

Odnos stila privrženosti i zastupljenosti tjelesnih simptoma

Grubješić, Marko

Master's thesis / Diplomski rad

2014

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:566263>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-20**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište J. J. Strossmayera

Filozofski fakultet

Studij psihologije

**ODNOS STILA PRIVRŽENOSTI I ZASTUPLJENOSTI
TJELESNIH SIMPTOMA**

Diplomski rad

Marko Grubješić

Mentor: izv. prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Komentor: dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2014.

Sadržaj

UVOD.....	1
Povezanost stila privrženosti sa zdravstvenim faktorima.....	4
Anksioznost kao crta ličnosti.....	6
Cilj istraživanja.....	7
PROBLEM I HIPOTEZE.....	7
METODA.....	8
Instrumenti.....	8
Upitnik privrženosti prema članovima obitelji.....	8
Pennebakerov inventar limbičke iscrpljenosti.....	9
Endlerova multidimenzionalna skala anksioznosti kao crte ličnosti.....	9
Sudionici i postupak.....	10
REZULTATI.....	11
RASPRAVA.....	17
Nedostaci istraživanja.....	22
ZAKLJUČAK.....	23
LITERATURA.....	24

Odnos stila privrženosti i zastupljenosti tjelesnih simptoma

Sažetak

Cilj istraživanja bio je ispitati odnos stila privrženosti sa zastupljenosti tjelesnih simptoma, uzimajući u obzir anksioznost kao crtu ličnosti kao medijacijsku varijablu. U svrhu ispitivanja stila privrženosti korišten je Upitnik privrženosti prema članovima obitelji. Za utvrđivanje stupnja prisutnih simptoma korišten je Pennebakerov inventar limbičke iscrpljenosti, dok je Endlerova multidimenzionalna skala anksioznosti kao crte ličnosti korištena za mjerenje anksioznosti kao crte ličnosti. U istraživanju je sudjelovalo 185 studenata Filozofskog fakulteta u Osijeku. Za obradu podataka korištene su regresijske analize i t-test. Pokazalo se kako sigurna privrženost izravno doprinosi manjoj zastupljenosti tjelesnih simptoma. Što se tiče provjere neizravnog odnosa stila privrženosti i tjelesnih simptoma putem anksioznosti kao crte ličnosti, pokazalo se kako je anksioznost medijator između navedenih varijabli. Kod provjere imaju li sudionici različitih stilova privrženosti drugačiju zastupljenost tjelesnih simptoma korišten je t-test, kojim se utvrdilo kako se različiti stilovi privrženosti ne razlikuju u zastupljenosti tjelesnih simptoma.

Ključne riječi: stil privrženosti, anksioznost, tjelesni simptomi, studenti

The relationship between attachment styles and self-reported physical symptoms

Abstract

Aim of the study was to examine the relationship between attachment style and self-reported physical symptoms, considering trait-anxiety as mediation variable. The Experiences in Close Relationships Inventory was used to measure attachment style. For measuring self-reported physical symptoms The Pennebaker Inventory of Limbic Languidness was used and for trait-anxiety Endler Multidimensional Anxiety Scales-Trait was used. The sample consisted of 185 students of Faculty of humanities and social sciences in Osijek. For statistical analysis regression analysis and t-test were used. Results have shown that secure attachment is directly related to decreased self-reported physical symptoms. The role of trait-anxiety as mediational variable was also confirmed.. No differences were found between different attachment styles in self-reported physical symptoms.

Key words: attachment style, trait-anxiety, self-reported physical symptoms, students

Uvod

Privrženost odražava univerzalnu ljudsku potrebu za sigurnošću i skrbi te ima važnu ulogu u jačanju djetetova društvenog i emocionalnog razvoja. Bowlby (1969) opisuje privrženost kao afektivnu vezu koja se razvija između djeteta i njegova primarnog skrbnika, pri čemu je najčešće riječ o majci. Na osnovi ponavljanih interakcija s primarnim skrbnikom dijete razvija kognitivne sheme koje su nazvane unutarnji radni modeli. Te sheme sadrže djetetova uvjerenja i očekivanja o tome hoće li mu skrbnik biti dostupan ukoliko je to potrebno (Bowlby, 1973). Drugim riječima, privrženost ima motivacijsku ulogu za traženjem bliskosti s majkom u trenucima vanjskih prijetnji i stresa. Situacije koje kod malog djeteta predstavljaju potencijalnu prijetnju ili stres okolni su uvjeti (npr. neočekivani i nepoznati zvukovi), fizička odsutnost ili nemarnost skrbnika te djetetova tjelesna stanja kao što su bol, umor ili glad (Bowlby, 1969).

Na osnovi tih saznanja Ainsworth i suradnici (1978) među prvima su se usmjerili na proučavanje individualnih razlika unutarnjih radnih modela kod djece. U istraživanjima su kao mjerni instrument koristili Paradigm nepoznate situacije, strukturiranu tehniku usmjerenu na opažanje djetetovih reakcija prilikom niza situacija odvajanja od roditelja i ponovnog kontakta s njime. Na taj su način definirali tri ponašajna obrasca djeteta koje su nazvali stil privrženosti, a to su: *sigurni* stil privrženosti i *nesigurni* stil privrženosti, koji se dijeli na *anksiozno-ambivalentni* i *izbjegavajući*. Dijete sa *sigurnim* stilom privrženosti pokazuje uznemirenost nakon odvajanja od roditelja i smiruje se čim se roditelj vrati. Roditelji djeteta s takvim tipom privrženosti uspijevaju prepoznati i odgovoriti na njegove potrebe. Dijete s *anksiozno-ambivalentnim* stilom privrženosti također je uznemireno nakon odvajanja, ali opire se kontaktu prilikom povratka roditelja. Roditelji takve djece nekonzistentni su u prepoznavanju djetetovih potreba, odnosno nekad ih uspiju prepoznati, a nekad ne. *Izbjegavajuće* privržena djeca tijekom separacije ne pokazuju nužno bihevioralne znakove uznemirenosti, premda fiziološki pokazatelji upućuju na visoku razinu fiziološke pobuđenosti. Kada se roditelj vrati, takvo dijete odbija bilo kakav kontakt s njime. Roditelji djeteta s *izbjegavajućim* stilom privrženosti nisu osjetljivi na njegove potrebe.

Bowlby (1973) je također smatrao kako unutarnji radni modeli djeteta predstavljaju temelj za ponašanje i emocije unutar svih bliskih odnosa s drugim ljudima za vrijeme odrasle dobi. Nastavljajući se na spoznaje istraživanja Ainsworth i suradnika (1978) krenula su proučavanja stila privrženosti u odrasloj dobi. Dok su se prilikom proučavanja male djece

koristile opservacijske tehnike, za ispitivanje odraslih osoba koristili su se polustrukturirani intervjui ili upitnici gdje se od ispitanika tražila procjena njihova ponašanja u bliskim odnosima (Hazan i Shaver, 1987). Čestice tih upitnika odnose se ili na percepciju ranih obiteljskih odnosa ili na stavove o trenutnim bliskim odnosima (Feeney, 2000). Hazan i Shaver (1987) smatrali su kako se tri stila privrženosti uočena kod djece u istraživanju Mary Ainsworth (1982) razvijaju u tri primarna stila privrženosti odraslih osoba: *sigurni*, *anksiozni* i *izbjegavajući*. *Sigurnu* privrženost karakterizira opuštenost u bliskim vezama i neprisutnost brige o napuštanju. *Anksioznu* privrženost karakteriziraju snažni osjećaji prema partneru, traženje pažnje i strah od napuštanja ili nedovoljne ljubavi od strane partnera. *Izbjegavajuću* privrženost karakteriziraju davanje male važnosti bliskim vezama, izbjegavanje intimnosti te oslanjanje na samog sebe.

Gore spomenuti modeli mjerenja privrženosti su *kategorijalni*, što znači da svrstavaju pojedinca u jednu od tri uzajamno isključiva tipa privrženosti. Iako kritizirani zbog ograničene statističke moći i neuvažavanja postojanja interindividualnih razlika unutar same kategorije, zbog lake primjene i interpretacije i dalje se koriste u istraživanjima. Osim njih postoje i *dimenzionalni* modeli, koje mjere stupanj izraženosti pojedine dimenzije privrženosti. Temelj dimenzionalnog modela čine dvije dimenzije *nesigurne* privrženosti: dimenzija izbjegavanja i dimenzija anksioznosti. *Dimenziju izbjegavanja* karakterizira izbjegavanje intimnosti i ovisnosti o nekome, oslanjanje na samog sebe te umanjivanje važnosti bliskih veza, a *dimenziju anksioznosti* karakterizira strah od napuštanja, odvajanja i nevoljenosti (Ravitz i sur., 2010). Model Bartholomew i Horowitz (1991) objedinjuje karakteristike dimenzionalnog i kategorijalnog modela. U skladu s Bowlbyjevom teorijom (1973), temelji se na pretpostavci da odrasli ljudi, kao rezultat ranih iskustava bliskosti s primarnim skrbnikom, razvijaju dvije trajne unutarnje reprezentacije, sebe samih i drugih ljudi, nazvane model o sebi i model drugih. *Dimenzija modela o sebi* može se objasniti u terminima već spomenute dimenzije anksioznosti. Odnosi se na sliku osobe o vlastitoj vrijednosti; ako je pozitivan, osoba doživljava sebe vrijednom pažnje i bliskosti, i obrnuto. *Dimenzija modela drugih* može se usporediti s dimenzijom izbjegavanja, sadrži očekivanja o dostupnosti drugih ljudi s kojima bi osoba mogla uspostaviti bliskost; ako je pozitivan, osoba percipira druge ljude dostupnima i brižnima te vjeruje kako joj mogu pružiti bliskost, i obrnuto. Kombinacijom te dvije dimenzije mogu se dobiti četiri tipa privrženosti, ovisno o tome ima li osoba pozitivan ili negativan model sebe i drugih. *Siguran* stil privrženosti podrazumijeva pozitivan model o sebi i drugima zahvaljujući odgovornoj roditeljskoj brizi i

pozitivnim iskustvima sa skrbnikom. Osoba takvog tipa privrženosti nema problem osloniti se na druge ljude. *Zaokupljeni* stil, kao rezultat nekonzistentne roditeljske brige, sastoji se od negativnog modela o sebi, ali pozitivnog o drugima. Takve su osobe emocionalno ovisne o drugima, imaju nisko samopoštovanje i pojačano su usmjerene na bilo kakve potencijalne prijete. *Odbijajući* stil privrženosti, kao rezultat neodgovornog roditeljskog ponašanja, karakterizira pozitivan model sebe, ali negativan model drugih. Osobe s *odbijajućim* stilom privrženosti smatraju kako im druge osobe nisu potrebne, neugodno im je uspostavljati bliskost s drugim ljudima, negiraju potrebu za bliskošću te su skloni neovisnosti i oslanjanju na same sebe. Konačno, *plašljivi* stil privrženosti podrazumijeva negativan model i sebe i drugih. Osobe s plašljivim stilom privrženosti boje se uspostaviti bliskost zbog straha od odbijanja, iako im je potreban socijalni kontakt, što za posljedicu ima oscilacije u ponašajnim obrascima približavanja i izbjegavanja međuljudskih kontakata u odrasloj dobi. Također, doživljavaju visoke razine negativnog afekta i imaju nisko samopoštovanje (Bartholomew i Horowitz, 1991). Model Bartholomew i Horowitz (1991) prikazan je na Slici 1.

Slika 1. Model odrasle privrženosti Bartholomew i Horowitz (1991)

MODEL O SEBI (Anksioznost)

	Pozitivan (niska anksioznost)	Negativan (visoka anksioznost)
MODEL DRUGIH (Izbjegavanje)	Pozitivan (nisko izbjegavanje)	<i>Sigurna privrženost</i> Vjeruje drugim ljudima, smatra kako zaslužuje njihovu pažnju, ali nije mu problem biti i autonoman
	Negativan (visoko izbjegavanje)	<i>Odbijajuća privrženost</i> Oslanja se na samog sebe, odbija intimnost

Povezanost stila privrženosti sa zdravljem

U posljednje se vrijeme sve više ispituje odnos između privrženosti i varijabli povezanih sa zdravljem. Pretpostavka za postojanje takvog odnosa leži unutar same Bowlbyjeve teorije. Kao što je već spomenuto, Bowlby (1969) je opisao privrženost kao čimbenik zbog kojeg osoba traži podršku i bliskost u trenucima izloženosti potencijalno stresnim ili prijetećim situacijama. Dok u djetinjstvu to podrazumijeva fizičku bliskost i brižnost majke, kod odrasle osobe to uključuje bliskost i intimnost u bliskim vezama, povjerenje, oslanjanje na nekoga, mogućnost izražavanja emocija u vezi i slično. S obzirom da se želja za bliskošću aktivira u trenucima fizičkog ili emocionalnog stresa, za očekivati je kako je stil privrženosti odrasle osobe povezan s psihološkim i biološkim sustavima koji reguliraju procjenu prijetnje, tjelesne odgovore na stresne situacije kao i oporavak od njih. Također, za očekivati je kako će se reakcije na takve situacije razlikovati ovisno o stilu privrženosti kojeg osoba ima. Dosadašnja su istraživanja pokušala objasniti utjecaj stila privrženosti na zdravlje proučavanjem fizioloških reakcija na stres, zdravstveno-rizičnog i nerizičnog ponašanja te motivacije za traženjem liječničke skrbi u slučaju bolesti (Maunder i Hunter, 2001), ali i subjektivnih procjena zastupljenosti tjelesnih simptoma (Wearden i sur., 2005). Mjere samoprocjene tjelesnih simptoma važne su jer su povezane s korištenjem medicinske pomoći. Ovisno o stilu privrženosti, mogu biti povezane sa zdravstveno pozitivnim ili negativnim ishodima, npr. dogovaranjem trenutne liječničke skrbi ili odlaganjem posjeta doktoru (Ciechanowski i sur., 2002). Pri tome se pokazalo kako, osim stila privrženosti, na zdravstvene ishode utječe i spol, budući da žene navode veći broj tjelesnih simptoma od muškaraca (Wijk i Kolk, 1997). Dosadašnja su istraživanja pokazala kako se osobe sa *sigurnom* privrženošću općenito rjeđe upuštaju u zdravstveno rizična ponašanja (Scharfe i Eldredge, 2001) te imaju manje tjelesnih simptoma u odnosu na osobe s *nesigurnom* privrženošću (Taylor i sur., 2000). Lewis i suradnici (1984) u svom su longitudinalnom istraživanju djece također uočili kako su *nesigurno* privrženata djeca imala više pritužbi na razne tjelesne simptome u odnosu na *sigurnu* djecu kroz razdoblje od 6 mjeseci. Dok je razlika u subjektivnoj procjeni zastupljenosti simptoma između *sigurne* i *nesigurne* privrženosti neupitna, rezultati za pojedine tipove *nesigurne* privrženosti dosta su nekonzistentni. Primjerice, u odnosu na osobe sa *sigurnim* stilom privrženosti, osobe anksiozno-ambivalentnog stila navode više tjelesnih simptoma, dok oni s izbjegavajućim stilom navode manje (Feeney i Ryan, 1994). S druge strane, u istraživanju Kotlera i suradnika (1994) pojedinci s *izbjegavajućim* stilom privrženosti navode veći broj simptoma i od *sigurno*

i od *anksiozno-ambivalentno* privrženih pojedinaca. Konačno, Wearden i suradnici (2003; prema Wearden, 2005) u svom su istraživanju utvrdili kako *anksiozno-ambivalentni* i *izbjegavajući* sudionici navode više tjelesnih simptoma od *sigurno* privrženih osoba. Tek uvođenje 4 tipa odrasle privrženosti iz modela Bartholomew i Horowitz (1991) u istraživanja uspijeva rasvijetliti uzrok takvog variranja rezultata. Istraživanja Ciechanowskog i suradnika (2002) utvrđuju kako sudionici sa *zaokupljenom* i *plašljivom* privrženošću navode veći broj simptoma od *sigurno* privrženih, dok su sudionici s *odbijajućom* privrženosti navodili manje simptoma čak i od *sigurno* privrženih ili nije bila utvrđena nikakva razlika. Ponovljeno istraživanje Wearden i suradnika (2005), ovog puta s modelom privrženosti Bartholomew i Horowitz (1991), također utvrđuje veći broj navedenih simptoma kod *plašljive* i *zaokupljene* privrženosti u odnosu na *sigurnu* privrženost, dok za *odbijajuću* nije nađena nikakva razlika. Postalo je očito kako postoji kvalitativna razlika između dva izbjegavajuća stila privrženosti po modelu Bartholomew i Horowitz (1991) - odbijajućeg i plašljivog. Mogući uzrok tome leži u povezanosti stilova privrženosti s regulacijom emocija, koja odražava način nošenja sa stresnim situacijama naučen na temelju reakcija kakve je skrbnik imao u trenucima djetetova stresa. *Sigurno* privržena djeca, kojima je pružena odgovorna briga skrbnika, izražavaju svoju nelagodu i traže pomoć u stresnim situacijama. S druge strane, *nesigurno* privržena djeca, uzevši u obzir nemarno postupanje njihovih roditelja, razvijaju niz dugoročno nefunkcionalnih strategija nošenja sa stresom. *Anksiozno-ambivalentna* djeca pretjerano su usmjerena na negativne događaje i pojačano izražavaju nezadovoljstvo kako bi osigurali reakciju nemarnih roditelja, dok *izbjegavajuća* djeca potiskuju i negiraju svoje emocije ne bi li time spriječili daljnje udaljavanje od strane skrbnika (Bowlby, 1969). U Kotlerovom istraživanju (1994) pronađena je povezanost *izbjegavajućeg* stila privrženosti s visokom razinom emocionalne kontrole. Ako se povuče paralela s 4 tipa odrasle privrženosti po modelu Bartholomew i Horowitz (1991), *odbijajući* pojedinci, zbog izraženog negativnog modela drugih (visoko izbjegavanje), navode manji broj tjelesnih simptoma kako se ne bi pokazali slabima. *Zaokupljeni* i *plašljivi* pojedinci, kojima je zajednička komponenta negativan model sebe (visoka anksioznost), stoga navode veći broj simptoma.

Anksioznost kao crta ličnosti

Anksioznost se definira kao kompleksno, neugodno čuvstvo tjeskobe, bojazni, napetosti i nesigurnosti, praćeno aktivacijom autonomnog živčanog sustava. Njeno postojanje utvrđuje se na osnovi introspektivnih izvještaja, fizioloških mjera ili opažanjem ponašanja (Petz i sur., 1992). Fiziološki pokazatelji najčešće su znojenje i povećani puls. Može se razlikovati anksioznost kao stanje i kao crta ličnosti. *Anksioznost kao stanje* karakterizira privremena promjena emocionalnog stanja osobe uzrokovana vanjskim faktorom, uslijed čega se aktivira autonomni živčani sustav. Takva je reakcija prirodna, a nakon nestanka prijetećeg faktora osjećaj anksioznosti se smanjuje. S druge strane, *anksioznost kao crta ličnosti* stabilna je tendencija procjenjivanja svijeta kao prijetećeg i opasnog mjesta (Fernandez, 2013). Istraživanja su pokazala kako su anksiozni poremećaji dva do tri puta učestaliji kod žena te da su njihovi rezultati na mjerama samoprocjene anksioznosti viši u odnosu na muškarce (Meyer i sur.; Spitzer i sur.; prema Leach, 2008).

Imajući u vidu ranije spomenuta istraživanja o povezanosti različitih stilova privrženosti i zdravlja, neki nalazi upućuju na važan doprinos anksioznosti tom odnosu. S jedne strane, anksioznost pridonosi zdravlju. Zajedno s hostilnošću i depresijom, anksioznost je prihvaćena kao prediktor morbiditeta i mortaliteta (Cohen i Pressman, 2006). Nadalje, neka istraživanja upućuju na to da se povezanost stilova privrženosti sa zdravljem može objasniti anksioznošću. Hazan i Shaver (1987) pronašli su povezanost *nesigurnog* stila privrženosti s povećanim razinama anksioznosti, psihosomatskih bolesti i pritužbi na fizičke smetnje. Kod djece sa separacijskom anksioznošću također su često uočeni medicinski neobjašnjivi simptomi (Tonge, 1994; prema Feeney, 2000). Feeney i Ryan (1994) ispitivali su povezanost stilova privrženosti i negativnog afekta s ponašanjem djeteta u trenucima kada je bolesno, kao i s roditeljskim reakcijama na djetetovu bolest. Negativni afekt je, uz pozitivni afekt, glavna dimenzija raspoloženja. Definira se kao opća sklonost subjektivnog doživljavanja i izvještavanja negativnih emocija. To je opći, nespecifični faktor koji odražava razinu negativnih osjećaja kod depresije i anksioznosti (Watson i Clark, 1984). U tom je istraživanju utvrđena pozitivna povezanost *anksiozno-ambivalentnog* stila privrženosti s navođenjem većeg broja simptoma te pojačanom skrbi i brigom roditelja na djetetove pritužbe o bolesti. Povezanost je bila manja, ali još uvijek značajna, kada se kontrolirao učinak negativnog afekta. Slično istraživanje, u kojem se također promatrao medijacijski efekt negativnog afekta na odnos stila privrženosti i subjektivne procjene zastupljenosti tjelesnih simptoma, proveli su Wearden i suradnici (2005). Koristeći model 4 tipa privrženosti, utvrdili su djelomični

medijacijski efekt negativnog afekta kod odnosa *plašljivog* stila privrženosti i subjektivne procjene simptoma, dok je kod odnosa *zaokupljenog* stila i procjene tjelesnih simptoma medijacijski efekt negativnog afekta bio potpun. Navedeni odnosi mogu se objasniti time što *zaokupljeni* i *plašljivi* stil privrženosti imaju negativan model sebe, što je povezano s niskim samopoštovanjem, izraženijom dimenzijom anksioznosti i usmjerenošću na negativne emocije (Ciechanowski, 2002). Osim toga, medijacijski efekti negativnog afekta nisu utvrđeni samo kod *zaokupljenog* i *plašljivog* stila privrženosti, već i kod povezanosti *sigurnog* stila privrženosti sa zastupljenošću tjelesnih simptoma (Armitage i Harris, 2005).

Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos stilova privrženosti sa zastupljenošću tjelesnih simptoma.

Problem i hipoteze

Problem

Ispitati izravan odnos različitih stilova privrženosti sa zastupljenošću tjelesnih simptoma kao i neizravan, putem anksioznosti kao crte.

Hipoteze

1. Stilovi privrženosti izravno pridonose zastupljenosti tjelesnih simptoma.

S obzirom na podatke iz literature (Taylor i sur., 2000), pretpostavlja se kako će *sigurna* privrženost pridonijeti manjoj zastupljenosti tjelesnih simptoma, dok će *nesigurna* privrženost pridonijeti većoj zastupljenosti tjelesnih simptoma.

2. Stilovi privrženosti neizravno pridonose zastupljenosti tjelesnih simptoma, i to putem anksioznosti kao crte ličnosti.

Pretpostavlja se kako će *sigurna* privrženost putem niske anksioznosti pridonijeti manjoj zastupljenosti tjelesnih simptoma, dok će *nesigurna* privrženost putem visoke anksioznosti pridonijeti većoj zastupljenosti tjelesnih simptoma.

3. Stilovi privrženosti različito pridonose zastupljenosti tjelesnih simptoma.

Očekivano je da će osobe sa *sigurnim* stilom privrženosti navoditi manje tjelesnih simptoma u odnosu na one sa *nesigurnim* stilom privrženosti (Bartholomew i Horowitz, 1991).

Metoda

Instrumenti

Upitnik privrženosti prema članovima obitelji (Kamenov i Jelić, 2003) koristio se za ispitivanje stila privrženosti. On predstavlja modificiranu verziju Brennanovog *Inventara iskustava u bliskim vezama* (The Experiences in Close Relationships Inventory, ECR; Brennan i sur., 1998). Premda je po broju čestica upola kraći od originalnog upitnika, faktorska mu je struktura, koju čine dimenzija anksioznosti i dimenzija izbjegavanja, ostala ista. Upitnik se sastoji od 18 čestica kojima se ispituju dvije dimenzije: a) dimenzija anksioznosti i b) dimenzija izbjegavanja. Rezultati se dobivaju tako da sudionik odgovara na Likertovoj skali od sedam stupnjeva (1 - uopće se ne slažem do 7 - u potpunosti se slažem). Ukupni rezultat određuje se zbrajanjem procjena za odgovarajuće čestice kod svake pojedine dimenzije. Temeljem rezultata na dimenzijama anksioznosti i izbjegavanja određuju se 4 tipa privrženosti. Sudionici koji ostvare rezultat manji od 36 na obje dimenzije spadaju u kategoriju *sigurne* privrženosti. Ukoliko je rezultat na obje dimenzije veći od 36, osoba spada

u kategoriju *plašljive* privrženosti. Osobe koje imaju rezultat na dimenziji izbjegavanja viši od 36, a na dimenziji anksioznosti manji od 36, spadaju u kategoriju *odbijajuće* privrženosti. Konačno, osobe s rezultatom većim od 36 na dimenziji anksioznosti, a manjim od 36 na dimenziji izbjegavanja spadaju u kategoriju *zaokupljene* privrženosti. Međutim, za potrebe ovog istraživanja koristila se raspodjela *sigurni-nesigurni* stil privrženosti. U obradi se koristila dihotomna varijabla pri čemu je vrijednost 1 dodana skupini *sigurno* privrženih kojoj su pripadali sudionici prethodno spomenutih rezultata koji se vežu uz siguran stil privrženosti, dok je vrijednost 0 dana skupini *nesigurno* privrženih u koju su svrstani sudionici *zaokupljenog*, *odbijajućeg* i *plašljivog* stila privrženosti. U ranijim se istraživanjima koeficijent pouzdanosti za dimenziju anksioznosti kreće u rasponu od ,80 do ,83, a za dimenziju izbjegavanja od ,80 do ,88 (Kamenov i Jelić, 2003). U ovom istraživanju koeficijent pouzdanosti za dimenziju anksioznosti iznosi $\alpha = ,72$, dok za dimenziju izbjegavanja iznosi $\alpha = ,87$.

Pennebakerov inventar limbičke iscrpljenosti (The Pennebaker Inventory of Limbic Languidness; PILL, Pennebaker, 1982) koristio se za procjenu zastupljenosti 54 tjelesna simptoma. Primjer tvrdnji glasi: otečeno grlo, začepljen nos, loša probava i slično. Zadatak sudionika je da uz svaku tvrdnju izabere jedan od ponuđenih odgovora na skali od šest stupnjeva, gdje 0 označava „nikad“, a 5 „vrlo često“. Ukupni rezultat dobiva se zbrajanjem svih odgovora. Rezultati se kreću u rasponu od 0 do 216, pri čemu viši rezultat upućuje na veću zastupljenost tjelesnih simptoma. U ranijim istraživanjima utvrđena pouzdanost ovog mjernog instrumenta kreće se u rasponu od ,88 do ,91 (Pennebaker, 1982). U ovom istraživanju dobivena pouzdanost iznosi $\alpha = ,93$.

Endlerova multidimenzionalna skala anksioznosti kao crte ličnosti (Endler Multidimensional Anxiety Scales-Trait; EMAS-T, Endler, Edwards, Vitelli i Parker, 1989) koristila se za ispitivanje anksioznosti kao crte. Upitnik se sastoji od četiri dimenzije anksioznosti koje se odnose na stanje sudionika u četiri situacije: a) socijalne evaluacije, b) fizički opasnih situacija, c) novih situacija i d) svakodnevnih situacija. Čestice upitnika glase poput: „Ruke su mi vlažne“, „Nemam povjerenja u sebe“, „Osjećam se napeto“ itd. Zadatak sudionika procijeniti je u kojoj mjeri dana čestica opisuje njihove reakcije i stavove u

određenim situacijama. Odgovori se dobivaju odabirom jednog od ponuđenih odgovora (1 - uopće ne; 5 - jako). Ukupan rezultat dobiva se zbrajanjem svih čestica. Rezultati se kreću u rasponu od 15 do 75, pri čemu veći rezultat upućuje na veću zastupljenost anksioznosti kao crte. Na stranim uzorcima utvrđena pouzdanost instrumenta kreće u rasponu od ,87 do ,94 (Endler i sur., 1991). U ovom istraživanju pouzdanost iznosi $\alpha = ,93$.

Sudionici i postupak

Istraživanje je provedeno u jednoj vremenskoj točki na Filozofskom fakultetu u Osijeku. Uzorak sudionika bio je prigodan. Ispitivanje je bilo grupno i u prosjeku je trajalo 15-20 minuta. Prije početka ispitivanja, sudionicima je dana opća uputa kojom se objasnila svrha istraživanja te način odgovaranja na pitanja. Naglasilo im se kako je ispitivanje anonimno te da u bilo kojem trenutku mogu odustati.

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 205 studenata, od kojih je 20 bilo isključeno iz obrade zbog polovično ispunjenih upitnika. S obzirom na to, u konačnu obradu podataka ušlo je 185 sudionika. Njih 144 (77,83 %) bilo je ženskog, a 41 (22,16 %) muškog spola. Dob sudionika kreće se u rasponu od 18 do 29 godina, pri čemu je prosječna dob iznosila 20,17 godina, $SD = 1,35$.

Od ukupnog broja sudionika čiji su rezultati ušli u konačnu obradu podataka 149 (80,54 %) sudionika bilo je *sigurno privrženo* (120 ženskog spola i 29 muškog spola), dok je 36 (19,45 %) sudionika bilo *nesigurno privrženo*, (24 ženskog i 12 muškog spola). Od tih 36 sudionika, gledano iz perspektive modela 4 tipa privrženosti, 25 (13,5 %) sudionika imalo je *odbijajuću privrženost*, njih 10 (5,4 %) imalo je *zaokupljenu privrženost*, dok je *plašljivu privrženost* imala samo jedna osoba (0,5 %).

Rezultati

Kolmogorov-Smirnovljev testom utvrđeno je kako raspoređenost rezultata odstupa od normalne distribucije što upućuje na nemogućnost korištenja parametrijskih testova. Međutim, Kline (1998) navodi kako se parametrijske metode mogu koristiti ukoliko je indeks asimetričnosti manji od 1, a indeks spljoštenosti manji od 3. Kako su utvrđeni indeksi unutar dopuštenih vrijednosti, rezultati su obrađeni parametrijskim metodama.

Prije testiranja hipoteza napravljena je deskriptivna analiza za varijable stil privrženosti, anksioznost kao crtu ličnosti i tjelesne simptome. Podaci su prikazani u tablici 1.

Tablica 1. Deskriptivni pokazatelji ispitivanih varijabli

Varijabla		M	(SD)	TEORIJSKI MIN	TEORIJSKI MAX		
Stil privrženosti	Sigurni	I	21,75	(7,26)	9	36	
		A	21,36	(6,01)	9	36	
	Zakupljeni	I	26,70	(8,30)	9	36	
		A	39,90	(3,66)	37	63	
	Odbijajući	I	43,48	(5,91)	37	63	
		A	22,20	(6,25)	9	36	
	Nesigurni	Plasljivi	I	-	-	37	63
			A	-	-	37	63
	Ukupno	I	38,92	(10,05)	9	63	
		A	27,78	(10,19)	9	63	
	Anksioznost		180,61	(31,17)	70	300	
	Tjelesni simptomi		72,61	(28,28)	0	216	

*I-dimenzija izbjegavanja; A-dimenzija anksioznosti

Što se tiče zastupljenosti tjelesnih simptoma, iz tablice se može očitati kako su sudionici općenito ostvarivali rezultate u nižem rasponu vrijednosti, što upućuje na to da su imali manju zastupljenost tjelesnih simptoma. Podaci vezani uz anksioznost kao crtu ukazuju da je ova crta ličnosti umjereno zastupljena među sudionicima istraživanja.

Prije provjere izravnog i neizravnog odnosa stila privrženosti sa zastupljenošću tjelesnih simptoma provjerila se povezanost među ispitivanim varijablama. U ovom segmentu

provjerila se i korelacija spola ($\bar{Z} = 1$, $M = 0$) s ostalim varijablama jer raniji rezultati ukazuju na povezanost spola s nekima od njih. Utvrđeni Pearsonovi koeficijenti korelacije nalaze se u tablici 2.

Tablica 2. Interkorelacije između spola, stila privrženosti, anksioznosti kao crte i tjelesnih simptoma

	Spol	Stil privrženosti	Anksioznost	Tjelesni simptomi
Spol	1	,132*	,273**	,156*
Stil privrženosti		1	-,181*	-,161*
Anksioznost			1	,435**
Tjelesni simptomi				1

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

Iz tablice 2 vidljivo je kako su sve korelacije statistički značajne. Korelacija između stila privrženosti i zastupljenosti tjelesnih simptoma, premda statistički značajna, vrlo je niska. Osim toga, radi se o korelaciji negativnog predznaka, što upućuje kako je *sigurna* privrženost povezana s manjom zastupljenošću tjelesnih simptoma. Istovremeno, utvrđena povezanost ukazuje i na to da je *nesigurna* privrženost povezana s većom zastupljenošću tjelesnih simptoma. Povezanost stila privrženosti s anksioznošću također je negativnog predznaka i u rasponu niskih vrijednosti. Nadalje, utvrđena je niska, ali statistički značajna povezanost spola s anksioznosti kao crtom ličnosti te zastupljenosti tjelesnih simptoma, pri čemu se pokazalo kako je spol pozitivno povezan s obje ispitivane varijable. To upućuje kako ženski sudionici imaju izraženiju anksioznost kao crtu, kao i veću zastupljenost tjelesnih simptoma. Također, utvrđena je niska, pozitivna povezanost između stila privrženosti i spola,

što znači kako je *sigurna* privrženost u većem omjeru bila prisutna kod sudionika ženskog spola u odnosu na sudionike muškog spola.

U svrhu provjere izravnog odnosa stila privrženosti sa zastupljenosti tjelesnih simptoma provedena je hijerarhijska regresijska analiza. Budući da je spol povezan s ispitivanim varijablama, njegovi su efekti kontrolirani u ovoj obradi. Stoga, prediktori ove obrade bili su spol i stil privrženosti, dok su kriterij bili tjelesni simptomi. Rezultati obrade nalaze se u tablici 3.

Tablica 3. Rezultati hijerarhijske regresijske analize kod provjere izravnog doprinosa stila privrženosti tjelesnim simptomima

	Prediktor	Kriterij	R ²	β	ΔR ²
1.korak	spol		,024	,156*	
			F _(1,183) = 4,56*		
2.korak	stil privrženosti	Tjelesni simptomi	,058	-,185*	,034
			F _(2,182) = 5,58*		

*p<,05

Iz tablice 3 može se očitati kako spol ($\beta = ,156$, $p = ,014$) i stil privrženosti ($\beta = -,185$, $p = ,012$) doprinose zastupljenosti tjelesnih simptoma. Spol objašnjava 2,4% varijance tjelesnih simptoma, a stil privrženosti objašnjava 5,8% varijance tjelesnih simptoma.

U sljedećem se koraku ispitivao neizravan odnos stila privrženosti sa zastupljenosti tjelesnih simptoma putem anksioznosti kao crte. U te je svrhe korišten Baron i Kennyjev postupak kojeg čine četiri regresijske analize: 1) pridonosi li prediktor kriteriju; 2) pridonosi li prediktor medijatoru; 3) predviđa li medijator kriterij; 4) predviđa li prediktor kriterij uz kontrolu efekta medijatora. Kako bi se potvrdila medijacija, svi prethodno spomenuti koraci

trebaju biti zadovoljeni. Ukoliko unošenjem medijatora u zadnjem koraku dođe do smanjenja beta koeficijenta prediktora ispod razine statističke značajnosti, riječ je o potpunoj medijaciji. U slučaju kada je beta koeficijent prediktora smanjen, ali još uvijek statistički značajan, riječ je o djelomičnoj medijaciji (Baron i Kenny, 1986). Rezultati regresijskih analiza prikazani su u tablici 4.

Tablica 4. Rezultati regresijskih analiza kod provjere neizravne povezanosti stila privrženosti i tjelesnih simptoma putem anksioznosti kao crte

Analize	Prediktor	Kriterij	R ²	β
1.	Stil privrženosti	Tjelesni simptomi	,026	-,161*
			$F_{(1,183)} = 4,85^*$	
2.	Stil privrženosti	Anksioznost	,033	-,181*
			$F_{(1,183)} = 6,19^*$	
3.	Anksioznost	Tjelesni simptomi	,189	,435**
			$F_{(1,183)} = 42,60^{**}$	
4.	Stil privrženosti	Tjelesni simptomi	,196	-,085
	Anksioznost		,189	,419**
			$F_{(2,182)} = 22,15^{**}$	

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

Rezultati upućuju kako je ostvarena potpuna medijacija, što znači da stil privrženosti isključivo preko anksioznosti kao crte pridonosi zastupljenosti tjelesnih simptoma. Pri tome se pokazalo kako siguran stil privrženosti preko manje anksioznosti doprinosi manjoj zastupljenosti tjelesnih simptoma.

Osim navedenog, provjeravalo se postoji li razlika između različitih stilova privrženosti u zastupljenosti tjelesnih simptoma. U ovom dijelu korišten je t-test, gdje dihotomna varijabla stila privrženosti čini nezavisnu varijablu, a zastupljenost tjelesnih simptoma zavisnu varijablu. Levenov test upućuje na nehomogenost varijanci između sigurne i nesigurne privrženosti ($F = 4,276$, $p = ,04$). Rezultati t-testa pokazuju kako nema statistički značajne razlike između sigurne i nesigurne privrženosti u zastupljenosti tjelesnih simptoma ($t_{(46,42)} = -1,92$, $p = ,060$).

Rasprava

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos stilova privrženosti sa zastupljenošću tjelesnih simptoma.

Rezultati su pokazali kako stil privrženosti izravno pridonosi zastupljenosti tjelesnih simptoma, čime je potvrđena prva hipoteza. Pokazalo se kako je *sigurna* privrženost povezana s manjom zastupljenošću tjelesnih simptoma. Suprotno tome, *nesigurna* je privrženost povezana s većom zastupljenošću tjelesnih simptoma. Dosadašnja su istraživanja pokazala kako se, općenito govoreći, osobe sa *sigurnom* privrženošću rjeđe upuštaju u zdravstveno rizična ponašanja (Scharfe i Eldredge, 2001) te imaju manje tjelesnih simptoma u odnosu na osobe s *nesigurnom* privrženošću (Taylor i sur., 2000). Prema nekim istraživanjima postoje tri mehanizma koja uvjetuju povezanost *nesigurnog* stila privrženosti s lošijim zdravljem: a) porast nespecifične osjetljivosti na stres, b) sposobnost pojedinca za uspostavljanje i korištenje društvenih mreža podrške te c) način na koji pojedinac procjenjuje ili se nosi sa životnim događajima (West i sur., 1986). Što se tiče prvo spomenutog mehanizma, ponavljane interakcije sa skrbnikom uvjetuju stvaranje jedinstvenih obrazaca ponašanja i neurofizioloških odgovora djeteta na emocionalni ili fizički stres (Anderson i Hines, 1994; prema Feeney, 2000). Istraživanja su pokazala kako biološku osnovu procesa karakterističnih za situacije koje uključuju socijalno vrednovanje (Dickerson i Kemeny, 2004) i međuljudske odnose (Diamond, 2001) čini hipotalamičko-hipofizni portalni sustav. Hipotalamičko-hipofizni portalni sustav potiče prednji režanj hipofize na lučenje adrenokortikotropnog hormona, koji dovodi do lučenja kortizola iz kore nadbubrežne žlijezde u krvotok (Dickerson i Kemeny, 2004). Kvaliteta roditeljske brige od velike je važnosti u vrijeme kad se razvijaju hipokampus i prefrontalni korteks, dijelovi mozga zaduženi za regulaciju tog sustava (Sanchez i sur., 2001). Negativna iskustva djeteta sa skrbnikom dovode do povećane fiziološke pobuđenosti. Ukoliko takva iskustva nisu pravilno razriješena, svaki podražaj koji na njih asocira uspostavlja obrazac kronično povišene fiziološke pobuđenosti (Anderson i Hines, 1994; prema Feeney, 2000). Iz tog razloga nepovoljni životni događaji u ranoj dobi mogu dovesti do poremećenog djelovanja hipotalamičko-hipofiznog portalnog sustava, ali i povišene tjelesne reaktivnosti na stres tijekom životnog vijeka (Lupien i sur., 2009). Krajnji ishod tog procesa podložnost je tzv. „bolestima adaptacije“, među koje spadaju hipertenzija, respiratorni problemi, osipi, alergije, gastrointestinalni problemi i slično (Rathus, 2001). Što se tiče drugog mehanizma, *sigurno* privrženi pojedinci vjerojatno će imati manje problema s tjelesnim simptomima zbog njihove spremnosti da se obrate liječniku ili traže podršku unutar

vlastite mreže poznanstava. Ukoliko dođe do pojave zdravstvenih tegoba, takve osobe lakše reaguju na liječničku pomoć. S druge strane, *nesigurno* privrženi pojedinci nevoljko pristaju tražiti pomoć, ponašaju se neprijateljski prema liječnicima i ne drže se zadanog tretmana liječenja. Zauzimaju stav bespomoćnosti i odlučuju nešto poduzeti jedino ako su zdravstvene tegobe ozbiljne. Ponekad znaju biti skloni samookrivljanju i idealiziranju liječnika, no ukoliko se zdravstvene tegobe nastave, mogu postati iznimno frustrirani i namjerno sabotirati liječenje (Mikail i sur., 1994). Što se tiče trećeg mehanizma, on se odnosi na interakciju unutarnjih radnih modela pojedinca te mehanizama procjene i nošenja sa stresom, budući da zdravstvene tegobe predstavljaju svojevrsni izvor stresa. *Nesigurno* privržene osobe imaju visoke razine emocionalne kontrole (Kotler, 1994), što znači da su skloni potiskivanju negativnih emocija kao što je npr. ljutnja. Također, njihovo nošenje sa zdravstvenim tegobama usmjereno je na emocije, što podrazumijeva samookrivljanje i katastrofiziranje (u slučaju *anksioznog* tipa privrženosti) ili negiranje (u slučaju *izbjegavajućeg* tipa privrženosti), a u težim slučajevima i društvenu izolaciju, nasilje, promiskuitet ili zloupotrebu alkohola (Meredith i sur., 2008). Njihove procjene zdravstvenih tegoba stoga mogu biti takve da ih doživljavaju kao prijetnju s kojom se ne mogu nositi ili ih, u slučaju *izbjegavajućeg* tipa nesigurne privrženosti, zanemaruju i smatraju bezazlenim. S druge strane, *sigurno* privrženi pojedinci procjenjuju zdravstvene tegobe na realističan način te koriste učinkovitije i raznolikije strategije nošenja s njima (Meredith i sur., 2008).

Nadalje, ispitivanje je provedeno vremenski vrlo blizu ispitnih rokova, zbog čega su sudionici vjerojatno bili pod utjecajem nadolazećeg stresora. *Sigurno* privrženi sudionici tako su eventualne tjelesne tegobe rješavali tako što su tražili podršku u drugima, organizirali svoj raspored u skladu sa nadolazećim rokovima i usmjerili se na uklanjanje tih tegoba, dok su nesigurno privrženi sudionici vjerojatno ili pretjerano naglašavali probleme ili ih proživljavali sami sa sobom, ne koristeći neku djelotvorniju strategiju kojom bi problem riješili. To je u konačnici moglo dovesti do oslabljene otpornosti organizma i veće podložnosti manjem ili većem nizu tjelesnih tegoba kod nesigurno privrženih sudionika.

Rezultati također pokazuju kako stilovi privrženosti neizravno pridonose zastupljenosti tjelesnih simptoma putem anksioznosti kao crte ličnosti. Regresijskom je analizom utvrđena potpuna medijacija, što znači kako se povezanost između stila privrženosti i tjelesnih simptoma može objasniti isključivo anksioznošću kao crtom. Ovo istraživanje pokazuje kako *sigurna* privrženost putem manje anksioznosti pridonosi manjoj zastupljenosti tjelesnih simptoma, dok *nesigurna* privrženost putem veće anksioznosti pridonosi većoj

zastupljenosti tjelesnih simptoma. Rezultati su očekivani budući da je anksioznost povezana s povećanim morbiditetom i mortalitetom (Cohen i Pressman, 2006) te psihosomatskim bolestima i pritužbama na fizičke smetnje (Hazan i Shaver, 1990). Osim toga, dijateza privrženost- kronična bol pretpostavlja kako različita emocionalna stanja, među kojima je i anksioznost, imaju medijacijski efekt na povezanost stila privrženosti i procjene boli (Meredith i sur., 2008). Istraživanje Tremblay i Sullivana (2009) također potvrđuje anksioznost u ulozi medijatora spomenutih varijabli.

Postoje istraživanja koja sugeriraju da se neizravan odnos stilova privrženosti s tjelesnim simptomima preko anksioznosti može objasniti efektima negativnog afekta, emocije primarno prisutne kod anksioznosti. Naime, istraživanja ukazuju kako je negativni afekt djelomični ili potpuni medijator odnosa između stila privrženosti i mjera samoprocjene tjelesnih simptoma (Feeney i Ryan, 1994; Wearden i sur, 2005; Armitage i Harris, 2005). U pokušaju objašnjenja moguće povezanosti negativnog afekta i subjektivne procjene zastupljenosti tjelesnih simptoma prvotno se polazilo od pretpostavke kako osobe s negativnim afektom imaju veću osjetljivost na bol. Međutim, takvo je tumačenje dalo nekonzistentne i teško interpretativne rezultate, zbog čega se smatralo kako u podlozi toga leži još neki mehanizam. Kasnije je prihvaćen model koji pretpostavlja kako se pojedinci razlikuju u načinu na koji percipiraju, reagiraju i daju pritužbe na tjelesne simptome (Watson i Pennebaker, 1989). Osobe s negativnim afektom imaju veću zastupljenost tjelesnih simptoma jer su više orijentirani na internalne, umjesto na eksternalne podražaje (Pennebaker, 1982). Kod takvih je osoba povećana aktivnost bihevioralnog inhibicijskog sustava (BIS), što za posljedicu ima povećanu usmjerenost na tjelesne simptome i stalno provjeravanje nadolazećih podražaja iz okoline kako bi se uočila moguća opasnost (Gray, 1985; prema Watson i Pennebaker, 1989). Povećana usmjerenost na tjelesne simptome može objasniti povećanu percepciju tjelesnih simptoma na dva načina: 1) osobe s negativnim afektom vjerojatnije će uočiti normalne tjelesne osjete ili manju tjelesnu bol; 2) zbog toga što je takvim osobama percepcija podražaja ometena anksioznošću i nesigurnošću, vjerojatnije je da će inače normalne podražaje protumačiti opasnima ili bolnima.

Još jedan od mogućih razloga zbog kojeg se anksioznost pokazala medijatorom u povezanosti stila privrženosti i zastupljenosti tjelesnih simptoma može biti spolna neujednačenost uzorka, u kojem je bio znatno veći broj sudionica ženskog spola. Istraživanja su pokazala kako su anksiozni poremećaji dva do tri puta učestaliji kod žena te kako žene

imaju puno više rezultate na mjerama samoprocjene anksioznosti (Meyer i sur., 1990; Spitzer i sur., 2006; prema Leach, 2008). Premda su liječnici spremniji dijagnosticirati takve poremećaje ženama nego muškarcima, pažljiva epidemiološka proučavanja doista pronalaze konzistentnu spolnu razliku u njihovoj prevalenciji (Robins i Reiger, 1991; prema Barsky, 2001). Kada je riječ o samoprocjeni tjelesnih simptoma, spolne razlike ostaju statistički značajne čak i kada se kontrolira utjecaj anksioznosti. Istraživanja su pokazala kako žene obično navode veći broj tjelesnih simptoma od muškaraca, kako po kvantiteti, tako i po intenzitetu i po učestalosti. Navedena je razlika podjednako zastupljena u svim dobnim skupinama od adolescencije do stare dobi te je uočena ne samo u kliničkoj, već i zdravoj populaciji (Wijk i Kolk, 1997). Pretpostavlja se kako je, osim niza zdravstvenih, psiholoških te sociodemografskih faktora, jedan od mogućih uzroka tih razlika veća zastupljenost negativnog afekta kod žena (Lynn i Martin, 1997).

U ovom se istraživanju također ispitalo postoji li razlika između *sigurnog* i *nesigurnog* stila privrženosti u zastupljenosti tjelesnih simptoma. Rezultati upućuju kako nema statistički značajne razlike između sigurne i nesigurne privrženosti u zastupljenosti tjelesnih simptoma. Ovakvi su rezultati suprotni od prijašnjih istraživanja, u kojima je pronađena razlika između različitih stilova privrženosti u zastupljenosti tjelesnih simptoma. Primjerice, nekoliko istraživanja (Ciechanowski i sur., 2002; Wearden i sur., 2005) utvrđuju kako ispitanici sa *zaokupljenom* i *plašljivom* privrženošću navode veći broj tjelesnih simptoma od *sigurno* privrženih, dok za *odbijajuću* privrženost nije nađena nikakva razlika. Rezultati dobiveni u ovom istraživanju mogu biti posljedica nejednakog broja sudionika kod pojedinih tipova privrženosti u uzorku. Osim što je broj *sigurno* privrženih pojedinaca znatno veći u odnosu na *nesigurno* privržene, broj sudionika unutar kategorija nesigurne privrženosti također je nejednak. U uzorku je broj *odbijajuće* privrženih pojedinaca ($N = 25$) veći u odnosu na *zaokupljeno* privržene ($N = 10$). Na temelju podataka iz literature, određene su skupine sudionika, ovisno o njihovom stilu privrženosti, sklone ili pretjeranom naglašavaju (*zaokupljeno* privrženi) ili negiranju tjelesnih simptoma (*odbijajuće* i *plašljivo* privrženi), premda oni objektivno mogu biti prisutni. U slučaju ovog istraživanja vjerojatno su pojedinci s *odbijajućom* privrženošću smanjivali subjektivne procjene tjelesnih simptoma, što je za posljedicu moglo imati smanjenje rezultata na mjerama samoprocjene zastupljenosti tjelesnih simptoma, a time i statistički značajnih razlika među kategorijama privrženosti. Za detektiranje eventualnih razlika među kategorijama privrženosti bila bi potrebna istraživanja koja bi: 1) obuhvatila širu i brojniju populaciju te se 2) ne oslanjala isključivo na mjere

samoprocjene kao izvor dobivenih rezultata. Ipak, istraživanje je bilo anonimno, što može držati utjecaj pristranosti u odgovaranju pod kontrolom (Wearden i sur., 2005). Međutim, moguće je kako su odbijajuće privrženi sudionici doista imali manju zastupljenost tjelesnih simptoma. S obzirom da se takve osobe oslanjaju same na sebe smatrajući kako im druge osobe nisu potrebne, njihova mreža socijalnih kontakata znatno je smanjena, ako ne i nepostojeća, u odnosu na zaokupljeno privržene sudionike. Budući da međuljudski kontakti također predstavljaju svojevrsan izvor stresa, odbijajuće privrženi pojedinci izloženi su manjem utjecaju stresora, barem onih koji proizlaze iz međuljudskih odnosa. Na rezultate je također mogla utjecati činjenica da su uzorak činili isključivo pripadnici studentske populacije. Istraživanja koja su uključivala samo kliničku ili studentsku populaciju utvrdila su kako su *plašljivi* i *zaokupljeni* stilovi privrženosti bili povezani sa zastupljenošću tjelesnih simptoma (Ciechanowski i sur., 2002; Wearden i sur., 2005). Međutim, istraživanje Waldingera i suradnika (2006), koje je u uzorak uključilo odrasle parove iz opće populacije, utvrdilo je tu povezanost samo kod *plašljivog* stila privrženosti. Osim toga, za očekivati je kako bi se raznolikijom dobnom strukturom uzorka dobio drugačiji rezultat na skali tjelesnih simptoma. Naime, kao što je već spomenuto, adaptivni mehanizmi ljudskog organizma sa starenjem postaju sve osjetljiviji i neučinkovitiji uslijed kumulativnog učinka njihove stalne aktivacije. Isto tako, sudionici po dobnom rasponu pripadaju ranoj odrasloj dobi, zbog čega je veća vjerojatnost kako u dosadašnjem životu nisu upoznali osobu s kojom bi uspostavili privrženost značajnu u tolikoj mjeri da bi mogla utjecati na zdravstveno stanje njihova organizma.

Nedostaci istraživanja

Dobiveni rezultati trebaju se promatrati u kontekstu nedostataka provedenog istraživanja. Istraživanje je korelacijskog tipa, a ne eksperimentalnog, zbog čega nije moguće zaključivati o bilo kakvoj uzročno-posljedičnoj povezanosti među varijablama.

Uzorak je relativno malen te ga čini populacija mladih odraslih osoba studentske populacije, zbog čega se dobiveni rezultati ne mogu generalizirati na ostale dobne skupine.

Kao što je već spomenuto, u istraživanju je prisutan nejednak omjer osoba muškog i ženskog spola.

Osim po spolu, sudionici su neujednačeni i po pripadajućem stilu privrženosti, jer je od 185 sudionika samo njih 36 pripadalo kategoriji *nesigurnog* stila privrženosti.

Konačno, rezultati istraživanja temelje se na mjerama samoprocjene, zbog čega nije moguće objektivno utvrditi u kojoj su mjeri kod sudionika uopće prisutni tjelesni simptomi o kojima su izvještavali. Premda se pokazalo kako mjere subjektivne procjene tjelesnih simptoma koreliraju s objektivnim pokazateljima zdravstvenog stanja, one uvijek u određenoj mjeri predstavljaju odraz sudionikovog subjektivnog mišljenja (Watson i Pennebaker, 1989). Na osnovi gore spomenutog, očito je kako se valjanost rezultata subjektivnih pokazatelja zdravstvenog stanja treba nadopuniti objektivnim pokazateljima kao što su fiziološke (puls, krvni tlak, razina kortizola u krvi) i ponašajne reakcije (Dewitte i sur., 2010).

Zaključak

Ovim se istraživanjem provjerio izravan doprinos stila privrženosti u zastupljenosti tjelesnih simptoma i neizravan, putem anksioznosti kao crte ličnosti. Također, provjeravalo se postoji li razlika između različitih stilova privrženosti u zastupljenosti tjelesnih simptoma. Potvrđen je izravan doprinos različitih stilova privrženosti zastupljenosti tjelesnih simptoma. *Sigurna* privrženost pridonosi manjoj zastupljenosti tjelesnih simptoma, dok *nesigurna* privrženost pridonosi većoj zastupljenosti tjelesnih simptoma. Potvrđeno je kako stil privrženosti neizravno doprinosi zastupljenosti tjelesnih simptoma isključivo putem anksioznosti kao crte ličnosti. *Sigurna* privrženost putem manje anksioznosti pridonosi manjoj zastupljenosti tjelesnih simptoma, dok *nesigurna* privrženost putem veće anksioznosti pridonosi većoj zastupljenosti tjelesnih simptoma. Kod provjere postoji li razlika između osoba različitih stilova privrženosti u zastupljenosti tjelesnih simptoma nije pronađena statistički značajna razlika.

Rezultati ovog istraživanja jedni su u nizu onih koji potvrđuju međudjelovanje psihobioloških faktora i zdravlja. Osobe koje su nesigurno privržene i s izraženijom anksioznosti kao crtom ličnosti imat će više zdravstvenih tegoba od sigurno privrženih i manje anksioznih osoba.

Literatura

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. i Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Armitage, C. J. i Harris, P. R. (2005). The influence of adult attachment on symptom reporting: Testing a mediational model in a sample of the general population. *Psychology and Health, 21*, 351–366.
- Baron, R. M. i Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.
- Barsky, A. J., Peekna, H.M i Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine, 16*, 266-275.
- Bartholomew, K. i Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults. A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*, Vol.1. *Attachment*. Basic Books, New York.
- Bowlby, J. (1973) *Attachment and Loss*, Vol.2. *Attachment*. Basic Books, New York.
- Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W.J. i Russo, J.E. (2002) Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine, 64*, 660-667.
- Cohen, S. i Pressman, S.D. (2006). Positive affect and health. *Association for psychological science, 15*, 122-125.
- Dewitte, M., De Houwer, J., Goubert, L. i Buysse, A. (2010). A multi-modal approach to the study of attachment-related distress. *Biological Psychology, 85*, 149-162.
- Diamond, L.M. (2001). Contributions of psychophysiology to research on adult attachment: review and recommendations. *Personality and Social Psychology Review, 5*, 276-295.
- Dickerson, S.S. i Kemeny, M.E. (2004). Acute stressors and cortisol response: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin, 130*, 355-391.
- Endler, N.S, Edwards, J. i Vitelli, R. (1991). *Endler Multidimensional Anxiety Scales: Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Feeney, J. A. (2000). Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child: Care, Health and Development, 26*, 277-288.

- Feeney, J.A. i Ryan, S.M. (1994). Attachment style and affect regulation: Relationship with health behavior and family experiences of illness in a student sample. *Health psychology, 13*, 334-345.
- Fernandez, C. A. (2011). *Differences between state anxiety & trait anxiety*. <http://www.livestrong.com/article/98672-differences-between-state-anxiety-/>
- Hazan, C. i Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.
- Kamenov, Ž. i Jelić, M. (2003). Validacija instrumenta za mjerenje privrženosti u različitim vrstama bliskih odnosa: Modifikacija Brennanova Inventara iskustava u bliskim vezama. *Suvremena psihologija, 6*, 73-91.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Kotler, T., Buzwell, S., Romeo, Y. i Bowland, J. (1994). Avoidant attachment as a risk factor for health. *British Journal of Medical Psychology, 67*, 237-245.
- Leach, L. S., Christensen, H., Mackinnon, A. J., Windsor, T. D. i Butterworth, P. (2008). Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*, 983-988.
- Lewis, M., Feiring, C., McGuffog, C. i Jaskir, J. (1984). Predicting psychopathology in six year olds from early social relations. *Child Development, 55*, 123-136.
- Lupien, S.J., McEwen, B.S., Gunnar, M.R. i Heim, C. (2009). Effect of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature, 10*, 434-445.
- Lynn, R. i Martin, T. (1997). Gender differences in extroversion, neuroticism and psychoticism in 37 nations. *Journal of Social Psychology, 137*, 369-373.
- Maunder, R.G. i Hunter, J.J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine, 63*, 556-567.
- Meredith, P., Ownsworth, T. i Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review, 28*, 407-429.
- Michel, G. (2007). Daily patterns of symptom reporting in families with adolescent children. *British Journal of Health Psychology, 12*, 245-260.
- Mikail, S.F, Henderson, P.R. i Tasca, G.A. (1994). An interpersonally based model of chronic pain: an application of attachment theory. *Clinical Psychology Review, 14*, 1-16.
- Pennebaker, J.W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer-Verlag.
- Petz, B. (1992) *Psihologijski rječnik*. Zagreb, Prosvjeta.

- Rathus, S. A. (2001). *Temelji psihologije*. Jastrebarsko, Naklada Slap.
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B. i Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research*, *69*, 419–432.
- Sanchez, M.M., Ladd, C.O. i Plotsky, P.M. (2001). Early adverse experience as a developmental risk factor for later psychopathology: evidence from rodent and primate models. *Development and Psychopathology*, *13*, 419-449.
- Scharfe, E. i Eldredge, D. (2001). Associations between attachment representations and health behaviours in late adolescence. *Journal of Health Psychology*, *6*, 295-307.
- Taylor, R.E., Mann, A.H., White, N.J. i Goldberg, D.P. (2000). Attachment style in patients with medically unexplained physical complaints. *Psychological Medicine*, *30*, 931-941.
- Tremblay, I. i Sullivan, M.J.L. (2010). Attachment and pain outcomes in adolescents: The mediating role of pain catastrophizing and anxiety. *The Journal of Pain*, *11*, 160-171.
- Waldinger, R.J., Schulz, M.S., Barsky, A.J. i Ahern, D.K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult physical complaints. *Psychological Medicine*, *68*, 129-135.
- Watson, D. i Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, *96*, 465-490.
- Watson, D. i Pennebaker, J.W. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, *96*, 234-254.
- Wearden, A.J., Lambertson, N., Crook, N. i Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: An extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*, 279-288.
- West, M., Livesley, W.J., Reiffer, L i Shedlon, A. (1986). The place of attachment in the life events model of stress and illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, *31*, 202-207.
- Wijk, C.V.M. i Kolk, A.M. (1997). Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social Science Medicine*, *45*, 231-246.