnih simptoma

Tabela 3. Prikaz učestalosti psihosomatskih simptoma

Kategorije psihosomatskih simptoma	Psihosomatski simptomi	%						
		nikada	nekoliko puta mesečno	nekoliko puta nedeljno	gotovo svaki dan	nimalo	osrednje	jako
Pseudoneurološki	Vrtoglavica	59.3	32.0	6.0	2.7	62.0	33.3	4.7
	Gubitak ravnoteže	81.3	11.3	6.7	0.7	84.0	13.3	2.7
	„Knedla” u grlu	64.7	19.3	14.0	2.0	68.7	24.7	6.7
	Dvostruka slika	87.3	10.7	2.0	0.0	90.0	9.3	.7
	Zamućeni vid	76.0	16.7	4.0	3.3	85.3	12.7	2.0
	Iznenadni gubitak vida	93.3	5.3	0.7	0.7	91.3	4.0	4.7
	Iznenadni gubitak sluha	94.0	4.0	1.3	0.7	95.3	2.7	2.0
	Nesvestica	91.3	5.3	2.7	0.7	92.7	5.3	2.0
	Iznenadni gubitak pamćenja	89.3	7.3	2.0	1.3	90.7	8.7	.7
Kardiovaskularni	Ubrzano lupanje srca	63.3	18.3	12.3	6.0	74.0	19.3	6.7
	Bol u grudima	73.3	17.3	8.7	0.7	82.0	12.0	6.0
	Prekomjerno znojenje	77.3	14.7	3.3	4.7	85.3	12.0	2.7
Muskulturni	Mišićna napetost	70.7	20.0	6.7	2.7	79.3	18.0	2.7
	Slabost mišića	78.0	14.7	6.0	1.3	83.3	14.0	2.7
Respiratorni	Teškoće disanja	78.0	14.7	6.0	1.3	82.0	13.3	4.7
	Osjećaj gušenja	84.0	10.7	4.7	0.7	87.3	10.7	2.0
	Prehlada (začepljen nos, kašalj i sl.)	52.0	32.0	13.3	2.7	62.7	30.0	7.3
Gastrointestinalni	Mučnina	49.3	38.0	11.3	1.3	62.7	34.7	2.7

Kategorije psihosomatskih simptoma	Psihosomatski simptomi	%						
		nikada	nekoliko puta mjesečno	nekoliko puta nedeljno	gotovo svaki dan	nimalo	osrednje	jako
	Grčevi u stomaku (osim menstrualnih bolova)	44.0	41.3	12.7	2.0	60.7	36.0	3.3
	Dijareja	76.7	17.3	6.0	0.0	83.3	12.0	4.7
	Povraćanje	83.3	12.0	4.7	0.0	87.3	7.3	5.3
	Nadutost	68.7	14.0	10.7	6.7	84.7	14.0	1.3
	Gubitak apetita	74.7	14.0	10.7	0.7	86.7	11.3	2.0
	Nepodnošenje nekih vrsta hrane	76.0	13.3	7.3	3.3	86.0	10.7	3.3
	Opstipacija ili neredovna stolica	91.3	6.0	1.3	1.3	92.7	6.7	0.7
	Žgaravica	80.7	14.0	4.7	0.7	88.0	11.3	0.7
Dermatološki	Kožni osip	83.3	12.0	4.0	0.7	89.3	8.0	2.7
	Svrbež/crvenilo kože	80.0	12.0	7.3	0.7	90.0	6.7	3.3
	Akne ili bubuljice	66.7	22.0	9.3	2.0	84.0	14.0	2.0
Bol/osjećaj slabosti	Glavobolja	24.7	40.0	34.0	1.3	44.0	47.3	8.7
	Bol u leđima	40.7	39.3	15.0	5.0	62.0	30.7	7.3
	Manjak energije/umor	27.3	20.7	36.0	16.0	36.0	46.0	18.0
	Povišena tjelesna temperatura	70.0	23.3	5.3	1.3	71.3	23.3	5.4
	Bol u zglobovima	59.4	11.3	20.0	9.3	86.7	11.3	2.0
	Bol u rukama/nogama	74.0	14.7	9.3	2.0	77.3	20.7	2.0

Psihosomatski simptom koji se najčešće javlja (sumirane kategorije odgovora *nekoliko puta nedeljno* i *gotovo svaki dan*) je *Manjak energije/umor* – javlja se kod 52% ispitanika (16% je odgovorilo da se tako oseća gotovo svaki dan). Nakon toga slijede simptomi *Glavobolje* (35,3%) i *Bol u zglobovima* (29,3%). Nakon njih slijedi i simptom *Bol u leđima* (20% studenata). Što se tiče pojedinačnih kategorija simptoma, najučestaliji su simptomi iz kategorije „Bol/osjećaj slabosti“.

Hipoteza 3 – Očekuje se da će ispitanici ženskog pola i boljeg akademskog postignuća biti skloniji ispoljavanju psihosomatskih simptoma dok razlike u odnosu na uzrast neće biti

Tabela 4. Rezultati *t*-testa na skali učestalosti prema polu

Skala	Pol	N	M	SD	t
UPS Učestalost	muški	69	82.86	10.45	-0.524
	ženski	81	83.89	13.66	

Napomena: N – broj ispitanika, M – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, t – statistik,

Na skali *Učestalost* Upitnika psihosomatskih simptoma nisu utvrđene statistički značajne razlike između ove dvije grupe ispitanika ($t(146.388) = -0.524$, $p = .601$). Ispitanici muškog pola ($M=82.86$, $SD=10.45$) se ne razlikuju statistički značajno od ispitanica ženskog pola u pogledu učestalosti psihosomatskih simptoma ($M=83.89$, $SD=13.66$).

Tabela 5. Poređenje pet grupa ispitanika (akademsko postignuće) u pogledu izraženosti psihosomatskih simptoma

		Suma kvadrata	df	Prosečan kvadrat	F	p
Učestalost psihosomatskih simptoma	Između grupa	1459.621	4	364.905	2.527	.043
	Unutar grupa	20940.752	145	144.419		
	Ukupno	22400.373	149			

Napomena: df – stepeni slobode, F – statistik, p – statistička značajnost

Rezultati ukazuju da postoji statistički značajna razlika između ispitanika različitog akademskog postignuća u pogledu učestalosti psihosomatskih simptoma koje doživljavaju ($F(4,145) = 2.527$, $p = .043$). Naknadnim post-hoc testom za višestruka poređenja (TuckeyHSD) utvrđeno je da se ispitanici koji imaju odličan akademski uspjeh razlikuju od ispitanika sa nižim akademskim uspjesima u pogledu učestalosti psihosomatskih ispitanika u smislu da ovi prvi pokazuju veću učestalost psihosomatskih simptoma ($M = 87,84$)

Tabela 6. *Povezanost između godina starosti i učestalosti psihosomatskih simptoma*

Godine starosti	UPS Učestalost	
	Pearson Correlation	-.110
	Sig. (2-tailed)	.181
	N	150

Napomena: Pearson Correlation - statistik, Sig. – statistička značajnost, N – broj ispitanika

Rezultati pokazuju da je koeficijent korelacije između godina starosti ispitanika i učestalosti psihosomatskih simptoma – 0.110 ali da on nije statistički značajan.

Hipoteza 4 – Očekuje se da će ispitanici višeg nivoa emocionalne kompetentnosti biti skloniji ispoljavanju psihosomatskih simptoma nego ispitanici nižeg nivoa emocionalne kompetentnosti

Tabela 7. *Povezanost između nivoa emocionalne kompetentnosti i učestalosti psihosomatskih simptoma*

	UPS Učestalost	
	Pearson Correlation	-.835**
	Sig. (2-tailed)	< .001
	N	150
Skala sposobnosti uočavanja i razumevanja emocija	Pearson Correlation	-.809**
	Sig. (2-tailed)	< .001
	N	150
Skala sposobnosti izražavanja i imenovanja emocija	Pearson Correlation	-.804**
	Sig. (2-tailed)	< .001
	N	150

Utvrđena je statistički značajna visoka negativna korelacija između *Skale sposobnosti uočavanja i razumijevanja emocija* i učestalosti psihosomatskih simptoma ($r = -.835, p < .001$); *Skale sposobnosti izražavanja i imenovanja emocija* ($r = -.809, p < .001$); kao i *Skale sposobnosti regulacije i upravljanja emocijama* ($r = -.804, p < .001$). Dobijene korelacije su negativne, dakle, što ispitanici imaju više nivoa emocionalne kompetentnosti, manje su skloni ispoljavanju psihosomatskih simptoma.

*** Ispitati mogućnost predviđanja učestalosti psihosomatskih simptoma na osnovu nivoa emocionalne kompetentnosti**

Da bi se utvrdio uticaj prediktorskih varijabli na izraženost (učestalost) psihosomatskih simptoma, primjenjena je standardna višestruka regresija. Cilj je utvrditi prediktivnu moć svake nezavisne varijable. Kao i u većini drugih statističkih tehnika, neophodno je provjeriti ispunjenost određenih pretpostavki za sprovođenje analize. Jedna od pretpostavki se odnosi na veličinu uzorka u odnosu na broj uključenih prediktora (nezavisnih varijabli) u model. Uzorak je dovoljno veliki u odnosu na broj prediktora, tako da je ovaj uslov ispunjen. Drugi uslov za sprovođenje ove metode jeste da visina korelacije nezavisnih varijabli sa zavisnom bude veća od 0.3 i on je takođe ispunjen. Konačni model sadrži tri nezavisne varijable (sposobnost uočavanja i razumijevanja emocija, sposobnost izražavanja i imenovanja emocija, sposobnost regulacije i upravljanja emocijama).

Kriterijumska varijabla: Učestalost psihosomatskih simptoma

Prediktorske varijable: Sposobnost uočavanja i razumijevanja emocija, Sposobnost izražavanja i imenovanja emocija, Sposobnost regulacije i upravljanja emocijama

Tabela 8. Sumarni model

Model	R	R ²	Korigovani R ²	Standardna greška procjene
1	.665	.661	.661	2.102

Napomena: R – koeficijent multiple korelacije, R² - koeficijent determinacije, Korigovani R² - korigovani koeficijent determinacije

Tabela pokazuje da koeficijent multiple korelacije kada su sve prediktorske varijable uzete simultano u model iznosi 0.665, dok koeficijent determinacije iznosi 0.661, što znači da od ukupnog varijabiliteta kriterijumske varijable, 66% možemo objasniti na osnovu individualnih razlika među ispitanicima u pogledu prediktorskih varijabli uključenih u model.

Tabela 9. ANOVA

Model		Suma kvadrata	df	Prosječan kvadrat	F	Sig.
1	Regresija	21755.108	3	7251.703	1640.796	<.001
	Reziduali	645.265	146	4.420		
	Ukupno	22400.373	149			

Napomena: df-stepeni slobode, F-statistik, Sig.-značajnost

ANOVA tabela pokazuje da je $F = 1640.796$ i da je statistički značajan ($p < .001$). Ovo ukazuje da kombinacija prediktorskih varijabli statistički značajno doprinosi predikciji skora na subskali *Učestalost psihosomatskih simptoma*. Dakle, između skupa prediktora sa jedne strane i kriterijumske varijable sa druge strane, postoji linearna povezanost. Postojanje ove linearne povezanosti znači da određeni procenat razlika među ispitanicima u pogledu skora na subskali *Učestalost psihosomatskih simptoma* možemo objasniti na osnovu toga što se oni razlikuju u pogledu prediktorskih varijabli uključenih u model.

Tabela 10. Regresioni koeficijenti

Model	Nestandardizovani koeficijenti		Standardizovani koeficijenti		t	Sig.
	B	SE	β			
1	Konstanta	1.843	1.179		1.563	.120
	Skala sposobnosti uočavanja i razumijevanja emocija	-.388	.026	-.299	-14.79	< .001
	Skala sposobnosti izražavanja i imenovanja emocija	-.552	.035	-.381	-15.82	< .001
	Skala sposobnosti regulacije i upravljanja emocijama	-.561	.030	-.415	-18.16	< .001

Napomena: B – parcijalni doprinos, SE – standardna greška, β – standardizovani parcijalni doprinos, t – Studentov test za utvrđivanje statističke značajnosti, Sig. – značajnost

Na osnovu efekata parcijalnih doprinosa skora na subskali *Učestalost psihosomatskih simptoma* (β koji pokazuju veličinu efekta predikcije zavisne varijable na svaki pojedinačni prediktor) može se uočiti da prediktorske varijable *Sposobnost uočavanja i razumijevanja emocija* ($\beta = -.30$, $t = -14.791$, $p < .001$), *Sposobnost izražavanja i imenovanja emocija* ($\beta = -.38$, $t = -15.827$, $p < .001$) i *Sposobnost regulacije i upravljanja emocijama* ($\beta = -.42$, $t = -18.162$, $p < .001$) statistički značajno negativno predviđaju razlike u učestalosti psihosomatskih simptoma kada su sve prediktorske varijable uključene u model.

Hipoteza 5 – Očekuje se da će ispitanici sa izraženom crtom neuroticizma biti skloniji ispoljavanju psihosomatskih smetnji

Tabela 11. *Povezanost između osobina ličnosti i učestalosti psihosomatskih simptoma*

		A	E	N	NV	O	PV	S
UPS Učestalost	Pearson Correlation	.310	-.652**	.772**	.339	-.316	-.343	-.403**
	Sig. (2-tailed)	.080	< .001	< .001	.071	0.52	0.5	< .001
	N	150	150	150	150	150	150	150

Napomena: Pearson Correlation - statistik, Sig. – statistička značajnost, N – broj ispitanika

* korelacija je značajna na nivou .05.

** korelacija je značajna na nivou .01.

Na osnovu rezultata u tabeli zaključujemo da postoji statistički značajna korelacija između dimenzija ličnosti Ekstraverzija, Neuroticizam i Savjesnost i učestalosti psihosomatskih simptoma, pri čemu je korelacija najjača između Neuroticizma i učestalosti psihosomatskih simptoma ($r = .772$, $p .01$) i ona je pozitivna.

***Ispitati mogućnost predviđanja izraženosti psihosomatskih simptoma na osnovu dimenzija ličnosti u okviru modela „Velikih pet“**

Kriterijumska varijabla: Učestalost psihosomatskih simptoma

Prediktorske varijable: Agresivnost, Ekstraverzija, Neuroticizam, Savjesnost, Otvorenost, Pozitivna valenca, Negativna valenca

Tabela 12. Sumarni model

Model	R	R ²	Korigovani R ²	Standardna greška procene
1	.755	.561	.549	8.231

Napomena: R – koeficijent multiple korelacije, R² - koeficijent determinacije, Korigovani R² - korigovani koeficijent determinacije

Tabela Sumarni model pokazuje da koeficijent multiple korelacije kada su sve prediktorske varijable uzete simultano u model iznosi 0.755, dok koeficijent determinacije iznosi 0.561, što znači da od ukupnog varijabiliteta kriterijumske varijable, 56.1% možemo objasniti na osnovu individualnih razlika među ispitanicima u pogledu prediktorskih varijabli uključenih u model.

Tabela 13. ANOVA

Model		Suma kvadrata	df	Prosečan kvadrat	F	Sig.
1	Regresija	12780.034	7	1825.719	26.948	< .001
	Reziduali	9620.340	142	67.749		
	Ukupno	22400.373	149			

Napomena: df-stepeni slobode, F-statistik, Sig.-značajnost

Tabela 12. pokazuje da je $F = 26.948$ i da je statistički značajan ($p < .001$). Ovo ukazuje da kombinacija prediktorskih varijabli statistički značajno doprinosi predikciji skora na subskali *Učestalost psihosomatskih simptoma*.

Tabela 14. *Regresioni koeficijenti*

Model		Nestandardizovani		Standardizovni	t	Sig.
		koeficijenti		koeficijenti		
		B	SE	β		
1	Konstanta	35.508	8.671		4.095	< .001
	Agresivnost	.107	.136	.062	.786	.433
	Ekstraverzija	-.653	.140	-.308	-4.653	< .001
	Neuroticizam	.740	.182	.408	4.060	< .001
	Negativna valenca	.027	.113	.021	.238	.812
	Otvorenost	.080	.125	.045	.639	.524
	Pozitivna valenca	-.366	.172	-.149	-2.130	< .001
	Savjesnost	-.422	.149	-.239	-2.832	0.005

Napomena: B – parcijalni doprinos, SE – standardna greška, β – standardizovani parcijalni doprinos, t – Studentov test za utvrđivanje statističke značajnosti, Sig. – značajnost

Na osnovu efekata parcijalnih doprinosa skora na subskali *Učestalost psihosomatskih simptoma* (β koji pokazuju veličinu efekta predikcije jedne određene varijable na zavisnu varijablu) može se uočiti da prediktorske varijable *Neuroticizam* ($\beta = .41$, $t = 4.060$, $p < .001$), *Ekstraverzija* ($\beta = -.31$, $t = -4.653$, $p < .001$), *Pozitivna valenca* ($\beta = -.15$, $t = -2.130$, $p < .001$) i *Savjesnost* ($\beta = -.24$, $t = -2.832$, $p = .005$) statistički značajno predviđaju razlike u učestalosti psihosomatskih simptoma kada su sve prediktorske varijable uključene u model.

4. DISKUSIJA

Na sledećim stranicama biće izvršena interpretacija rezultata dobijenih u našem istraživanju u odnosu na postavljene istraživačke hipoteze. Prve dvije hipoteze se tiču učestalosti psihosomatskih simptoma uopšte i u odnosu na kategoriju. Prema prvoj postavljenoj hipotezi očekuje se da će najučestaliji psihosomatski simptomi kod studenata uopšte biti glavobolja, umor i grčevi u stomaku dok druga hipoteza pretpostavlja najveću učestalost tegoba iz kategorije gastrointestinalnih simptoma. Prema rezultatima našeg istraživanja, najučestaliji psihosomatski simptomi su umor (manjak energije) koji se javlja kod više od polovine ispitanika (52%) nekoliko puta sedmično ili gotovo svaki dan. Sledeći simptom po učestalosti je glavobolja (35,3%) i bol u zglobovima (29,3%). Ovakvi rezultati ukazuju da je naša prva hipoteza djelimično potvrđena. Poređenja radi, u istraživanju koje su sprovedi Bešenić i saradnici (2021) najučestaliji psihosomatski simptomi kod studenata su bili umor, glavobolja i bol u leđima. Slično tome, istraživanje koje je sprovedla Cvitešić (2023) takođe je pokazalo da je najučestaliji psihosomatski simptom kod redovnih i neredovnih studenata odsjeka Sestrinstva na Sveučilištu u Rijeci umor/manjak energije. Pojava umora/manjka energije kao najučestalijeg simptoma među studentima je u skladu sa učenjem o opštem adaptacionom sindromu koje navodi iscrpljenost (umor) kao očekivanu biološku reakciju na izloženost stresnim situacijama koje se u ovom kontekstu odnose na sami studentski život – pojačani kognitivni napor, anksioznost koja je sastavni dio ispita i uopšte prilagođavanje akademskoj klimi. Pregledom tabele 4. zaključujemo da je kategorija sa najučestalijim simptomima kategorija “Bol/osjećaj slabosti”. Shodno tome, naša druga hipoteza koja je pretpostavljala najveću učestalost smetnji iz kategorije gastrointestinalnih simptoma nije potvrđena.

Treća hipoteza u ovom istraživanju se odnosila na uticaj faktora kao što su pol, akademsko postignuće i uzrast na učestalost psihosomatskih simptoma. Pretpostavili smo da će ispitanici ženskog pola i boljeg akademskog postignuća biti skloniji ispoljavanju psihosomatskih simptoma, tj. da će kod ove grupe studenata psihosomatske smetnje biti učestalije dok drugi dio hipoteze pretpostavlja da razlike u učestalosti psihosomatskih simptoma u odnosu na uzrast (starost) neće biti. Rezultati našeg istraživanja pokazuju da ne postoji statistički značajna razlika u učestalosti psihosomatskih simptoma između muških i ženskih ispitanika ali pregledom aritmetičkih sredina (prosječnih skorova), ipak nalazimo da ženski ispitanici postižu nešto viši skor na skali učestalosti psihosomatskih simptoma nego muški ispitanici. Najveći broj istraživanja koje se bave

povezanošću pola i psihosomatskih simptoma ukazuju na veću učestalost psihosomatskih smetnji kod ženskih studenata nego kod muških (Mujkić et al., 2021; Campo, 2012; Gugić, 2015). Ove razlike se najčešće objašnjavaju kombinacijom bioloških, psiholoških i društvenih faktora kao što su hormonalni poremećaji, kulturalna očekivanja, percepcija stresa i socijalne uloge (Van Wijk & Kolk, 1997). Što se tiče akademskog postignuća i uzrasta (starosti) ispitanika, rezultati istraživanja pokazuju da ispitanici sa odličnim akademskim postignućem postižu više skorove na skali učestalosti nego ispitanici sa nižim akademskim postignućem dok razlike u odnosu na uzrast nema, te je stoga i ova hipoteza djelimično potvrđena. Četvrta hipoteza je pretpostavljala da će ispitanici sa višim nivoom emocionalne kompetencije pokazati veću učestalost psihosomatskih simptoma. Ova hipoteza je, u skladu sa rezultatima našeg istraživanja koji pokazuju statistički značajnu negativnu korelaciju između emocionalne kompetentnosti i učestalosti psihosomatskih simptoma odbačena. Rezultati takođe pokazuju da, od svih dimenzija ličnosti, neuroticizam ima najjaču statistički značajnu korelaciju sa skalom učestalosti psihosomatskih simptoma te je stoga peta hipoteza potvrđena. Ovi rezultati su u skladu sa rezultatima istraživanja sprovedenog nad studentima u Iranu koje je pokazalo da postoji statistički značajna pozitivna korelacija između crte Neuroticizma i psihosomatskih simptoma a statistički značajna negativna korelacija između crte Ekstraverzija i pomenutih simptoma (Ghazanfari, 2020).

Što se tiče ograničenja ovog istraživanja, kao najveći problem javila se motivisanost ispitanika za učestvovanje a samim tim i iskrenost njihovih odgovora. Uzimajući u obzir okolnosti istraživanja kao i dužinu upitnika, može se pretpostaviti da su neki ispitanici davali socijalno poželjne odgovore ili odgovarali nasumično. Predlažemo da buduća istraživanja prošire istraživanje na opštu populaciju odraslih i uključe objektivne indikatore zdravstvenih ishoda.

5. ZAKLJUČAK

Mentalno zdravlje studenata predstavlja važnu temu istraživanja jer su studenti veoma često i dugotrajno izloženi različitim stresorima koji se mogu negativno odraziti na njihovu psihološku dobrobit. Faktori kao što su akademski pritisak, finansijske poteškoće, društveni i emotivni izazovi, i prilagođavanje na novi način života mogu povećati rizik od razvoja mentalnih problema, uključujući anksioznost, depresiju, i psihosomatske tegobe.

Psihosomatske simptomi, koji se manifestuju fizičkim simptomima bez jasnog medicinskog uzroka, često su povezani sa psihološkim stresom. Proučavanje ovih smetnji kod studenata je od ključne važnosti jer može pomoći u razumijevanju kako mentalno zdravlje utiče na fizičko zdravlje i obrnuto. Studenti sa psihosomatskim simptomima mogu doživljavati smanjenu produktivnost, pogoršane akademske performanse, i lošiji kvalitet života, što sve zajedno može uticati na njihov uspjeh tokom studija i u budućoj karijeri.

Razumijevanje i proučavanje psihosomatskih smetnji omogućava razvoj ciljanih preventivnih i interventnih programa koji mogu pomoći studentima da se bolje nose sa stresom i da unaprijede svoje mentalno i fizičko zdravlje. Takođe, doprinosi boljem planiranju podrške i resursa unutar akademskih institucija, čime se stvara pozitivnije i zdravije okruženje za učenje i razvoj studenata. Sprovedeno istraživanje ima dva značaja – poboljšanje znanja o mentalnom zdravlju studenata u Crnoj Gori i pomoć stručnjacima u procjeni neophodnosti izrade preventivnih i edukativnih programa.

6. LITERATURA

Adamović, V. (2005). *Psihosomatska medicina i konsultativna psihijatrija: priručnik za kliničku praksu*. Službeni list SCG.

Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine: its principles and applications*. New York: Norton & Co.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.).

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., revised).

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).

Avila, L. A. & Winston, M. (2003). Georg Groddeck: Originality and Exclusion. *History of Psychiatry*, 14(1), 83–101.

Basińska, M. A., & Woźniewicz, A. (2013). The relation between type D personality and the clinical condition of patients suffering from psoriasis. *Postepy dermatologii i alergologii*, 30(6), 381–387.

Beaver, K. M., Nedelec, J. L., da Silva Costa, C., Poersch, A. P., Stelmach, M. C., Freddi, M. C., Gajos, J. M., & Boccio, C. (2014). The association between psychopathic personality traits and health-related outcomes. *Journal of Criminal Justice*, 42(5), 399–407.

Begić, D. (2010). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska Naklada.

Benning, T. B. (2015). Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. *Advances in medical education and practice*, 6, 347–352.

Bogousslavsky, J., Dieguez, S. (2014). Sigmund Freud and hysteria: the etiology of psychoanalysis? *Frontiers of neurology and neuroscience*, 35, 109–125.

Blanc-Lapierre, A., Rousseau, M. C., Weiss, D., El-Zein, M., Siemiatycki, J., & Parent, M. É. (2017). Lifetime report of perceived stress at work and cancer among men: A case-control study in Montreal, Canada. *Preventive medicine*, 96, 28–35.

Bešenić, T., Pačić-Turk, L., & Bogović-Dijaković, A. (2021). Osobine ličnosti i suočavanje sa stresom kao prediktori psihosomatskih simptoma kod studenata. *Nova prisutnost: časopis za intelektualna i duhovna pitanja*, 19(3), 509-522.

Beutel, T. F., Weiser, P., Zwerenz, R., Wiltink, J., Subic-Wrana, C., & Michal, M. (2014). Ungesunder Lebensstil bei Patienten einer psychosomatischen Poliklinik und Konsilambulanz [Unhealthy lifestyle in patients of a psychosomatic outpatient and consultation-liaison clinic]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 64(9-10), 378–383.

Bond, M., Gardner, S. T., Christian, J., & Sigal, J. J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry*, 40, 333–338.

Brković, A. (2011). *Razvojna psihologija*. Čačak: Svetlost.

Busch, F. N. (2014). Clinical Approaches to Somatization. *Journal of Clinical Psychology*, 70(5), 419–427.

Campo, J.V. (2012). Annual research review: functional somatic symptoms and associated anxiety and depression – developmental psychopathology in pediatric practice. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 53(5), 575–592.

Chadwick, J., & Mann, W. N. (1950). *The Medical Works of Hippocrates*. Springfield: Charles C. Thomas.

Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J., & Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival?. *Nature clinical practice. Oncology*, 5(8), 466–475.

Cohen, K., & Brooker, H. (1994). Is alexithymia related to psychosomatic disorder and somatizing? *Journal of psychosomatic research*, 38(2), 119–127.

Condén, E., Leppert, J., Ekselius, L., & Aslund, C. (2013). Type D personality is a risk factor for psychosomatic symptoms and musculoskeletal pain among adolescents: a cross sectional study of a large population-based cohort of Swedish adolescents. *BMC pediatrics*, 13(1), 1-9.

Conti, C., Carrozzino, D., Patierno, C., Vitacolonna, E., & Fulcheri, M. (2016). The clinical link between type D personality and diabetes. *Frontiers in psychiatry*, 7, 113.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 343–359.

Cvitešić, E. (2023). *Učestalost somatizacija kod studenata preddiplomskog studija sestrinstva* (Završni rad). Sveučilište u Rijeci.

Čolović, P., Smederevac, S., & Mitrović, D. (2014). Big five plus two: Validation of a short version. *Primenjena psihologija*, 7(3-1), 227-254.

Davison, G.C., & Neale, J.M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Zagreb: Naklada Slap.

Denollet, J., Sys, S. U., Stroobant, N., Rombouts, H., Gillebert, T. C., & Brutsaert, D. L. (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet (London, England)*, 347(8999), 417–421.

Dill-McFarland, K.A., Altman, M.C., Esnault, S., Jarjour, N.N., Busse, W.W., & Rosenkranz, M.A. (2024). Molecular pathways underlying lung-brain axis signaling in asthma: Relevance for psychopathology and neuroinflammation. *J Allergy Clin Immunol*, 153(1), 111–121.

Dodaj, A., & Šimić, N. (2012). Stressful life events and psychosomatic symptoms among students smokers and non-smokers. *Psychology research*, 2(1), 14-24.

Dong, W. Y., Zhu, X., Tang, H. D., Huang, J. Y., Zhu, M. Y., Cheng, P. K., Wang, H., Wang, X. Y., Wang, H., Mao, Y., Zhao, W., Zhang, Y., Tao, W. J., & Zhang, Z. (2023). Brain regulation of gastric dysfunction induced by stress. *Nature metabolism*, 5(9), 1494–1505.

Dunbar, H. F. (1935). *Emotions and bodily changes: A survey of literature on psychosomatic interrelationships*. New York: Columbia University Press.

Dunbar, F. (1943). *Psychosomatic diagnosis*. New York: Hoeber.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136.

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American journal of psychiatry*, 137(5), 535–544.

Erić, Lj. (2011). *Psihodinamička psihijatrija. Somatoformni, disocijativni i poremećaji raspoloženja*. Beograd: Službeni Glasnik.

Fava, G. A., & Sonino, N. (2010). Psychosomatic medicine: a name to keep. *Psychotherapy and psychosomatics*, 79(1), 1–3.

Fenichel, O. (1945). Nature and Classification of the So-Called Psychosomatic Phenomena. *The Psychoanalytic Quarterly*, 14(3), 287–312.

Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: W. W. Norton & Company.

Frankel J. B. (1998). Ferenczi's trauma theory. *American journal of psychoanalysis*, 58(1), 41-61.

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

Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, 169(12), 1286–1296.

Friedman, H. S. (2011). *The Oxford handbook of health psychology*. Oxford University Press.

Gauthier, C. (2010). Les abus sexuels: une cause des maladies psychosomatiques [Sexual abuse: a cause for psychosomatic illnesses]. *Revue medicale de Liege*, 65(7-8), 437–441.

Ghaemi, S. N. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 195(1), 3–4.

Ghazanfari, E., Kazemnejad, A., Feizi, A., Fesharaki, M. G., Dinu, I., Keshteli, A.H., & Adibi, P. (2020). The relationship between personality traits and psychosomatic complaints in a sample of Iranian adults. *Journal of affective disorders*, 261, 253–258.

Goetz, C. G. (2016). Charcot, hysteria and simulated disorders. *Handbook of clinical neurology*, 139(1), 11–23.

Gong, W., Guo, P., Li, Y., Liu, L., Yan, R., Liu, S., Wang, S., Xue, F., Zhou, X., & Yuan, Z. (2023). Role of the Gut-Brain Axis in the Shared Genetic Etiology Between Gastrointestinal Tract

Diseases and Psychiatric Disorders: A Genome Wide Pleiotropic Analysis. *JAMA psychiatry*, 80(4), 360–370.

Grande, G., Romppel, M., & Barth, J. (2012). Association between type D personality and prognosis in patients with cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 43(3), 299–310.

Gugić, K. (2015). *Suočavanje sa stresom, anksioznost i psihosomatski simptomi kod adolescenata* (Diplomski rad). Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku: Filozofski fakultet.

Hankinson, R. J. (1991). Galen's Anatomy of the Soul. *Phronesis*, 36(2), 197–233.

Harris, K. M., Gottdiener, J. S., Gottlieb, S. S., Burg, M. M., Li, S., & Krantz, D. S. (2020). Impact of Mental Stress and Anger on Indices of Diastolic Function in Patients With Heart Failure. *Journal of cardiac failure*, 26(11), 1006–1010.

Havelka, M., & Havelka Meštrović, A. (2013). *Zdravstvena psihologija: biopsihosocijalne odrednice zdravlja*. Zagreb: Zdravstveno sveučilište.

Hohendorf, G. (1995). *The evolution of Felix Deutsch's psychosomatic theory* (Doctoral dissertation). Heidelberg Medical School, Ruprecht-Karls-University, Germany.

Hounkpatin, H., Simpson, G., Santer, M., Farmer, A., & Dambha-Miller, H. (2024). The association between stress and multiple long-term conditions: A cohort study. *Journal of psychosomatic research*, 176(8), 111566.

Hunter, J. J., & Maunder, R. G. (2001). Using attachment theory to understand illness behavior. *General hospital psychiatry*, 23(4), 177–182.

Huovinen, E., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2001). Asthma in relation to personality traits, life satisfaction, and stress: a prospective study among 11,000 adults. *Allergy*, 56(10), 971–977.

Jana, A. K., Pharaj, S. K., & Mazumdar, J. (2012). Current debates over nosology of somatoform disorders. *Industrial Psychiatry Journal*, 21(1), 4–10.

Katon, W., Ries, R. K., & Kleinman, A. (1984). The prevalence of somatization in primary care. *Comprehensive psychiatry*, 25(2), 208–215.

Krapić, N., Hudek–Knežević, J., & Kardum, I. (2015). *Stress in adolescence: Effects on development*. Oxford: Elsevier.

Kubzansky, L. D., & Kawachi, I. (2000). Going to the heart of the matter: Do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research*, 48(4-5), 323–337.

Lazarus, R. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGrawHill.

Lazarus R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Lee, J., Lazaridou, A., Paschali, M., Loggia, M. L., Berry, M. P., Ellingsen, D. M., Isenburg, K., Anzolin, A., Grahl, A., Wasan, A. D., Napadow, V., & Edwards, R. R. (2024). A Randomized Controlled Neuroimaging Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Fibromyalgia Pain. *Arthritis & rheumatology (Hoboken, N.J.)*, 76(1), 130–140.

Leigh, H. (1983). The evolution of psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry. *Advances in psychosomatic medicine*, 11, 1–22.

Levenson, J. L. (2007). Psychosomatic medicine: future tasks and priorities for the new psychiatric subspecialty. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 29(4), 301–302.

Lipowski, Z. J. (1968). Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. 3. Theoretical issues. *Psychosomatic medicine*, 30(4), 395–422.

Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *The American journal of psychiatry*, 145(11), 1358–1368.

Lipowski, Z. J. (1986). Psychosomatic medicine: past and present. Part I. Historical background. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 31(1), 2–7.

Mai, F. M. (1980). Briquet's Treatise on Hysteria: A Synopsis and Commentary. *Archives of General Psychiatry*, 37 (12), 1401 – 1405.

Mai, F. M., & Mersky, H. (1981). Briquet's concept of hysteria: a historical perspective. *Can J Psychiatry*, 26(1), 57–63.

Maina, J. G., Balkhiyarova, Z., Nouwen, A., Pupko, I., Ulrich, A., Boissel, M., Bonnefond, A., Froguel, P., Khamis, A., Prokopenko, I., & Kaakinen, M. (2023). Bidirectional Mendelian Randomization and Multiphenotype GWAS Show Causality and Shared Pathophysiology Between Depression and Type 2 Diabetes. *Diabetes care*, 46(9), 1707–1714.

Marojević, M. (2020). Ispitivanje anksioznosti na uzorku studenata u Crnoj Gori. *Psihijatrija* 2(1), 64–78.

Marojević, M., & Injac-Stevović, L. (2020). Nivo depresivnosti studenata u Crnoj Gori. *Psihijatrija* 2(2), 36–45.

Martin, M.J. (1978). Psychosomatic medicine: a brief history. *Psychosomatics*, 19(11), 697–700.

Martinović, M. (2018). *Analiza povezanosti doživljaja akademske klime i psihosomatskih smetnji kod studenata*. Zagreb: Filozofski fakultet.

Mazo, G. E., Neznanov, N. G., & Rukavishnikov, G. V. (2023). Психосоматическая медицина: старые ресурсы и новые технологии [Psychosomatic medicine: old resources and new technologies]. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 123(4), 14–19.

Marty, P., & de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 1345–1356.

Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic medicine*, 63(4), 556–567.

McCarty, R., & Gold, P. E. (1996). Catecholamines, stress, and disease: a psychobiological perspective. *Psychosomatic medicine*, 58(6), 590–597.

McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Archives of internal medicine*, 153(18), 2093–2101.

McLaren, N. (1998). A critical review of the biopsychosocial model. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 32(1), 86–96.

Mehta, N. (2011). Mind-body Dualism: A Critique from a Health Perspective. *Mens sana monographs*, 9(1), 202–209.

Menninger, W. C. (1947). Psychosomatic medicine: somatization reactions. *Psychosomatic medicine*, 9(2), 92–97.

Micale, M. S. (1990). Charcot and the idea of hysteria in the male: gender, mental science, and medical diagnosis in late nineteenth century France. *Medical history*, 34(4), 363–411.

Micale, M.S. (1994). *A Short "History" of Hysteria*. Princeton: Princeton University Press.

Milić, V. (2018). *Analiza ličnosti i uticaj optimizma na pozitivan ishod lečenja*. Institut za reumatologiju, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.

Mujkić, I., Hajder, M., & Selimović, H. (2021). Anksioznost i psihosomatski simptomi kod učenika osnovne i srednje škole. *Educa* 14,(14), 95–107.

Nakao, M. (2010). Work-related stress and psychosomatic medicine. *BioPsychoSocial medicine*, 4(1), 4.

Negrão, A. B., Deuster, P. A., Gold, P. W., Singh, A., & Chrousos, G. P. (2000). Individual reactivity and physiology of the stress response. *Biomedicine & pharmacotherapy = Biomedecine & pharmacotherapie*, 54(3), 122–128.

Nemiah, J. C. (1978). Children of an idle brain? *The American journal of psychiatry*, 135(12), 1530.

North, C. (2015). The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 5(4), 496–517.

Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264–282.

Pearce, J. M. (2016). Sydenham on Hysteria. *European Neurology*, 76 (3–4), 175–181.

Piko, B. F., Varga, S., & Mellor, D. (2016). Are adolescents with high self esteem protected from psychosomatic symptomatology?. *European journal of pediatrics*, 175, 785-792.

Pribytkov, A. A., & Eričev, A. N. (2017). Соматоформные расстройства. Часть первая: интегративная модель патологии (Somatoform disorders. The first part: integrative model of pathology). *Обзор психиатрии и медицинской психологии*, 1(1), 1–8.

Primorac, N. (2021). *Odnos psihosomatskih simptoma, afektivne i emocionalne regulacije*. Zagreb: Fakultet hrvatskih studija.

Rajski, K. (2017). *Zdravlje je odraz unutarnjeg mira: uzroci i liječenje psihosomatskih bolesti* (Završni rad). Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku: Filozofski fakultet

Reynolds, E. H. (2018). Hysteria in ancient civilisations: A neurological review: Possible significance for the modern disorder. *Journal of the neurological sciences*, 388, 208–213.

Robertson, S. (2019). What is Somatization? *News-Medical*. Preuzeto sa <https://www.news-medical.net/health/What-is-Somatization.aspx>

Samardžić, R., & Špirić, Ž. (2005). Faktori predikcije psihosomatskog reagovanja za vrijeme vazdušnog bombardovanja. *Vojnosanitetski Pregled: Military medical and pharmaceutical journal of Serbia*, 62(2).

Sanders, B. J., & Lawler, J. E. (1992). The borderline hypertensive rat (BHR) as a model for environmentally-induced hypertension: a review and update. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 16(2), 207–217.

Selye, H. (1936). A syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138(3479), 32–33.

Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw Hill.

Servan-Schreiber, D., Kolb, R., & Tabas, G. (1999). The somatizing patient. *Primary care*, 26 (2), 225–242.

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22(2), 255–262.

Sifneos, P. E., Apfel-Savitz, R., & Frankel, F. H. (1977). The phenomenon of 'alexithymia'. Observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 28(1-4), 47–57.

Singer, P. N. (2017). The essence of rage: Galen on emotional disturbances and their physical correlates. *Selfhood and the Soul: Essays on Ancient Thought and Literature in Honour of Christopher Gill*. Oxford University Press.

Smadja, C. (2011). Psychoanalytic psychosomatics. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92(1), 221–230.

Smith, T. W., & Gallo, L. C. (2001). Personality traits as risk factors for physical illness. In: A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 139-173). Lawrence Erlbaum Associates.

Smith, G. R., Monson, R. A., & Ray, D. C. (1986). Psychiatric consultation in somatization disorder: A randomized controlled study. *The New England Journal of Medicine*, 314(22), 1407-1413.

Somashekar, B., Jainar, A., & Wuntakal, B. (2013). Psychopharmacotherapy of somatic symptoms disorders. *International Review of Psychiatry*, 25(1), 107–115.

Stekel, W. (1924). *Peculiarities of behaviour*. London: Williams and Norgate.

Steinberg, H., Herrmann-Lingen, C., & Himmerich, H. (2013). Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud. *Psychiatria Danubina*, 25(1), 11-16.

Stuart, S., & Noyes, R. Jr. (2006). Interpersonal psychotherapy for somatizing patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(4), 209–219.

Sutin, A. R., Terracciano, A., Deiana, B., Naitza, S., Ferrucci, L., Uda, M., Schlessinger, D., & Costa, P. T., Jr. (2010). High neuroticism and low conscientiousness are associated with interleukin-6. *Psychological medicine*, 40(9), 1485–1493.

Takšić, V. (1998). *Validacija konstrukta emocionalne inteligencije*. Zagreb: Filozofski fakultet.

Taylor, G. J. (2003). Somatization and conversion: Distinct or overlapping constructs? *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 31(3), 487–508.

Taylor, G. J. (2022). Psychoanalysis and Psychosomatics: A New Synthesis (Taylor, 1992). *Psychodynamic psychiatry*, 50(2), 304–305.

Teive, H. A., Germiniani, F. M., Munhoz, R. P., & Paola, L. (2014). 126 hysterical years - the contribution of Charcot. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 72(8), 636–639.

Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer surveys*, 6(3), 547–565.

Teusch, R. K. (2017). A Biographical Sketch of Felix Deutsch, 1884–1964. *American Imago*, 74(4), 519–524.

Tomić, N. (2003). Somatoformni i psihosomatski poremećaji – dijagnostička paralela. *Psihijatrija danas*, 35(1-2), 91–97.

Tripathi, A., Das, A., & Kar, S. K. (2019). Biopsychosocial Model in Contemporary Psychiatry: Current Validity and Future Prospects. *Indian journal of psychological medicine*, 41(6), 582–585.

Van Wijk, T. G., & Kolk, A. M. (1997). Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Social Science & Medicine*, 45(2), 231–246.

Vulić-Prtorić, A. (2019). *Upitnik psihosomatskih simptoma – PSS: priručnik, normativni podaci i upitnici*. Sveučilište u Zadru: Odjel za psihologiju.

Zhao, B., Li, T., Fan, Z., Yang, Y., Shu, J., Yang, X., Wang, X., Luo, T., Tang, J., Xiong, D., Wu, Z., Li, B., Chen, J., Shan, Y., Tomlinson, C., Zhu, Z., Li, Y., Stein, J. L., & Zhu, H. (2023). Heart-

brain connections: Phenotypic and genetic insights from magnetic resonance images. *Science*, 380(6648), abn6598.

Wenneberg, S. R., Schneider, R. H., Walton, K. G., Maclean, C. R., Levitsky, D. K., Salerno, J. W., Wallace, R. K., Mandarino, J. V., Rainforth, M. V., & Waziri, R. (1997). A controlled study of the effects of the Transcendental Meditation program on cardiovascular reactivity and ambulatory blood pressure. *The International journal of neuroscience*, 89(1-2), 15–28.

Wiebe, D. J., & Fortenberry, K. T. (2006). Mechanisms relating personality and health. In M. E. Vollrath (Ed.), *Handbook of personality and health* (pp. 137–156). John Wiley & Sons.

Wolff, H. G. (1950). Life, Stress and Cardiovascular Disorders. *Circulation*, 1(2), 187–203.

Woolfolk, L. R., Allen, A. L. (2007). *Treating somatization: a cognitive-behavioral approach*. New York: The Guilford Press.

Woolfolk, R. L., Allen, L. A., & Tiu, J. E. (2007). New Directions in the Treatment of Somatization. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 621–644.

Yeung, A. C., Vekshtein, V. I., Krantz, D. S., Vita, J. A., Ryan, T. J., Jr, Ganz, P., & Selwyn, A. P. (1991). The effect of atherosclerosis on the vasomotor response of coronary arteries to mental stress. *The New England journal of medicine*, 325(22), 1551–1556.

