

# Odnos psihosomatskih simptoma, afektivnosti i emocionalne regulacije

---

**Primorac, Nikolina**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2021**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Croatian Studies / Sveučilište u Zagrebu, Fakultet hrvatskih studija**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:111:679855>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-11-06**



*Repository / Repozitorij:*

[Repository of University of Zagreb, Centre for Croatian Studies](#)





SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA

Nikolina Primorac

**ODNOS PSIHOSOMATSKIH SIMPTOMA,  
AFEKTIVNOSTI I EMOCIONALNE  
REGULACIJE**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2021.





SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA  
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

NIKOLINA PRIMORAC

**ODNOS PSIHOSOMATSKIH SIMPTOMA,  
AFEKTIVNOSTI I EMOCIONALNE  
REGULACIJE**

DIPLOMSKI RAD

Mentor: doc. dr. sc. Jelena Maričić

Sumentor: Ana Petak, mag. psych.

Zagreb, 2021.

## **Sažetak**

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos psihosomatskih simptoma, afektivnosti i emocionalne regulacije na uzorku studenata u Republici Hrvatskoj. Uzorak ( $N = 312$ ) je činilo 14,1% studenata i 85,9% studentica, dobi od 18 do 32 godine ( $M = 21,95$ ,  $SD = 1,94$ ). Za mjerenje emocionalne regulacije korištena je Ljestvica poteškoća u emocionalnoj regulaciji (eng. *Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS*; Gratz i Roemer, 2004; prema Jakovina i sur., 2017). Afektivnost je mjerena pomoću Ljestvice pozitivnih i negativnih iskustava (eng. *Scale of Positive and Negative Experience – SPANE*; Diener i sur., 2009; adaptirale Komšo i Burić, 2016) dok je za mjerenje psihosomatskih simptoma korišten Upitnik psihosomatskih simptoma (Vulić–Prtorić, 2019). Istraživanje je provedeno *online* putem tijekom travnja 2021. slanjem poziva na sudjelovanje s poveznicom na istraživanje putem društvene mreže u grupe studentskih domova, studentske grupe, putem mailing lista studijskih usmjerenja i na pojedinačne adrese sa zamolbom za daljnjim prosljeđivanjem. Utvrđeni su podaci o zastupljenosti psihosomatskih simptoma, afektivnosti i emocionalne regulacije na uzorku studenata u Republici Hrvatskoj. Utvrđena je pozitivna povezanost psihosomatskih simptoma s poteškoćama u emocionalnoj regulaciji i negativnim afektom te negativna povezanost s pozitivnim afektom. Poteškoće u emocionalnoj regulaciji negativno su povezane s pozitivnim afektom, a pozitivno povezane s negativnim afektom. Negativan afekt i poteškoće u emocionalnoj regulaciji zajednički objašnjavaju 22,3% varijance ukupnog broja psihosomatskih simptoma, 22,4% varijance učestalosti psihosomatskih simptoma te 15,3% varijance ometanja psihosomatskim simptomima.

**Ključne riječi:** psihosomatski simptomi, afektivnost, emocionalna regulacija

## *The relationship between psychosomatic symptoms, affectivity and emotional regulation*

### **Abstract**

Goal of this research was to examine the relationship between psychosomatic symptoms, affectivity and emotional regulation among sample of students in the Republic of Croatia. Sample ( $N = 312$ ) consisted of 14,1% male students and 85,9% female students, age 18 - 32 ( $M = 21,95$ ,  $SD = 1,94$ ). Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS (Gratz & Roemer, 2004; translated by Jakovina et al., 2017) was used for measuring emotional regulation. Scale of Positive and Negative Experience – SPANE (Diener et al., 2009; adapted by Komšo & Burić, 2016) was used for measuring affectivity. The Psychosomatic Scale – PSS (Vulić-Prtorić, 2019) was used for measuring psychosomatic symptoms. Study was conducted online during April 2021. by sending invitation to participate in research via social platform of student dorm groups and student groups, via mailing lists of study programmes and on individual addresses with request to pass on. Results include representation of psychosomatic symptoms, affectivity and emotional regulation among students in Republic of Croatia. Psychosomatic symptoms were found to correlate positively with difficulties in emotion regulation and negative affect, negatively with positive affect. Difficulties in emotion regulation were in negative correlation with positive affect and in positive correlation with negative affect. Negative affect and difficulties in emotion regulation together explain 22,3% of the variance in number of psychosomatic symptoms, 22,4% of the variance in frequency of psychosomatic symptoms and 15,3% of the variance in bothering by psychosomatic symptoms.

**Keywords:** psychosomatic symptoms, affectivity, emotional regulation

## Sadržaj

<b>1. Uvod</b> .....	2
1.1. <i>Psihosomatski simptomi: definiranje, terminologija, etiologija i podjela</i> .....	2
1.2. <i>Afektivnost</i> .....	4
1.3. <i>Afektivnost i psihosomatski simptomi</i> .....	5
1.4. <i>Emocije, emocionalna regulacija, emocionalna disregulacija i važnost istraživanja istih</i> .....	7
1.5. <i>Emocionalna regulacija i psihosomatski simptomi</i> .....	9
1.6. <i>Emocionalna regulacija i afektivnost</i> .....	9
1.7. <i>Psihosomatski simptomi, afektivnost i emocionalna regulacija</i> .....	10
1.8. <i>Psihosomatski simptomi, afektivnost i emocionalna regulacija studenata</i> .....	12
<b>2. Cilj i problemi</b> .....	13
<b>3. Metoda</b> .....	14
3.1. <i>Sudionici</i> .....	14
3.2. <i>Instrumenti</i> .....	15
3.3. <i>Postupak</i> .....	17
<b>4. Rezultati</b> .....	18
4.1. <i>Zastupljenost psihosomatskih simptoma, afektivnosti i emocionalne regulacije studenta</i> .....	18
4.2. <i>Povezanost psihosomatskih simptoma, afektivnosti i emocionalne regulacije</i> .....	27
4.3. <i>Prediktivni doprinos afektivnosti i emocionalne regulacije u objašnjenju psihosomatskih simptoma</i> .....	30
<b>5. Rasprava</b> .....	31
<b>6. Zaključak</b> .....	41
<b>7. Literatura</b> .....	43
<b>8. Prilozi</b> .....	47

## 1. Uvod

### 1.1. Psihosomatski simptomi: definiranje, terminologija, etiologija i podjela

Psihosomatski simptomi se opisuju kao tjelesni simptomi u čijem nastanku utjecaj imaju emocionalni čimbenici (Vulić–Prtorić, 2019). Poveznicu između tjelesnih simptoma i emocionalnog funkcioniranja pojedinca ističe i Constantino (2018) tvrdeći da sama ideja o toj vezi nije nikako nova te dodaje kako su stereotipni primjeri takvih simptoma Freudove pacijentice oboljele od histerije u viktorijansko doba, odnosno žene koje su patile od niza simptoma za koje se smatralo da su izraz potisnutih ili neriješenih emocionalnih sjećanja. Afektivni procesi su i danas prepoznati kao ključni u nastanku i održavanju ovih simptoma (Constantino, 2018). Uzroci ovih simptoma i dalje ostaju nejasni, no istraživanja su pronašla određene rizične čimbenike za razvoj kroničnih i ozbiljnih somatskih simptoma, a neki od tih čimbenika su zanemarivanje u djetinjstvu, seksualno zlostavljanje, kaotičan stil života i povijest zlouporabe alkohola i droga (Kurlansik i Maffei, 2016). Vulić–Prtorić (2019) navodi da kada prisutnost tih simptoma postane toliko ometajuća u svakodnevnom funkcioniranju, isti nisu više sastavni dio razvoja već prelaze u razvoj mogućih oštećenja organa ili čak psihičkih poremećaja. Od različitih načina definiranja psihosomatskih simptoma u literaturi za okosnicu ovog rada odabrana je sljedeća definicija psihosomatskih simptoma: „Tjelesni simptomi sastavni su dio različitih psihičkih problema i poremećaja, osobito iz skupine anksioznih i depresivnih poremećaja, a dominantno su obilježje nekih duševnih poremećaja koji se mogu javiti već u ranoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji (poput poremećaja hranjenja, spavanja, eliminiranja, disanja i dr.)“ (Vulić–Prtorić, 2019; str. 8).

Neizbježno je ne zamijetiti kako se u literaturi pojavljuju različiti nazivi za ove simptome što ističu i Vulić–Prtorić (2019) i Constantino (2018) dajući primjere naziva koji se su se koristili ili se koriste poput medicinski neobjašnjivi tjelesni simptomi (MSU), funkcionalni somatski simptomi (FSS), somatoformni simptomi, histerija, somatizacija i tako dalje. Promjene u nazivu ukazuju na specifičnost ovog područja i kako je ovo područje već od ranije bilo predmet interesa istraživača, a novije spoznaje su mogle doprinijeti promjenama u službenim klasifikacijama stoga slijedi pregled nekih izmjena koje su se događale tijekom godina. U prvom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM, 1952, prema Vulić–Prtorić, 2019) predstavljen je naziv odnosno skupina *psihosomatskih poremećaja* gdje su se smještale primjerice alergijske reakcije, angina pectoris, dijabetes, migrena, urtikarija, tahikardija, neurodermatitis, bronhalna astma i tako dalje. Sljedeće izdanje DSM-a (DSM–II, 1968, prema Vulić–Prtorić, 2019) je svrstalo ove simptome u skupinu *psihofizioloških*



*autonomnih i visceralnih poremećaja*, a iduća izdanja (DSM–III, 1980; DSM–III-R, 1987; DSM–IV, 1994, sve prema Vulić–Prtorić, 2019) pak u *somatoformne poremećaje*. U DSM-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014) ovi simptomi se nalaze u kategoriji *poremećaja sa somatskim simptomima i srodni poremećaji* koja obuhvaća: poremećaje sa somatskim simptomima, anksiozni poremećaj zbog bolesti, konverzivni poremećaj (poremećaj s funkcionalnim neurološkim simptomima), psihološke faktore koji utječu na druga zdravstvena stanja, umišljeni poremećaj, drugi specificirani poremećaj sa somatskim simptomima i srodni poremećaj te nespecificirani poremećaj sa somatskim simptomima i srodni poremećaj. Dijagnostički kriteriji za *poremećaj sa somatskim simptomima* F45.1 su: A. Jedna ili više tjelesnih tegoba koje dovode do klinički značajne patnje ili koje kao posljedicu imaju značajno ometanje svakodnevnog života. B. Prekomjerne misli, osjećaji ili ponašanje vezano za tjelesne simptome ili s tim vezane misli koje se očituju u sljedećim karakteristikama: 1. nerazmjerne i stalne misli o ozbiljnosti vlastitih simptoma 2. stalna visoka razina anksioznosti zbog zdravlja ili simptoma 3. simptomima ili brizi o zdravlju posvećuje se previše vremena ili energije. C. Iako pojedini tjelesni simptomi ne moraju biti stalno prisutni, stanje da osoba ima simptome je dugotrajno (obično dulje od 6 mjeseci). Uz to potrebno je odrediti: a) radi li se o tjelesnim simptomima s dominirajućom boli; b) radi li se o perzistirajućim simptomima (koji traju dulje od 6 mjeseci) i c) sadašnju težinu simptoma: blaga (ispunjen je samo jedan od simptoma naveden u Kriteriju B), umjerena (dva ili više simptoma u kriteriju B su ispunjena), teška (dva ili više simptoma navedenih u Kriteriju B su ispunjena, a uz to se osoba žali na brojne tjelesne smetnje (ili jedan jako težak somatski simptom)) (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Potrebno je istaknuti kako se dijagnoza *poremećaja sa somatskim simptomima i srodnih poremećaja* zasniva, osim na prisutnosti tjelesnih simptoma, i na prisutnosti uznemirujućih misli, osjećaja i ponašanja koji su reakcija na simptome odnosno kliničkoj procjeni koja se temelji i na afektivnim, kognitivnim i bihevioralnim aspektima somatskih simptoma (Vulić–Prtorić, 2019). Dodatno, tjelesni simptomi mogu se doživljavati i kao sastavni dio odrastanja i sazrijevanja ili nekih zdravstvenih stanja kod djece i odraslih (Vulić–Prtorić, 2019). Autorica ističe kako su brojni tjelesni simptomi koji se javljaju za vrijeme puberteta povezani s ubrzanim rastom, hormonalnim promjenama i promjenama u životnim navikama. Stoga je prisutnost tih simptoma potrebno razlikovati od simptoma koji se vežu uz poremećaj sa somatskim simptomima i srodne poremećaje. DSM-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014) izdvaja kao diferencijalne dijagnoze za poremećaj sa somatskim simptomima: druga zdravstvena stanja, panični poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, depresivni poremećaj, anksiozni

poremećaj zbog bolesti, konverzivni poremećaj (poremećaj s funkcionalnim neurološkim simptomima), sumanutu poremećaj, tjelesni dizmorfnu poremećaj te opsesivno-kompulzivni poremećaj. No, ukoliko se dijagnosticira neki od poremećaja iz kategorije poremećaja sa somatskim simptomima i srodni poremećaji bitno je pružiti adekvatan tretman.

Epstein i suradnici (2006) navode da osobe traže liječničku pomoć kako bi se potvrdili njihovi simptomi, pronašao uzrok i pružila adekvatna terapiju za njihove simptome. Već je prikazano u početnom odlomku kako je kod psihosomatskih simptoma teško doći do uzroka kao i do terapije, no u aspektu potvrde simptoma liječnici bi trebali s maksimalnim razumijevanjem saslušati osobu. Epstein i suradnici (2006) navode primjedbu o već spomenutom nazivu: *medicinski neobjašnjivim tjelesnim simptomima*, odnosno dijelu naziva „neobjašnjivo“ koje se odnosi na nemogućnost razumijevanja simptoma, a ne na same simptome. Epstein i suradnici (2006) su istraživali komunikaciju liječnika i pacijenata te su utvrdili kako su zanimanje liječnika i potvrda simptoma bili rjeđe prisutni u osoba s medicinski neobjašnjivim tjelesnim simptomima u usporedbi s osobama koje su dolazile s jasnijim odnosno klasičnijim medicinskim simptomima. Što se tiče tretmana psihosomatskih simptoma, prema Kurlansik i Maffei (2016) pri liječenju poremećaja sa somatskim simptomima koriste se antidepresivi, antiepileptici, antipsihotici i prirodni proizvodi te su istraživanja podržala korištenje antidepresiva u ove svrhe, s druge strane za propisivanje antiepileptika i antipsihotika pronađena je mala potpora.

## *1.2. Afektivnost*

Prema Watson i Pennebaker (1989) istraživanja ukazuju na to kako je emocionalno iskustvo kontrolirano dvama širokim i velikim dijelom nezavisnim dimenzijama to jest negativnim afektom i pozitivnim afektom. Negativan afekt predstavlja općenitu dimenziju subjektivne nesretnosti te sukladno tome obuhvaća razna neugodna raspoloženja poput ljutnje, straha, tuge, krivnje, gađenja i prijezira, a pozitivan afekt predstavlja razinu energije, uzbuđenja i entuzijazma koje pojedinac doživljava (Watson i Pennebaker, 1989). Pozitivan afekt i negativan afekt uz zadovoljstvo životom čine tri odvojene sastavnice subjektivne dobrobiti (Andrews i Withey, 1976, prema Diener i sur., 1985). Pozitivan afekt i negativan afekt predstavljaju afektivni odnosno emocionalni dio, a zadovoljstvo životom kognitivno-prosudbeni dio subjektivne dobrobiti (Diener i sur., 1985). Afektivni dio subjektivne dobrobiti se prema Bradburn (2015) otkriva kroz određeni zbroj nedavnih proživljenih afektivnih stanja. Prema istom autoru pojedinci koji se nalaze visoko na ovoj sastavnici doživljavaju mnogo pozitivnih

osjećaja i iskustava s nekoliko negativnih osjećaja i iskustava dok pojedinci nisko na ovoj sastavnici zauzimaju suprotni obrazac osjećaja i iskustava. Prema autorovom shvaćanju emocionalna sastavnica je rezultanta pojedinčevog položaja na pozitivnom afektu i na negativnom afektu.

Negativni afekt je povezan s teškoćama u braku i prilagodbi na posao, interpersonalnim napetostima i emocionalnim izazovima, anksioznosti, depresijom i brigom te niti jedna od ovih varijabli nije povezana s pozitivnim afektom. Pozitivan afekt je pak povezan s nizom čimbenika koji se odnose na uključenost pojedinca u okolinu, socijalni kontakt i aktivni interes o svijetu. Povezan je sa stupanjem socijalne uključenosti što se odražava u organizacijskom članstvu, broju prijatelja i učestalosti interakcije s prijateljima i rodbinom te sa stupnjem društvenosti i druženja sa supružnikom/partnerom. Povezuje se i s izloženosti životnim situacijama koje uvode stupanj različitosti u životna iskustva. Nijedna od ovih varijabli nije se pokazala povezanom s negativnim afektom (Bradburn, 2015).

Prema Bradburn (2015) model subjektivne dobrobiti kao funkcije pozitivnog i negativnog afekta koji su međusobno nezavisni, a povezani s dobrobiti preko nezavisnog seta varijabli, pruža zanimljive implikacije za razumijevanje varijacija u subjektivnoj dobrobiti. Ako se sveukupni osjećaj dobrobiti promatra kao razlika između pozitivnog i negativnog afekta onda se učinak određene životne teškoće na osjećaj dobrobiti neće odmah pokazati. Ako ta životna teškoća djeluje na povećanje negativnog afekta, uz ravnotežu ostalog, očekivalo bi se smanjenje u dobrobiti, no u isto vrijeme može doći do događaja koji će povećati pozitivan afekt i na taj način nadoknaditi promjenu u negativnom afektu dovodeći ili do nikakve promjene u dobrobiti ili, ako je promjena u pozitivnom afektu bila dovoljno velika, čak do povećanja osjećaja dobrobiti.

### *1.3. Afektivnost i psihosomatski simptomi*

Watson i Pennebaker (1989) ispitivali su povezanost mjera pozitivnog i negativnog afekta s mjerama tjelesnih simptoma, pri čemu negativan afekt korelira s mjerama prijavljivanja simptoma s koeficijentima korelacije od 0,30 do 0,50, dok pozitivan afekt najvećim dijelom ne korelira s ostalim mjerama. Utvrđena je i stabilnost visine ovih korelacija u vremenu jer su takvi podaci utvrđeni i u uzorku u kojem je postojao tromjesečni interval između ispunjavanja mjera. Vrijednosti korelacije stabilne su i u istom uzorku odnosno za korelaciju negativnog afekta s različitim mjerama tjelesnih simptoma utvrđene su korelacije od 0,40 do 0,42. Korelirajući pojedinačne čestice upitnika tjelesnih simptoma s mjerom negativnog afekta ponovno su

utvrđene značajne korelacije, što autore navodi na zaključak kako negativni afekt korelira s nizom različitih simptoma uključujući hladne ruke ili stopala, zubobolju, začepljenje sinusa, bolove u leđima i prsima, glavobolje, mučnine i tako dalje. Zaključuju kako su tjelesni simptomi snažno povezani i sa stanjem i s osobinom negativnog afekta, ali nepovezani s pozitivnim afektom.

Watson i Pennebaker (1989) pružaju tri moguća objašnjenja prethodno prikazane povezanosti negativnog afekta i tjelesnih simptoma (vidi i Costa i McCrae, 1985a, prema Watson i Pennebaker, 1989). Prvo objašnjenje je varijanta *psihosomatske hipoteze* (Watson i Pennebaker, 1989) po kojoj visoki negativni afekt (s popratnim povišenim razinama anksioznosti, napetosti, ljutnje i depresije) može dovesti do razvoja bolesti. Provjeravanjem putem ispitivanja povezanosti negativnog afekta i srčane bolesti utvrđena je povezanost negativnog afekta sa subjektivnim simptomima poput bolova u prsima i angine pektoris, dok se za objektivne pokazatelje bolesti i negativnog afekta pokazalo kako ne postoji povezanost. Budući da prikazani podaci ne daju potporu *Modelu psihosomatske hipoteze*, Watson i Pennebaker (1989) ne smatraju ga adekvatnim za objašnjavanje povezanosti negativnog afekta i somatskih simptoma.

Drugo objašnjenje predstavlja *hipoteza nesposobnosti* (Watson i Pennebaker, 1989) koja zagovara da zdravstveni problemi dovode do razvoja visokog negativnog afekta. Budući da nedostaju dokazi za takvo predviđanje u uzorcima „normalnih odraslih“ i studenata kao i kod osoba koje su medicinski pacijenti, ni to objašnjenje ne može se smatrati adekvatnim. Treće objašnjenje odnosno *hipoteza percepcije simptoma* (Watson i Pennebaker, 1989) uključuje razlikovanje pojedinaca s obzirom na percepciju tjelesnih osjeta, odgovora i/ili žaljenje na iste. Nalaz povezanosti negativnog afekta sa subjektivnim tjelesnim tegobama, a ne s objektivnim zdravstvenim stanjem dovodi do zaključka kako podaci djelomično daju podršku verziji modela koji pretpostavlja kako će pojedinci visoko na negativnom afektu vjerojatnije percipirati, pretjerano reagirati i/ili se žaliti na manje tjelesne osjete (Watson i Pennebaker, 1989).

Nakon što je prikazano postojanje povezanosti negativnog afekta i psihosomatskih simptoma ostaje otvoreno pitanje može li doći do pojave psihosomatskih simptoma bez negativnog afekta? U istraživanju Bogaerts i suradnika (2015) su za potrebe istraživanja sudionice razvrstane u grupe s obzirom na rezultate negativnog afekta i svakodnevnog prijavljivanja simptoma. Grupe su zamišljene da odražavaju ekstremne rezultate odnosno niski naspram visoki negativni afekt te nisko naspram visoko svakodnevno prijavljivanje simptoma.

Smještanjem sudionica u grupe dobivene su sljedeće tri grupe: prva sa sudionicama nisko na negativnom afektu i nisko na svakodnevnom prijavljivanju simptoma, druga sa sudionicama s visokim negativnim afektom i niskim svakodnevnom prijavljivanjem simptoma te treća sa sudionicama koje su bile visoko na negativnom afektu i visoko na svakodnevnom prijavljivanju simptoma. Za primijetiti je kako se nije pojavila grupa nisko na negativnom afektu i visoko na svakodnevnom prijavljivanju simptoma. Autori dodaju da su potrebna buduća istraživanja provedena na reprezentativnom uzorku kako bi ova pojava služila kao pokazatelj da je negativan afekt potreban, no ne i dovoljan uvjet koji bi doveo do razvoja medicinski neobjašnjivih tjelesnih simptoma.

Imajući na umu prethodno iznesen nalaz koji ukazuje kako je negativan afekt dio medicinski neobjašnjivih tjelesnih simptoma zanimljivo je promotriti njegov odnos s povećanjem broja simptoma kao i s dosljednosti simptoma. Popratna studija s vremenskom razlikom od šest mjeseci De Gucht i suradnici (2004b) je ispitala doprinos negativnog i pozitivnog afekta povećanju naspram smanjenju broja medicinski neobjašnjivih tjelesnih simptoma te prisutnosti dosljedno visokog broja medicinski neobjašnjivih tjelesnih simptoma. Promjenu negativnog afekta činile su promjene u anksioznosti, depresiji i negativnom afektu. Utvrđeno je da za sudionike s višim negativnim afektom u drugom mjerenju u odnosu na prvo to znači predviđanje povećanja broja simptoma i do 78%, a za sudionike s nižim pozitivnim afektom u drugom u odnosu na prvo mjerenje predviđanje povećanja broja simptoma za 41%. Provedenim dvjema analizama glavnih komponenti za dimenzije anksioznosti, depresije, negativnog afekta i pozitivnog afekta prvog mjerenja te istih dimenzija u drugom mjerenju utvrđena su dva faktora u obje analize, faktor negativnog afekta (činile su anksioznost, depresija i negativan afekt) te faktor pozitivnog afekta. Za predviđanje dosljedno visokog broja medicinski neobjašnjivih tjelesnih simptoma je utvrđeno kako su oni sudionici koji prijavljuju dosljedno viši negativni afekt u većoj mogućnosti da pate i od dosljedno većeg broja medicinski neobjašnjivih tjelesnih simptoma. Pozitivan afekt nema utjecaja na pojavu dosljedno visokog broja medicinski neobjašnjivih tjelesnih simptoma.

#### *1.4. Emocije, emocionalna regulacija, emocionalna disregulacija i važnost istraživanja istih*

Gross (2015) ističe postojanje mnoštva primjera emocija koje nisu nužno u svim situacijama adaptivne, poput ljutnje koja potiče na samoozljeđivanje ili ozljeđivanje voljenih, anksioznosti koja otežava socijalni i poslovni život, no oni dijele jednu zajedničku točku, a to je poticanje na razmatranje emocionalne regulacije. Gratz i Roemer (2004), čije shvaćanje emocionalne

regulacije čini okosnicu ovog rada predlažu konceptualizaciju emocionalne regulacije kao procesa koji uključuje oblikovanje emocionalne pobuđenosti, svjesnost, razumijevanje i prihvaćanje emocija te sposobnost ponašanja na željeni način bez obzira na emocionalno stanje. Sukladno tome izdvajaju dimenzije emocionalne regulacije: (a) svijest i razumijevanje emocija, (b) prihvaćanje emocija, (c) sposobnost kontroliranja impulzivnih ponašanja i ponašanje u skladu s željenim ciljevima prilikom proživljavanja negativnih emocija i (d) sposobnost fleksibilnog korištenja situacijski primjerenih strategija emocionalne regulacije za moduliranje željenih emocionalnih odgovora kako bi se postigli pojedinačni ciljevi i situacijski zahtjevi. Relativna odsutnost bilo koje ili svih sposobnosti emocionalne regulacije ukazuje na prisutnost poteškoća u emocionalnoj regulaciji ili emocionalnu disregulaciju prema istim autorima. U skladu s ovom konceptualizacijom emocionalne regulacije, autori su očekivali višefaktorsko rješenje Ljestvice poteškoća u emocionalnoj regulaciji te je rezultatima eksploratorne faktorske analize utvrđeno kako te četiri dimenzije na kojem su zasnovali svoj upitnik vjernije predstavlja šest dimenzija. To su neprihvatanje emocionalne reakcije, poteškoće u usmjeravanju ka cilju, poteškoće kontrole impulsa, ograničen pristup strategijama regulacije emocija, nedostatak emocionalne jasnoće i nedostatak emocionalne svjesnosti. Osim različitih dimenzija ljestvice prikladno je koristiti i ukupan rezultat koji u nekim radovima (npr. Hallion i sur., 2018) pokazuje naznake da čestice ljestvice naginju istom generalnom konstruktu. Dodatno, emocionalna regulacija se razmatra i kao moguća ujedinjavajuća funkcija različitih prikaza simptoma i neprilagođenih ponašanja (Gross i Muñoz, 1995, prema Gratz i Roemer, 2004). Hallion i suradnici (2018) ukazuju na postojeću literaturu o značajnoj pozitivnoj povezanosti rezultata na Ljestvici poteškoća u emocionalnoj regulaciji i simptoma iz niza psiholoških poremećaja, što je, kako navode, u skladu s teoretskim modelima koji ističu emocionalnu disregulaciju kao transdijagnostički rizični čimbenik za emocionalne poremećaje (Gross i Muñoz, 1995, prema Hallion i sur., 2018).

Istražujući što leži u podlozi ljudske patnje, stječe se uvid u kolikoj mjeri emocije mogu predvoditi djelovanje koje uzrokuje patnju nas samih i onih oko nas, a ono što taj uvid produbljuje je i činjenica da se emocije pojavljuju u situacijama izazova ili prilika, što dovodi do shvaćanja koliko je važna pravilna regulacija istih (Gross, 1999). Izazovne situacije u kojima je posebno važna primjerena emocionalna regulacija kako bi se postigli najbolji ishodi su bitan razlog zašto se emocionalna regulacija i znanstveno proučava. Averill (1982, prema Gross, 1999) ističe kako su istraživanja usko usmjerena na područje emocionalne regulacije relativno nova, no sam interes za područje nije. Taj interes je pronašao svoje mjesto u dvama područjima

koja su svojim doprinosima omogućila suvremena istraživanja emocionalne regulacije, a ta dva područja su psihoanalitička tradicija i tradicija stresa i suočavanja (Gross, 1999). Od srednjih 1990-tih, kada je godišnje samo mali broj radova na ovu temu bio objavljen, primjetan je porast u broju objavljenih radova do 2013. godine (Gross, 2015). Isto tako, suvremena istraživanja se bave i emocionalnom disregulacijom, za što Thompson (2019) ističe tri razloga. Prvi se odnosi na poimanje emocionalne disregulacije kao definirajućeg obilježja većine slučajeva psihopatologije, drugi razlog je što proučavanje ove teme zahtijeva višerazinski pristup te posljednji razlog što se proučavajući ovu temu proširuje i upotpunjuje znanje o emocionalnoj regulaciji.

### *1.5. Emocionalna regulacija i psihosomatski simptomi*

U proučavanju literature neizbježno je primijetiti kako se mnoga istraživanja bave odnosom psihosomatskih simptoma i aleksitimije. Prema Saxena i suradnici (2011), kod aleksitimije i poteškoća u emocionalnoj regulaciji postoji određeno konceptualno preklapanje, no ističu kako su to ipak odvojeni konstrukti te su kao takvi i proučavani u istraživanju kojim je ispitivan njihov odnos sa psihičkim zdravljem i subjektivnom dobrobiti kod pojedinca. Subjektivna dobrobit mjerena je pomoću zadovoljstva životom te pozitivnog i negativnog afekta, a somatske tegobe su bile jedna od četiri dimenzije psihičkog zdravlja. Utvrđeno je kako poteškoće u emocionalnoj regulaciji kao i njezinih pet dimenzija (neprihvatanje emocionalne reakcije, poteškoće u usmjeravanju ka cilju pri stanju emocionalne pobuđenosti, poteškoće kontrole impulsa prilikom doživljavanja negativnih emocija, ograničen pristup strategijama regulacije emocija, nedostatak emocionalne jasnoće) uz izuzetak jedne dimenzije (nedostatak emocionalne svjesnosti) koreliraju značajno pozitivno sa somatskim tegobama. No, za predviđanje značajnosti pojedinih dimenzija poteškoća u emocionalnoj regulaciji u predviđanju teškoća psihičkog zdravlja, provedena je stupnjevita multipla regresijska analiza i utvrđeno je kako je dimenzija nedostatak emocionalne jasnoće najbolji prediktor somatskih tegoba. U istraživanju Mazaheri (2015) utvrđeno je da jedino nedostatak emocionalne svjesnosti i nedostatak emocionalne jasnoće nisu bili povezani s ozbiljnosti somatskih simptoma. U istom istraživanju provedena je i stupnjevita multipla regresijska analiza kojom su kao značajni neovisni prediktori somatskih simptoma utvrđene poteškoće u usmjeravanju ka cilju pri stanju emocionalne pobuđenosti i poteškoće kontrole impulsa prilikom doživljavanja negativnih emocija.

### *1.6. Emocionalna regulacija i afektivnost*

Cilj istraživanja Kara i Gök (2020) bio je utvrditi medijatorsku ulogu strategija emocionalne regulacije, mjerenu pomoću Upitnika emocionalne regulacije (Gross i John, 2003; prema Kara i Gök, 2020) koji se sastoji od dvije dimenzije: kognitivne procjene i ekspresivne supresije, u odnosu između pozitivnog afekta i negativnog afekta uslijed COVID-19 pandemije. U novim uvjetima nužne spremnosti za nepoznato, autori vide izazov za pojedinca u nošenju i fizički i psihički s nepoznatom situacijom te neizbježnost emocionalnog reagiranja. Rezultati njihove studije pokazuju kako negativan afekt značajno negativno predviđa strategije emocionalne regulacije, a autori tu pojavu objašnjavaju stavljajući negativna emocionalna iskustva u ulogu prepreke ka učinkovitom korištenju strategija emocionalne regulacije, što pak objašnjavaju mogućim poteškoćama pojedinaca u prihvaćanju negativnih emocija. Nadalje, strategije emocionalne regulacije su značajno pozitivno predviđale pozitivan afekt, za što autori pružaju objašnjenje iz koncepta emocionalne regulacije kao procesa preoblikovanja negativnih emocionalnih iskustava u oblik koji je suprotan tome. Nalaz kako su strategije emocionalne regulacije cjeloviti medijator u odnosu negativnog afekta i pozitivnog afekta objašnjavaju na način da je emocionalna regulacija proces u kojem se pozitivne i negativne emocije mogu smanjivati ili povećavati, a strategije emocionalne regulacije su tu da pretvore negativne emocije u pozitivne emocije. Zaključno, bitno je istaknuti kako se održavanje ravnoteže između negativnih i pozitivnih emocija može postići uz pomoć učinkovitih strategija emocionalne regulacije (Kara i Gök, 2020).

U studiji Saxena i suradnika (2011) su poteškoće u emocionalnoj regulaciji i njezinih šest dimenzija korelirale značajno negativno s pozitivnim afektom, dok je za negativan afekt utvrđena značajna pozitivna korelacija s poteškoćama u emocionalnoj regulaciji i njezinih pet dimenzija uz izuzetak dimenzije nedostatak emocionalne svjesnosti. Prema rezultatima stupnjevite multiple regresijske analize u predviđanju pozitivnog afekta, kao značajni prediktori utvrđene su dimenzije nedostatka emocionalne jasnoće, poteškoće u usmjeravanju ka cilju pri stanju emocionalne pobuđenosti te nedostatak emocionalne svjesnosti. Za previđanje negativnog afekta najboljim se prediktorom pokazao ograničen pristup strategijama regulacije emocija.

### *1.7. Psihosomatski simptomi, afektivnost i emocionalna regulacija*

Slijedi prikaz spoznaja o odnosu psihosomatskih simptoma, afektivnosti i emocionalne regulacije. Hrvatska, ali i svjetska literatura na ovu temu je vrlo oskudna pogotovo u istraživanju odnosa sva tri konstrukta, no Constantinou (2018) u svom radu iznosi određene



teorijske pretpostavke o tom odnosu. Constantinou (2018) iznosi hipotezu o tome kako negativan afekt izaziva aktivaciju shema sukladnih raspoloženju te navodi mehanizam predložen od Saloveya i suradnika (1991) u podlozi utjecaja afekta na percepciju simptoma - priziv sukladan raspoloženju, koji predstavlja automatsku aktivaciju onih sjećanja koja su afektivno sukladna pojedinčevom trenutnom afektivnom stanju. Nadalje, bitno je istaknuti pretpostavku kako će negativna afektivna stanja vjerojatnije potaknuti sjećanje simptoma zbog toga što su sukladne negativne afektivne vrijednosti. Ista autorica ističe i kako ova hipoteza sukladnosti raspoloženja nije još istražena u području percepcije simptoma, no ističe *Mrežnu teoriju afekta* Gordona H. Bowera (1981) koja se bavi opisom učinaka sukladnosti raspoloženju. Ta teorija predlaže da su emocionalne kategorije predstavljene u mozgu unutar mreže čvorova (Bower, 1981, 1991, sve prema Constantinou, 2018). Proces aktivacije čvorova započinje afektivno okruženje ili podražaj čime se aktiviraju samo odgovarajući emocionalni čvorovi (primjerice čvor straha), dok se istovremeno inhibira aktivacija nepovezanih čvorova (primjerice čvora sreće). Nakon toga aktivacija se dalje širi do drugih povezanih čvorova (Bower, 1981, prema Constantinou, 2018) koji mogu predstavljati primjerice fiziološke reakcije, facijalne izraze i sjećanja prethodnih iskustava koja su bila vezana za tu emociju. Nadalje, ljudi visoko na osobini negativne afektivnosti, odnosno pojedinci koji su često skloni proživljavanju negativnih emocija, vjerojatno imaju razrađeniju i bogatiju mrežu za negativne emocije u smislu da imaju više međusobnih poveznica i jačih veza, što može dovesti do toga da kada su u stanju negativnog afekta mogu lakše aktivirati raspoloženju sukladnu semantičku mrežu u pamćenju u odnosu na pojedince nisko na osobini negativnog afekta (Rusting, 1998, prema Constantinou, 2018). Sukladno *Mrežnoj teoriji afekta*, procesi emocionalne regulacije mogu dovesti do strukturalnih razlika u afektivnim mrežama u pamćenju, budući da emocionalna regulacija uključuje trud pojedinca u održavanju pozitivnog afekta kroz razmišljanje o pozitivnim događajima i asocijacijama te smanjivanje negativnog afekta usmjeravajući se dalje od onih negativnih (Isen, 1985, prema Constantinou, 2018). Sukladno tome, ako pojedinac redovito, i još važnije, učinkovito koristi emocionalnu regulaciju, kroz vrijeme bi se trebale ograničiti mreže negativnih emocija i proširiti one pozitivnih (Isen, 1985, Rusting i DeHart, 2000, prema Constantinou, 2018). Constantinou (2018) izvještava o rezultatima dvije studije koje je provela sa suradnicima (Constantinou i sur., 2014 i Constantinou i sur., 2015, sve prema Constantinou, 2018) koji pokazuju kako su pojedinci s medicinski neobjašnjivim tjelesnim simptomima bili skloniji utjecaju afektivnih znakova, što se očitovalo u većoj prijavi simptoma, no nakon primjene emocionalne regulacije afektivni utjecaji su se smanjili. Iako su učinci korištenja emocionalne regulacije manje snažni za uzorak

pacijenata i ograničeni na opće simptome vezane za pobuđenost, rezultati se mogu promatrati kao rani eksperimentalni dokazi koji govore u prilog mogućoj korisnosti emocionalne regulacije u smanjivanju pristranosti učinka negativnog afekta na medicinski neobjašnjive tjelesne simptome (Constantinou, 2018). Za kraj slijedi prikaz procesa percepcije simptoma za koji Constantinou (2018) napominje da se ne treba pretpostaviti kako se različiti procesi zbivaju nužno jedan za drugim. Fiziološka promjena ili neki drugi znak koji predstavlja nadolazeći podražaj može privući pažnju na tijelo i tjelesne osjete. Negativan afekt u ovoj fazi se može očitovati kao doprinos povećanju pažnje na tijelo (Watson i Pennebaker, 1989, prema Constantinou, 2018). Iduća sastavnica procesa je aktivacija sheme simptoma. Negativan afekt se ovdje pak može očitovati kao doprinos aktivaciji i izboru shema simptoma, budući da su negativan afekt i simptomi afektivno sukladni, negoli drugim mogućim interpretacijama nadolazećeg podražaja. Budući da se aktivirala shema simptoma, signali se interpretiraju kao simptomi i proces se završava prijavom istih. Uz već naveden utjecaj negativnog afekta, on se može pojačati ukoliko osoba ima slabije vještine emocionalne regulacije, dok se veće oslanjanje na shematske informacije i jači utjecaj sukladnosti raspoloženju očekuju kod pojedinaca s proširenim mrežama negativnog afekta u pamćenju (primjerice osobe visoko na osobini negativnog afekta) kao i kod pojedinaca s proširenim shemama simptoma (primjerice osobe koje često doživljavaju medicinski neobjašnjive tjelesne simptome) (Constantinou, 2018).

#### *1.8. Psihosomatski simptomi, afektivnost i emocionalna regulacija studenata*

Payne (2021) ističe kako je sastavni dio prijelaza u visoko školstvo za studente sama prilagodba na nove uvjete bilo u pogledu prijelaza iz adolescencije u odraslu dob, iz ovisnosti u neovisnost, promjenama u načinu života kao i povećanim zahtjevima učenja. Za one studente koji su skloniji teškoćama psihičkog zdravlja, te promjene mogu predstavljati veći izazov negoli ostalim studentima, a područje medicinski neobjašnjivih tjelesnih simptoma smatra se neizostavnim za rad u svrhu poboljšanja njihovog psihičkog zdravlja (Payne, 2021). Jedno hrvatsko istraživanje (Martinović, 2018) sa studentima Sveučilišta u Zagrebu došlo je do rezultata kako studenti od psihosomatskih tegoba najviše pate od bolova u leđima, vrtoglavica i umora. Slični rezultati utvrđeni su i u istraživanju Pikó i suradnici (1997) sa mađarskim studentima, gdje su najčešći simptomi među studentima bili bol u leđima (60,7%), problemi sa spavanjem (59,9%) i kronični umor (54,1%), a među studenticama najčešći simptom bio je kronični umor (71,5%), zatim bol u leđima i tenzijska glavobolja te problemi sa spavanjem.

Teixeira i suradnici (2021) navode kako su studenti budući da doživljavaju poteškoće u emocionalnoj regulaciji pri odgovoru na stresne situacije skloniji iskusiti manje pozitivnog i više negativnog afekta te više psihosomatskih reakcija. U istraživanju King i suradnici (2015) ispitan je odnos pozitivnog i negativnog afekta sa školskim odnosno akademskim uspjehom operacionaliziranim pomoću uključenosti te nezadovoljstva. Energičnost, entuzijizam i fokusiranost su karakteristike uključenog studenta, a dodatno one čine najpogodnije uvjete za povećanje znanja. S druge strane, nezadovoljni studenti su skloniji odustati od školovanja, imati lošije ocjene te su u riziku susresti se i s drugim problemima vezanim za obrazovanje (King i sur., 2015). Provedene su ukupno tri studije (više informacija u King i sur., 2015), prva studija presječnog nacrta sa studentima, druga longitudinalna studija sa srednjoškolcima i treća eksperimentalna studija sa studentima. Na presječnoj i longitudinalnoj razini utvrđeno je da su srednjoškolci/studenti visoko na pozitivnom afektu skloniji većoj uključenosti u obrazovanje, a oni visoko na negativnom afektu nezadovoljstvu. Na eksperimentalnoj razini utvrđeno je kako su oni studenti u pozitivnom afektivnom stanju bili skloniji imati više razine uključenosti i niže razine nezadovoljstva, dok su oni u negativnom afektivnom stanju bili skloniji imati niže razine uključenosti i povećano nezadovoljstvo.

Uz istraživanja koja se bave odnosom psihosomatskih simptoma i emocionalne regulacije, psihosomatskih simptoma i afektivnosti te emocionalne regulacije i afektivnosti, prikazana u uvodu ovog rada, prema znanju autora nema velikog broja istraživanja koje se bave odnosom sva tri konstrukta. Istraživanjem odnosa psihosomatskih simptoma, afektivnosti i emocionalne regulacije, ovaj rad može doprinijeti povećanju teorijskog znanja. Uz to, ovim istraživanjem planira se ostvariti uvid o psihosomatskim simptomima, afektivnosti i emocionalnoj regulaciji među studentima u Republici Hrvatskoj.

## **2. Cilj i problemi**

### *Cilj*

Cilj ovog rada je istražiti odnos psihosomatskih simptoma, afektivnosti i emocionalne regulacije na uzorku studenata Republike Hrvatske.

### *Problemi i hipoteze*

1. Utvrditi zastupljenost psihosomatskih simptoma, afektivnosti i poteškoća u emocionalnoj regulaciji na uzorku studenata u Republici Hrvatskoj.

2. Ispitati povezanost psihosomatskih simptoma, afektivnosti i emocionalne regulacije na uzorku studenata Republike Hrvatske.

H2.1. Temeljem prijašnjih istraživanja (Saxena i sur., 2011) pretpostavlja se pozitivna povezanost psihosomatskih simptoma i poteškoća u emocionalnoj regulaciji, negativna povezanost poteškoća u emocionalnoj regulaciji i pozitivne afektivnosti te pozitivna povezanost poteškoća u emocionalnoj regulaciji i negativne afektivnosti. Sukladno nalazima Watson i Pennebaker (1989) očekuje se pozitivna povezanost psihosomatskih simptoma i negativne afektivnosti te izostanak povezanosti psihosomatskih simptoma i pozitivne afektivnosti.

3. Predvidjeti ukupan broj i učestalost psihosomatskih simptoma te ometanje psihosomatskim simptomima na temelju afektivnosti te na temelju emocionalne regulacije na uzorku studenata Republike Hrvatske.

H3.1. Prema istraživanju De Gucht i suradnika (2004b) pretpostavlja se da negativna afektivnost predviđa veću zastupljenost psihosomatskih simptoma.

H3.2. Temeljem prethodnih nalaza (Mazaheri, 2015 i Saxena i sur., 2011) pretpostavlja se da poteškoće u emocionalnoj regulaciji predviđaju veću zastupljenost psihosomatskih simptoma.

## **3. Metoda**

### *3.1. Sudionici*

Sudionici ovog istraživanja su polaznici studija u Republici Hrvatskoj, njih 312 od čega 44 (14,1%) muškog spola i 268 (85,9%) ženskog spola u rasponu godina od 18 do 32 ( $M = 21,95$ ,  $SD = 1,94$ ), najviše sa studija iz područja društvenih znanosti  $N = 120$  (38,5%), zatim slijede redom područja tehničkih znanosti  $N = 73$  (23,4%), humanističkih znanosti  $N = 46$  (14,7%), biomedicine i zdravstva  $N = 31$  (9,9%), prirodnih znanosti  $N = 23$  (7,4%), biotehničkih znanosti  $N = 11$  (3,5%), interdisciplinarna područja znanosti  $N = 5$  (1,6%) te umjetničko područje  $N = 3$  (1%).

### 3.2. Instrumenti

Primijenjena su tri upitnika: Ljestvica poteškoća u emocionalnoj regulaciji (eng. *Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS*; Gratz i Roemer, 2004; prema Jakovina i sur., 2017), Ljestvica pozitivnih i negativnih iskustava (eng. *Scale of Positive and Negative Experience – SPANE*; Diener i sur., 2009; adaptirale Komšo i Burić, 2016) te Upitnik psihosomatskih simptoma (Vulić–Prtorić, 2019).

Ljestvica poteškoća u emocionalnoj regulaciji (eng. *Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS*; Gratz i Roemer, 2004; prema Jakovina i sur., 2017) procjenjuje poteškoće u emocionalnoj regulaciji i sastoji se od 36 čestica. Te čestice čine šest podljestvica: *neprihvatanje* (neprihvatanje emocionalne reakcije), *ciljevi* (poteškoće u usmjeravanju ka cilju pri stanju emocionalne pobuđenosti), *impulsi* (poteškoće kontrole impulsa prilikom doživljavanja negativnih emocija), *strategije* (ograničen pristup strategijama regulacije emocija), *jasnoća* (nedostatak emocionalne jasnoće) i *svjesnost* (nedostatak emocionalne svjesnosti) (Jakovina, 2017). Sudionik pruža odgovore na ljestvici od 5 stupnjeva pri čemu je 1 = gotovo nikada (0-10%), 2 = ponekad (11-35%), 3 = oko polovice vremena (36-65%), 4 = često ili većinom (66-90%), 5 = gotovo uvijek (91-100%). Moguće je uz formiranje ukupnog rezultata i formiranje rezultata na pojedinačnim podljestvicama, pri čemu veći rezultati ukazuju na veće poteškoće u emocionalnoj regulaciji. Ljestvica poteškoća u emocionalnoj regulaciji pokazuje visoku pouzdanost (Cronbach  $\alpha=0,93$ ) i dobru test–retest pouzdanost u periodu od 4 do 8 tjedana = 0,88 te adekvatnu konstruktivnu valjanost (Gratz i Roemer, 2004). Cronbach  $\alpha$  u Gratz i Roemer (2004) iznosi = 0,85 za podljestvicu *neprihvatanje*, 0,89 za podljestvicu *ciljeva*, 0,86 za podljestvicu *impulsi*, 0,80 za podljestvicu *svjesnost*, 0,88 za podljestvicu *strategije*, 0,84 za podljestvicu *jasnoća*. U ovom istraživanju utvrđena je visoka pouzdanost Ljestvice poteškoća u emocionalnoj regulaciji (Cronbach  $\alpha=0,95$ ). Cronbach  $\alpha$  iznosi = 0,91 za podljestvicu *neprihvatanje*, 0,86 za podljestvicu *ciljevi*, 0,84 za podljestvicu *impulsi*, 0,78 za podljestvicu *svjesnost*, 0,90 za podljestvicu *strategije* i 0,88 za podljestvicu *jasnoća*.

Upitnik psihosomatskih simptoma (Vulić–Prtorić, 2019) namijenjen je prikupljanju podataka i procjeni tjelesnih simptoma uz pomoć liste s 35 tjelesnih simptoma koji pripadaju u sedam organskih sustava (pseudoneurološki, kardiovaskularni, muskulatorni, respiratorni, gastrointestinalni, dermatološki i bol/osjećaj slabosti) i dopunskih pitanja koja se bave drugim relevantnim pokazateljima zdravstvenog statusa i doživljavanjem bolnih simptoma. Među ostalim može pružiti informacije o prisutnosti simptoma, njihovoj učestalosti, kao i razini

ometanja od istih u svakodnevnom životu pojedinca. Svaki od 35 simptoma procjenjuje se na dvije ljestvice i ukupni rezultati na tim dvjema ljestvicama dobiju se zbrajanjem odgovora za sve simptome. Ljestvica učestalosti ima 4 stupnja (1= nikada, 2 = nekoliko puta mjesečno, 3 = nekoliko puta tjedno i 4 = gotovo svaki dan) na kojoj sudionik odgovara na pitanje „Koliko si to često doživio u posljednja 3 mjeseca?“ i ljestvica ometanja koja ima 3 stupnja (1 = nimalo, 2 = osrednje, 3 = jako) gdje sudionik odgovara na pitanje „Koliko te to ometa u svakodnevnim aktivnostima?“. Dodatno, moguće je formirati i rezultat koji služi kao pokazatelj ukupnog broja simptoma koje je osoba doživjela u posljednja 3 mjeseca, neovisno o čestini doživljavanja, zbrajajući samo one odgovore na koje je osoba na ljestvici učestalosti odgovorila jednim od sljedećih ponuđenih odgovora: 2 = nekoliko puta mjesečno, 3 = nekoliko puta tjedno i 4 = gotovo svaki dan. Rezultati na te tri ljestvice pretvaraju se u decile te su pružene smjernice za interpretaciju. Pouzdanost za skalu frekvencije Cronbach  $\alpha$  iznosi 0,89, a za skalu ometanja 0,91. Konstruktna valjanost provjeravana je faktorskom analizom kojom je utvrđeno sedam faktora koji zajednički objašnjavaju 43,6 % zajedničke varijance (ljestvica učestalosti) i 50,1 % zajedničke varijance (ljestvica ometanja) (Vulić–Prtorić, 2019). U ovom istraživanju utvrđena je zadovoljavajuća pouzdanost za ljestvicu učestalosti Cronbach  $\alpha$  iznosi 0,88, a za ljestvicu ometanja 0,91.

Ljestvica pozitivnih i negativnih iskustava (eng. *Scale of Positive and Negative Experience – SPANE*; Diener i sur., 2009; adaptirale Komšo i Burić, 2016) sadrži 12 čestica podijeljenih u dvije podljestvice, pri čemu svaka sadrži šest čestica, to su podljestvica pozitivnih iskustava i podljestvica negativnih iskustava. Kod obje podljestvice čestice su podijeljene na način da su tri čestice općenite (primjerice *Pozitivno* i *Negativno*), a preostale tri specifične (primjerice *Radosno* i *Tužno*). Od ispitanika se traži da procjenu svojih iskustava u posljednja četiri tjedna daju na ljestvici od 5 stupnjeva pri čemu je 1 = vrlo rijetko ili nikad, 2 = rijetko, 3 = ponekad, 4 = često, 5 = vrlo često ili uvijek. Rezultati se formiraju zbrajanjem posebno za pozitivna iskustva i posebno za negativna iskustva te mogu varirati od 6 (najniži mogući) do 30 (najviši rezultat pozitivnih/negativnih osjećaja). Dodatno je moguće od rezultata pozitivnih iskustava (*SPANE-P*) oduzeti rezultat negativnih iskustava (*SPANE-N*) te utvrditi omjer odnosno rezultat ravnoteže afekta (*SPANE-B*) koji može varirati od -24 do 24. Sudionik s rezultatom od 24 procjenjuje kako rijetko ili nikada ima bilo koje od negativnih osjećaja i vrlo često ili uvijek ima sve osjećaje koji su pozitivni. Pouzdanost podljestvice pozitivnih iskustava Cronbach  $\alpha$  iznosi 0,84, za podljestvicu negativnih iskustava 0,80, a za podljestvicu ravnoteže afekta 0,88 (Diener i sur., 2009). Komšo i Burić (2016) nude nalaze u prilog konstruktnoj valjanosti. U

ovom istraživanju utvrđena pouzdanost podljestvice pozitivnih iskustava Cronbach  $\alpha$  iznosi 0,92, podljestvice negativnih iskustava 0,84, podljestvice ravnoteže afekta 0,89.

U zasebnom upitniku postavljena su općenita demografska pitanja koja su se odnosila na spol, dob i studijsko usmjerenje, kao i pitanja o tome koliko smatraju da su se okolnosti u prethodnih godinu dana odrazile na odgovore. („*Da ste sudjelovali u ovom istraživanju prije pandemije COVID-a 19 i/ili svih događaja u široj zajednici koji su se zbili u posljednjih godinu dana, smatrate li da biste dali iste odgovore kao i sada?*“; odgovori: da/ne, „*Ukoliko bi se Vaši odgovori razlikovali od sadašnjih da ste sudjelovali u istraživanju prije pandemije COVID-a 19 i/ili svih događaja u široj zajednici koji su se zbili u posljednjih godinu dana biste li odgovorili da su Vaše zdravstvene teškoće ispitivane u ovom istraživanju?*“ odgovori: manje/rjeđe, više/učestalije, bez razlike, „*Ukoliko bi se Vaši odgovori razlikovali od sadašnjih da ste sudjelovali u istraživanju prije pandemije COVID-a 19 i/ili svih događaja koji su se zbili u posljednjih godinu dana biste li odgovorili da su Vaše emocionalne teškoće ispitivane u ovom istraživanju?*“ odgovori: manje/rjeđe, više/učestalije, bez razlike. „*Jeste li osobno doživjeli neki od većih potresa u Hrvatskoj tijekom protekle godine?*“ odgovori: nisam; jesam te sam vrlo snažno osjetio potres (npr. uz pucanje zidova, padanje velikih predmeta poput namještaja u prostoru u kojem sam se nalazio); jesam te sam snažno osjetio potres (npr. uz padanje malih predmeta u prostoru u kojem sam se nalazio); jesam, no ne previše snažno.).

### 3.3. Postupak

Istraživanje je provedeno *online* putem, tijekom travnja 2021. godine, slanjem poziva na sudjelovanje s poveznicom na istraživanje (na *Google* obrazac) na društvenoj mreži *Facebook* u grupe studentskih domova, različite grupe studenata u Republici Hrvatskoj zatim putem mailing lista studijskih usmjerenja psihologije, komunikologije i povijesti na Fakultetu hrvatskih studija te na pojedinačne adrese studenata sa zamolbom da prosljede dalje. U uvodnom dijelu potencijalni sudionici su obaviješteni o cilju istraživanja, očekivanom trajanju ispunjavanja upitnika i naglašena je anonimnost, povjerljivost i dobrovoljnost sudjelovanja. Dodatno su obaviješteni kako je za ispunjavanje potrebno da je sudionik student te kako je potrebno odgovoriti na svako pitanje u upitniku i pri tome biti iskren, a kako se detaljne upute o načinu odgovaranja nalaze u samom upitniku. Dana je i informacija kako je uvid u rezultate istraživanja na grupnoj razini moguć na zahtjev nakon dovršavanja cjelovitog rada, a za sve upute prije, za vrijeme ili nakon istraživanja mogli su se javiti na e-mail studentice, a dodatno su im pružene i e-mail adrese mentorice i sumentorice. Tražen je pristanak na sudjelovanje u

opisanom istraživanju i potvrda statusa studenta nakon čega su sudionici mogli sudjelovati u istraživanju. Obrazac je završavao zahvalom za sudjelovanje u istraživanju i uputom kako završiti sudjelovanje kako bi odgovori bili spremljeni.

#### 4. Rezultati

Na temelju rezultata Kolmogorov–Smirnovljev testa normalnosti raspodjela (Tablice 1., 2. i 3.) sve korištene varijable su pokazale distribucije koje odstupaju od normalne distribucije te su indeksi asimetričnosti i spljoštenosti, izračunati kao omjer statistika i njegove standardne pogreške (Tablice 1., 2. i 3.), dodatno potvrdili odluku o korištenju neparametrijskih statističkih postupaka za odgovaranje na prva dva postavljena problema.

U Tablici 1. je prikazana aritmetička sredina, standardna devijacija, medijan te minimum i maksimum učestalosti i ukupnog broja psihosomatskih simptoma te ometanja psihosomatskim simptomima, što je služilo za utvrđivanje zastupljenosti psihosomatskih simptoma na uzorku studenata u Republici Hrvatskoj.

Tablica 1. Prikaz deskriptivnih parametara pokazatelja psihosomatskih simptoma kod studenata u Republici Hrvatskoj ( $N = 312$ )

	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	Indeks asimetrije	Indeks spljoštenosti	<i>K–S</i>
Učestalost psihosomatskih simptoma	35	95	53,72	10,66	51	7,28	3,18	0,000
Ometanje psihosomatskim simptomima	35	83	45,17	9,2	42,5	12,28	10,68	0,000
Ukupan broj psihosomatskih simptoma	0	32	13,45	6,12	13	3,83	-0,98	0,000

Legenda: *K–S* = Kolmogorov–Smirnovljev koeficijent normalnosti raspodjele rezultata

Sudionici ovog istraživanja postižu prosječne rezultate i pripadajuća odstupanja slična onima utvrđenim u Vulić–Prtorić (2019) odnosno normativnom uzorku (koji su uz studente činili i osnovnoškolci i srednjoškolci) s višom aritmetičkom sredinom i nižim odstupanjem kod



učestalosti psihosomatskih simptoma te nižom aritmetičkom sredinom i odstupanjem kod ometanja psihosomatskim simptomima. Što se tiče ukupnog broja psihosomatskih simptoma u ovom istraživanju sudionici postižu više prosječne rezultate s podjednakim odstupanjem. Ti zaključci temelje se na uvidu u aritmetičke sredine, a razliku/izostanak razlike nije moguće ispitati statističkim postupcima.

Na temelju prikazanih podataka možemo pretpostaviti podjednak učeštalost, ukupan broj psihosomatskih simptoma i ometanje psihosomatskim simptomima kao što je utvrđeno u normativnom uzorku.

U Tablici 2. navedena je aritmetička sredina, standardna devijacija, medijan te minimum i maksimum poteškoća u ukupnoj emocionalnoj regulaciji i na njezinim dimenzijama, putem kojih je bila utvrđena zastupljenost poteškoća u emocionalnoj regulaciji na uzorku studenata u Republici Hrvatskoj.

Tablica 2. Prikaz deskriptivnih parametara ljestvice i podljestvica pokazatelja poteškoća u emocionalnoj regulaciji kod studenata u Republici Hrvatskoj ( $N = 312$ )

	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	Indeks asimetrije	Indeks spljoštenosti	<i>K – S</i>
Poteškoće u emocionalnoj regulaciji	36	162	87,60	25,00	84	3,59	-0,97	0,001
Jasnoća	5	25	11,19	4,32	10	5,75	1,39	0,000
Strategije	8	40	20,55	7,58	19	3,55	-2,35	0,000
Svjesnost	6	27	13,82	4,42	14	4,28	0,15	0,000
Impulsi	6	30	13,57	5,62	13	5,57	0,03	0,000
Ciljevi	5	25	14,66	4,83	15	0,86	-2,66	0,000
Neprihvatanje	6	30	13,81	6,08	13	5,01	-1,29	0,000

Legenda:  $K-S$  = Kolmogorov–Smirnovljev koeficijent normalnosti raspodjele rezultata

Koristeći medijan kao mjeru centralne tendencije vidimo da kod poteškoća u emocionalnoj regulaciji 50% sudionika ima rezultat niži od 84 dok drugih 50% sudionika ima rezultat viši od 84, a s obzirom da se aritmetička sredina nalazi desno od medijana zaključujemo kako se radi o pozitivno asimetričnoj distribuciji. Vrijednosti aritmetičkih sredina i medijana za podljestvice

su slične, stoga bismo tu ukazali na prosječne vrijednosti koje se kreću oko 13 za podljestvice *svjesnost*, *impulsi* i *neprihvatanje* koje imaju teoretski raspon od 6 do 30 dakle sudionici pretežno ostvaraju niže vrijednosti. Na objema podljestvicama *jasnoća* i *ciljevi*, čiji teoretski raspon se kreće od 5 do 25, vidljivo je kako sudionici ostvaruju niže vrijednosti, s time da postižu niže prosječne rezultate na podljestvici *jasnoća* u odnosu na podljestvicu *ciljevi*. Rezultati na podljestvici *strategije* se kreću u rasponu od 8 do 40 te i tu sudionici u prosjeku postižu niže rezultate.

U Tablici 3. vidimo aritmetičku sredinu, standardnu devijaciju, medijan te minimum i maksimum pozitivnog i negativnog afekta te ravnoteže afekta, kojima se utvrdila afektivnost na uzorku studenata u Republici Hrvatskoj.

Tablica 3. Prikaz deskriptivnih parametara pokazatelja afektivnosti kod studenata u Republici Hrvatskoj ( $N = 312$ )

	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	Indeks asimetrije	Indeks spljoštenosti	<i>K – S</i>
Pozitivan afekt	10	30	21,83	4,35	23	-3,64	-0,29	0,000
Negativan afekt	6	30	16,08	4,29	16	1,78	-0,66	0,001
Ravnoteža afekta	-13	24	5,75	7,45	6	-1,83	-1,49	0,001

Legenda:  $K-S$  = Kolmogorov–Smirnovljev koeficijent normalnosti raspodjele rezultata

Usporedbom s rezultatima utvrđenim u postupku validacije instrumenta na hrvatskom uzorku (Komšo i Burić, 2016) utvrđeni su slični prosječni rezultati, kao i njihova odstupanja za pozitivan afekt i negativan afekt te je za primjetiti kako uz isti teoretski raspon na ove dvije podljestvice sudionici postižu više prosječne rezultate na pozitivnom afektu u odnosu na negativan afekt, s time da su pripadajuća odstupanja od aritmetičkih sredina slična. Nisu dostupni podaci za ravnotežu afekta. Za ravnotežu afekta utvrđena je u postupku Diener i suradnika (2009) viša aritmetička sredina s nižim pripadajućim odstupanjem u odnosu na ovo istraživanje. Aritmetičke sredine i pripadajuća odstupanja pozitivnog afekta i negativnog afekta utvrđena u ovom istraživanju su slična utvrđenima provjerom psihometrijskih pokazatelja sa studentima u radu Diener i suradnika (2009). U tom radu pružene su i norme za percentilna rangiranja.

Slijedi Tablica 4. u kojoj se nalaze rezultati pozitivnog i negativnog afekta te ravnoteže afekta utvrđeni na uzorku studenata u Republici Hrvatskoj koji odgovaraju desetom, pedesetom i devedesetom percentilu.

*Tablica 4.* Prikaz rezultata po percentilima za pokazatelje afekta na uzorku studenata u Republici Hrvatskoj ( $N = 312$ )

Percentil	Pozitivan afekt	Negativan afekt	Ravnoteža afekta
10	15	11	-4
50	23	16	6
90	27	22	15

Utvrđeni rezultati u obliku percentila sukladni su normama utvrđenim na uzorku studenata (Diener i sur., 2009) što nas upućuje na zaključak kako studenti ovog istraživanja ne odstupaju od normi. Za pozitivan afekt i negativan afekt koji imaju isti teoretski raspon i pri tome su u ovom istraživanju postignuta oba maksimuma iz Tablice 4. uočavamo ipak kako su rezultati 90 percentila drugačiji na način da se 90% studenata nalazi bliže tom maksimumu kod pozitivnog afekta nego kod negativnog afekta.

U Tablici 5. vidljive su aritmetičke sredine, standardne devijacije, medijani i rasponi rezultata utvrđeni na uzorku studenata i na uzorku studentica u Republici Hrvatskoj za ukupan broj, učestalost psihosomatskih simptoma i ometanje psihosomatskim simptomima. Tablica 5. sadrži i rezultate Mann-Whitney U testa kojim su ispitane razlike s obzirom na spol u učestalosti i ukupnom broju psihosomatskih simptoma te ometanju psihosomatskim simptomima.

Tablica 5. Prikaz deskriptivnih parametara ukupnog broja, učestalosti psihosomatskih simptoma i ometanja psihosomatskim simptomima na uzorku studenata ( $N = 44$ ) i studentica ( $N = 268$ ) u Republici Hrvatskoj

	Studenti ( $N = 44$ )				Studentice ( $N = 268$ )				Mann-Whitney $U(p)$
	$M$	$SD$	$Mdn$	raspon	$M$	$SD$	$Mdn$	raspon	
Ukupan broj psihosomatskih simptoma	11,09	5,79	10	0-30	13,83	6,1	13	3-32	4308,5 (0,004)
Učestalost psihosomatskih simptoma	50,02	9,63	47,5	35-81	54,33	10,71	52	38-95	4394,5 (0,007)
Ometanje psihosomatskim simptomima	43,32	9,81	40	35-79	45,48	9,08	43	35-83	4519,0 (0,013)

Provedbom Mann-Whitney U testa ( $U = 4394,5$ ,  $z = -2,709$ ,  $p < 0,05$ ) utvrđene su statistički značajne razlike s obzirom na spol u učestalosti psihosomatskih simptoma na način da studentice prijavljuju veću učestalost. Što se tiče ometanja psihosomatskim simptomima rezultati ( $U = 4519,0$ ,  $z = -2,487$ ,  $p < 0,05$ ) ukazuju kako postoje značajne razlike te kako studentice prijavljuju veće ometanje psihosomatskim simptomima. Isto tako utvrđene su statistički značajne razlike u ukupnom broju psihosomatskih simptoma između studentica i studenata ( $U = 4308,5$ ,  $z = -2,867$ ,  $p < 0,05$ ) na način da studentice prijavljuju veći ukupan broj psihosomatskih simptoma. Pri interpretaciji rezultata važno je imati na umu velike razlike u broju muških ( $N = 44$ ) i ženskih sudionika ( $N = 268$ ).

Usporedbom deskriptivnih parametara iz Tablice 5. s onima utvrđenima na normativnom uzorku studenata i studentica (Vulić–Prtorić, 2019) uočavamo veći prosječni rezultat od normativnog uzorka kod muških sudionika ovog istraživanja u ukupnom broju i učestalosti psihosomatskih simptoma te ometanju psihosomatskim simptomima. Ženske sudionice u ovom istraživanju prijavljuju niže prosječne rezultate ukupnog broja psihosomatskih simptoma i ometanja psihosomatskim simptomima u usporedbi s normativnim rezultatima ženskog spola, dok je učestalost psihosomatskih simptoma kod studentica viša u ovom istraživanju u odnosu

na normativne rezultate. Ti zaključci temelje se na uvidu u aritmetičke sredine, a razliku/izostanak razlike nije moguće ispitati statističkim postupcima.

Uvidom u rezultate ženskih sudionica po decilima i interpretacijom istih po smjernicama danim u Vulić–Prtorić (2019) utvrđeno je kako ispodprosječni rezultat u učestalosti psihosomatskih simptoma postiže 25,5% studentica, prosječni rezultat postiže 33,5%, a iznadprosječan 41,0%. Dodatno, klinički značajan rezultat učestalosti ima 24,9% studentica, dakle 1 od 4 studentice. Što se tiče ometanja psihosomatskim simptomima ispodprosječan rezultat prijavljuje 44,1% studentica, prosječan rezultat 29,6% i iznadprosječan 26,5%. Klinički značajan rezultat ometanja prijavljuje njih 13,0%. Za ukupan broj psihosomatskih simptoma ispodprosječan rezultat postiže 37,0% studentica, prosječan rezultat 25,5%, iznadprosječan rezultat 37,7% studentica, s time da je klinički značajno 22,0% rezultata, otprilike 1 od 5 studentica.

Rezultati utvrđeni na muškim sudionicima za učestalost psihosomatskih simptoma pokazuju kako ispodprosječan rezultat postiže 11,4% studenata, prosječan rezultat 38,7%, a iznadprosječan 50,0%, od čega klinički značajan rezultat postiže 27,4% studenata. Što se tiče ometanja, psihosomatskim simptomima ispodprosječan rezultat postiže 20,4% studenata, prosječan rezultat 38,6%, iznadprosječan rezultat 41,1%, s time da klinički značajan rezultat postiže 16,1% studenata. Za ukupan broj psihosomatskih simptoma ispodprosječan rezultat postiže 11,4% studenata, prosječan rezultat 52,2%, a iznadprosječan 36,5%, dok klinički značajan rezultat postiže 13,7% studenata.

Tablica 6. sadrži raspodjelu procijenjenog subjektivnog doživljaja zdravlja po kategorijama *izvrsno*, *vrlo dobro*, *osrednje* i *loše* na ukupnom uzorku kao i na uzorku studenata i uzorku studentica u Republici Hrvatskoj.

Tablica 6. Prikaz udjela sudionika s obzirom na procjenu subjektivnog doživljaja zdravlja na uzorku studenata ( $N = 44$ ), studentica ( $N = 268$ ) te na cijelom uzorku ( $N = 312$ ) u Republici Hrvatskoj

	Izvrсно	Vrlo dobro	Osrednje	Loše
Studenti ( $N = 44$ )	25%	56,8%	18,2	0%
Studentice ( $N = 268$ )	18,7%	61,9%	17,9%	1,5%
Ukupan uzorak ( $N = 312$ )	19,6%	61,2%	17,9%	1,3%

Što se tiče studenata razvidno je kako nitko ne procjenjuje svoje subjektivno zdravlje lošim, svaki četvrti sudionik ga procjenjuje izvrsnim, dok ga preostala 3 od 4 studenta procjenjuje ili vrlo dobrim ili osrednjim, s time da je veći udio onih koji ga procjenjuju vrlo dobrim u odnosu na osrednje. Uvidom u rezultate studentica vidimo kako tu postoji mali udio onih koje ga smatraju lošim (1,5%) pri čemu je ponovno najučestalija procjena subjektivnog zdravlja kao vrlo dobrog, zatim slijedi izvrsno te osrednje, kao i kod studenata. Provedbom Mann–Whitney U testa ( $U = 5520,0$ ,  $z = -0,779$ ,  $p > 0,05$ ) utvrđeno je kako ne postoje razlike u procjeni subjektivnog zdravlja s obzirom na spol sudionika.

U Tablici 7. nalaze se aritmetičke sredine i standardne devijacije poteškoća u ukupnoj emocionalnoj regulaciji i na njezinim dimenzijama utvrđene na uzorku studenata i na uzorku studentica. Tablica 7. sadrži i rezultate Mann-Whitney U testa kojim su ispitane razlike u poteškoćama emocionalne regulacije i njezinim dimenzijama s obzirom na spol sudionika.

Tablica 7. Prikaz deskriptivnih parametara poteškoća u emocionalnoj regulaciji i pripadnih podljestvica na uzorku studenata ( $N = 44$ ) i studentica ( $N = 268$ ) u Republici Hrvatskoj

	Studenti ( $N = 44$ )		Studentice ( $N = 268$ )		Mann-Whitney $U$ ( $p$ )
	$M$	$SD$	$M$	$SD$	
Poteškoće u emocionalnoj regulaciji	86,89	28,67	87,72	24,41	5694,0 (0,716)
Neprihvaćanje	14,16	6,96	13,76	5,93	5891,5 (0,994)
Ciljevi	13,95	4,94	14,78	4,81	5382,0 (0,353)
Impulsi	13,36	5,97	13,6	5,57	5702,0 (0,726)
Svjesnost	14,61	3,69	13,69	4,52	4852,0 (0,059)
Strategije	19,57	8,29	20,72	7,47	5289,5 (0,274)
Jasnoća	11,23	4,97	11,18	4,21	5658,0 (0,667)

Uvidom u Tablicu 7. primjetno je kako studentice i studenti imaju sličnu prosječnu vrijednost poteškoća u emocionalnoj regulaciji s time da je kod studenata veće prosječno odstupanje. Rezultati utvrđeni na šest podljestvica ukazuju kako su prosječne vrijednosti i njihova odstupanja slična po spolu. Provedbom Mann-Whitney U testa ( $U = 5694,0$ ,  $z = -0,364$ ,  $p > 0,05$ ) nisu utvrđene statistički značajne razlike s obzirom na spol u poteškoćama u emocionalnoj regulaciji, kao ni za podljestvice *neprihvaćanje* ( $U = 5891,5$ ,  $z = -0,008$ ,  $p > 0,05$ ), *ciljevi* ( $U = 5382,0$ ,  $z = -0,929$ ,  $p > 0,05$ ), *impulsi* ( $U = 5702,0$ ,  $z = -0,350$ ,  $p > 0,05$ ), *svjesnost* ( $U = 4852,0$ ,  $z = -1,889$ ,  $p > 0,05$ ), *strategije* ( $U = 5289,5$ ,  $z = -1,095$ ,  $p > 0,05$ ) i *jasnoća* ( $U = 5658,0$ ,  $z = -0,430$ ,  $p > 0,05$ ).

Usporedbom rezultata ovog istraživanja s rezultatima autora skale utvrđenima u postupku validacije instrumenta (Gratz i Roemer, 2004), studentice u ovom istraživanju postižu više prosječne rezultate, naročito na ukupnom rezultatu poteškoća u emocionalnoj regulaciji. Za

podljestvice bilježe se manja odstupanja od rezultata autora skale. Slični rezultati zabilježeni su i kod studenata koji također pokazuju više prosječne rezultate poteškoća u emocionalnoj regulaciji u usporedbi s rezultatima autora skale, no važno je naglasiti kako se te usporedbe temelje samo na uvidu u aritmetičke sredine, te nisu dostupni podaci za testiranje statističke značajnosti razlike.

Daljnijim postupcima analize napravljeni su T - rezultati prilagođeni za dob i spol sudionika po jednadžbama dostupnim u Giromini i suradnici (2017) (Prilog 2.) gdje su uvidom u nedostatak razvijenih normi pružene smjernice za interpretaciju rezultata. Prema Giromini i suradnici (2017) rezultati od 65 T do 70 T mogu ukazivati na prisutnost manjih problema u emocionalnoj regulaciji, a rezultati jednaki ili viši od 70 T se mogu smatrati pokazateljima značajnih problema u emocionalnoj regulaciji.

Slijedi Tablica 8. u kojoj je prikazana raspodjela sudionika u kategorijama *nema probleme*, *ima manje probleme* i *ima značajne probleme* u emocionalnoj regulaciji i njezinim dimenzijama.

Tablica 8. Prikaz udjela sudionika s obzirom na prisutnost i značajnost problema kod poteškoća u emocionalnoj regulaciji i pripadajućih podljestvica na uzorku studenata ( $N = 312$ ) u Republici Hrvatskoj

	Poteškoće u emocij. regulaciji	Neprihvatanje	Ciljevi	Impulsi	Svjesnost	Strategije	Jasnoća
Nema probleme	82,7%	82,4%	87,5%	83,7%	88,5%	77,6%	88,1%
Ima manje probleme	5,8%	6,1%	6,4%	6,1%	4,8%	6,7%	4,8%
Ima značajne probleme	11,3%	11,4%	6,2%	10,1%	6,7%	15,9%	6,8%

Iz Tablice 8. vidimo da 82,7% sudionika nema probleme u emocionalnoj regulaciji. Preostalih 17,3% ima probleme u emocionalnoj regulaciji, s time da veći dio sudionika uključenih u taj postotak (11,3%) ima značajne probleme u emocionalnoj regulaciji. Od sudionika koji imaju



značajne probleme emocionalne regulacije najveći udio značajnih problema zabilježen je na podljestvici *strategije* kod 15,9% sudionika. Od sudionika koji imaju manje probleme emocionalne regulacije najveći udio s manjim problemima nalazi se na podljestvici *strategije* njih 6,7%.

U Tablici 9. prikazani su Spearmanovi koeficijenti korelacije utvrđeni u cilju ispitivanja povezanosti psihosomatskih simptoma, afektivnosti i emocionalne regulacije na uzorku studenata Republike Hrvatske.

Iz Tablice 9. vidimo kako su poteškoće u emocionalnoj regulaciji u značajnoj umjerenoj pozitivnoj korelaciji s učestalosti psihosomatskih simptoma, ometanjem psihosomatskim simptomima i ukupnim brojem psihosomatskih simptoma. To bi značilo da više prisutne poteškoće u emocionalnoj regulaciji znače i vjerojatniju prisutnost psihosomatskih simptoma, specifičnije njihov ukupan broj, a sukladno tome i učestalost kao i ometanje od istih. Sukladno tome 5 podljestvica *jasnoća, strategije, impulsi, ciljevi, neprihvatanje* koje čine rezultat poteškoća u emocionalnoj regulaciji su u umjerenoj povezanosti (uz izuzetak *jasnoće* koja je u niskoj pozitivnoj povezanosti s ometanjem psihosomatskih simptoma) s ukupnim brojem i učestalosti psihosomatskih simptoma te ometanjem psihosomatskim simptomima, no tu je važno izdvojiti podljestvicu *svjesnost* koja nije povezana s pokazateljima psihosomatskih simptoma.

Pozitivan afekt je u značajnoj negativnoj niskoj povezanosti s ukupnim brojem i učestalosti psihosomatskih simptoma te ometanjem psihosomatskim simptomima, dok je negativan afekt u značajnoj pozitivnoj umjerenoj povezanosti s istima. Odnosno, uz više razine pozitivnog afekta manje su razine učestalosti i ukupnog broja psihosomatskih simptoma te ometanja od istih, dok su te iste razine veće kada je razina negativnog afekta veća. Ravnoteža afekta je u značajnoj negativnoj umjerenoj povezanosti s pokazateljima psihosomatskih simptoma.

Pozitivan afekt je u značajnoj negativnoj umjerenoj povezanosti s poteškoćama u emocionalnoj regulaciji, ravnoteža afekta je u značajnoj negativnoj visokoj povezanosti, a negativan afekt u značajnoj pozitivnoj visokoj povezanosti s poteškoćama u emocionalnoj regulaciji. Dakle, uz zabilježene više razine pozitivnog afekta i ravnoteže pozitivnog i negativnog afekta bilježi se niža razina poteškoća u emocionalnoj regulaciji. Suprotno tome, uz višu razinu negativnog afekta, viša je i razina poteškoća u emocionalnoj regulaciji. Sukladno smjeru povezanosti

poteškoća u emocionalnoj regulaciji on takav ostaje i kod povezanosti sa podljestvicama i sve su korelacije značajne osim one između podljestvice *svjesnost* i negativnog afekta – radi se o istoj podljestvici koja nije bila povezana ni sa jednim pokazateljem psihosomatskih simptoma.

Tablica 9. Prikaz Spearmanovih rang korelacija ispitivanih varijabli (N= 312)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1.													
2.	0,694**												
3.	0,944**	0,697**											
4.	0,432**	0,449**	0,424**										
5.	0,321**	0,294**	0,318**	0,687**									
6.	0,399**	0,407**	0,376**	0,897**	0,483**								
7.	0,057	0,071	0,079	0,351**	0,516**	0,077							
8.	0,396**	0,397**	0,400**	0,831**	0,445**	0,741**	0,181**						
9.	0,371**	0,402**	0,355**	0,802**	0,362**	0,777**	0,026	0,691**					
10.	0,357**	0,412**	0,362**	0,803**	0,463**	0,707**	0,139*	0,602**	0,597**				
11.	-0,299**	-0,209**	-0,250**	-0,461**	-0,368**	-0,452**	-0,231**	-0,340**	-0,342**	-0,300**			
12.	0,434**	0,416**	0,420**	0,593**	0,404**	0,560**	0,108	0,529**	0,505**	0,484**	-0,506**		
13.	-0,437**	-0,374**	-0,398**	-0,621**	-0,457**	-0,590**	-0,202**	-0,516**	-0,495**	-0,468**	0,847**	-0,873**	

Legenda: 1.-Učestalost psihosomatskih simptoma, 2.-Ometanje psihosomatskim simptomima, 3.-Ukupan broj psihosomatskih simptoma, 4.-Poteškoće u emocionalnoj regulaciji, 5.-Jasnoća, 6.-Strategije, 7.-Svjesnost, 8.-Impulsi, 9.-Ciljevi, 10.-Neprihvaćanje. 11.-Pozitivan afekt, 12.-Negativan afekt, 13.-Ravnoteža afekta. \*\*p<0,01; \*p<0,05

Tablica 10. sadrži standardizirane regresijske koeficijente, koeficijente multiple korelacije, koeficijente multiple determinacije i prilagođene koeficijente determinacije, kojima se predviđa ukupan broj i učestalost psihosomatskih simptoma te ometanje psihosomatskim simptomima na temelju negativnog afekta te na temelju poteškoća u emocionalnoj regulaciji na uzorku studenata Republike Hrvatske. Pozitivan afekt nije bio uključen u regresijsku analizu zbog niske povezanosti s ukupnim brojem i učestalosti psihosomatskih simptoma te ometanjem psihosomatskim simptomima.

Tablica 10. Prikaz rezultata regresijske analize predviđanja ukupnog broja i učestalosti psihosomatskih simptoma te ometanja psihosomatskim simptomima temeljem negativnog afekta i poteškoća u emocionalnoj regulaciji ( $N = 312$ )

	Ukupan broj psihosomatskih simptoma	Ometanje psihosomatskim simptomima	Učestalost psihosomatskih simptoma
	$\beta$	$B$	$B$
Negativan afekt	0,248**	0,126	0,268**
Poteškoće u emocionalnoj regulaciji	0,275**	0,299**	0,257**
$R$	0,472	0,391	0,474
$R^2$	0,223	0,153	0,224
prilag. $R^2$	0,218	0,147	0,219

Legenda:  $\beta$  – standardizirani regresijski koeficijent,  $R$  - koeficijent multiple korelacije  $R^2$  - koeficijent multiple determinacije, prilag.  $R^2$  - prilagođeni koeficijent determinacije, \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$

Iz Tablice 10. primjetno je na temelju provedenih analiza kako negativan afekt i poteškoće u emocionalnoj regulaciji zajednički objašnjavaju 22,3% varijance ukupnog broja psihosomatskih simptoma, ( $F(2, 309) = 44,351, p = .000$ ). Negativan afekt i poteškoće u emocionalnoj regulaciji objašnjavaju 15,3% varijance ometanja psihosomatskim simptomima ( $F(2, 309) = 27,868, p = .000$ ) pri čemu ulogu značajnog prediktora imaju samo poteškoće u emocionalnoj regulaciji. U posljednjoj provedenoj regresijskoj analizi, negativan afekt i poteškoće u emocionalnoj regulaciji objašnjavaju 22,4% varijance učestalosti psihosomatskih simptoma ( $F(2, 309) = 44,670, p = .000$ ).

## 5. Rasprava

Cilj ovog rada bio je istražiti odnos psihosomatskih simptoma, afektivnosti i emocionalne regulacije na uzorku studenata Republike Hrvatske.

Kao dio prvog postavljenog problema željeli smo opisati zastupljenost psihosomatskih simptoma na uzorku studenata u Republici Hrvatskoj. Utvrđeno je kako kod ukupnog broja psihosomatskih simptoma klinički značajan rezultat postiže 22% studentica i 13,7% studenata. Autorica korištenog upitnika Vulić-Prtorić (2019) navodi kako klinički značajan rezultat upućuje na veću mogućnost za poremećaj sa somatskim simptomima, no nedostatan je za postavljanje dijagnoze. Utvrđeni nalazi na tragu su očekivanjima iznesenim u DSM-5 gdje stoji kako je prevalencija poremećaja sa somatskim simptomima nepoznata, no postoji očekivanje kako je viša (nego što je ona restriktivnijeg somatizacijskog poremećaja iz DSM-IV) od 1%, ali niža od (nediferenciranog somatoformnog poremećaja) oko 19%. Nadalje, pretpostavlja se kako je prevalencija poremećaja sa somatskim simptomima u općoj odrasloj populaciji između 5-7% te kako je kod žena veća (Američka psihijatrijska udruga, 2014). U istraživanju Chinawa i suradnika (2016) sa studentima medicine prevalencija psihosomatskog poremećaja kod studenata je iznosila 14,2%, a kod studentica 14,4%. Uz oprez budući da klinički značajan rezultat nije sinonim za poremećaj sa somatskim simptomima zaključujemo kako je prevalencija kod studenata slična, dok isto ne vrijedi za studentice, budući da u ovom istraživanju veći broj studentica u odnosu na studentice iz istraživanja Chinawa i suradnika (2016) prijavljuje klinički značajan rezultat. No, u istraživanju Adhikari i suradnika (2017) sa studentima medicine, kritične vrijednosti rezultata ozbiljnosti somatskih simptoma bili su 5 (nisko), 10 (srednje) i 15 (visoko) te je utvrđeno kako 30,4% studentica prijavljuje srednje do visoko ozbiljne somatske simptome, što je statistički značajno više u odnosu na 14,9% što je postotak koji prijavljuju studenti. Ovdje bismo istaknuli i kako su rezultati utvrđeni istraživanjem Chinawa i suradnika (2016) i Adhikari i suradnika (2017) utvrđeni na studentima medicine za koje je u istraživanju Jafri i suradnika (2017) utvrđeno kako imaju značajno više razine stresa od studenata nemedicinskih područja obrazovanja. Autori zaključuju kako je usporedba istraživanja prevalencije psihosomatskog poremećaja otežana uslijed nedostatka homogenosti (Escobar i Gureje, 2007, prema Chinawa i sur., 2016).

Uz prisutnu neravnomjernu raspodjelu sudionika po spolu u ovom istraživanju utvrđeno je kako studentice u odnosu na studente postižu više rezultate na sva tri pokazatelja psihosomatskih simptoma, odnosno studentice prijavljuju veći ukupan broj psihosomatskih simptoma, češće

doživljavaju psihosomatske simptome te prijavljuju veće ometanje od strane istih. U istraživanju Chinawa i suradnika (2016) nije utvrđena statistički značajna razlika s obzirom na spol u prevalenciji psihosomatskog poremećaja, no postoje drugi podaci iz literature koji potvrđuju utvrđene nalaze. U istraživanju De Gucht i suradnika (2004a) žene su prijavile značajno veći broj medicinski neobjašnjivih tjelesnih simptoma u odnosu na muškarce, kao i u istraživanju Pikó i suradnika (1997), gdje je utvrđena statistički značajna razlika u doživljavanju psihosomatskih simptoma.

Također, u istraživanju Teixeira i suradnika (2021) na uzorku studenata (od čega 84% studentica) koji stječu znanje iz različitih područja zdravstva utvrđeno je kako studentice prijavljuju značajno više psihosomatskih simptoma u odnosu na studente, no istaknuto je kako obrazovanje u području zdravstva više biraju žene (Saavedra i sur., 2010, prema Teixeira i sur., 2021) te upućuju na oprez pri tumačenju rezultata, jer je moguće da se na utvrđene razlike odrazio visok udio studentica u uzorku, a ne samo područje obrazovanja. Iako su u ovom istraživanju sudjelovali studenti iz različitih područja obrazovanja, također je visok udio studentica (85,9%). Preporuke za buduća istraživanja stoga bi bila svakako spolno ravnomjereniji uzorak. No, u istraživanju Malobabić i suradnika (2020) na uzorku s više studenata nego studentica (317 studenata i 107 studentica), korištenjem mjernog instrumenta psihosomatskih simptoma koji je korišten i u ovom istraživanju, utvrđeno je kako žene prijavljuju statistički značajno veću učestalost pseudoneuroloških, gastrointestinalnih, bol/osjećaj slabosti-muskulturnih i kardiovaskularno-respiratornih simptoma. U istraživanju Neitzert i suradnika (1997) sa zdravim studentima utvrđeno je kako je među njima prisutno prijavljivanje simptoma te kako studentice prijavljuju više simptoma u odnosu na studente. Nadalje, postoji mogućnost da kulturalne razlike igraju ulogu u sklonosti doživljavanja somatskih tegoba (Fink, 1992; Ford, 1995, prema Neitzert i sur., 1997). Temeljem svega navedenog proizlazi zaključak kako je nalaz o utvrđenim spolnim razlikama u psihosomatskim simptomima u skladu s prijašnjim istraživanjima, dok su utvrđeni rezultati o zastupljenosti djelomično u skladu s prijašnjim istraživanjima.

S obzirom na procjenu subjektivnog doživljaja zdravlja u ovom istraživanju je utvrđeno kako ne postoji statistički značajna razlika između studenata i studentica te kako najveći broj i studenata (56,8%) i studentica (61,9%) izvještava kako je njihovo zdravlje vrlo dobro (2. stupanj od 4). Ti nalazi su sukladni utvrđenima u istraživanju Pikó i suradnika (1997), gdje nije utvrđena statistički značajna razlika u samoprocjeni subjektivnog zdravlja s obzirom na spol i gdje isto tako najveći postotak studenata (61,0%) i studentica (66,3%) svoje zdravlje

procjenjuje dobrim (2. stupanj od 4). Procjenu *izvrsno* u ovom istraživanju daje 25% studenata i 18,7% studentica, a u istraživanju Pikó i suradnika (1997) 17,6% studenata i 10,5% studentica. U ovom istraživanju kao i u istraživanju Pikó i suradnika (1997) uočavamo najveću razliku među spolovima upravo u ovoj kategoriji, naime, u oba istraživanja izvrsnim svoje zdravlje procjenjuje više studenata nego studentica. Procjenu *osrednje* u ovom istraživanju daje 18,2% studenata i 17,9% studentica, a u istraživanju Pikó i suradnika (1997) 17,3% studenata i 19,6% studentica. Najmanji broj samoprocjena nalazi se u kategoriji *loše* i u ovom istraživanju (0% studenata i 1,5% studentica) kao i u istraživanju Pikó i suradnika (1997) (odnosno 4,1% studenata i 3,6% studentica). Iako samoprocjena subjektivnog zdravlja predstavlja subjektivnu mjeru ona pruža dodatnu dimenziju objektivnim mjerama zdravlja te se učestalost simptoma može smatrati pokazateljem samoprocjenjenog zdravlja (Pikó i sur., 1997). U usporedbi s istraživanjem Vulić–Prtorić (2019), gdje svoje zdravlje izvrsnim procjenjuje 35,59% studenata i 19,47% studentica, vrlo dobrim 44,07% studenata i 53,54% studentica, osrednjim 16,95% studenata i 24,78% studentica te lošim 3,39% studenata i 2,21% studentica, vidimo kako je najveća razlika među spolovima prisutna u procjeni *izvrsno* što potvrđuje nalaz utvrđen u ovom istraživanju te nalaz kako studenti odgovaraju višim procjenama u toj kategoriji. Kod udjela sudionika koji daju procjenu *vrlo dobro* u ovom istraživanju više studentica procjenjuje svoje zdravlje vrlo dobrim te je takav nalaz u skladu s Vulić–Prtorić (2019). Kod procjene *osrednje* vidimo kako je i kod Vulić–Prtorić (2019) i kod Pikó i suradnika (1997) to kategorija gdje je više studentica, dok je u ovom istraživanju više studenata. Utvrđeni rezultati nisu u skladu s onim Vulić–Prtorić (2019) kod procjene subjektivnog zdravlja lošim budući da u ovom istraživanju veći broj studentica procjenjuje svoje zdravlje lošim, dok kod Vulić–Prtorić (2019) više studenata, no jesu u skladu u vidu da se tu nalazi najmanji udio i studentica i studenata.

Drugi dio prvog postavljenog problema bio je ispitati zastupljenost poteškoća u emocionalnoj regulaciji na uzorku studenata u Republici Hrvatskoj.

U ovom istraživanju je utvrđeno kako sudionici postižu prosječne rezultate od 87,6 ( $SD = 25,00$ ) na Ljestvici poteškoća u emocionalnoj regulaciji. Budući da nije ispitivana prisutnost psihičkih poremećaja kod sudionika u ovom istraživanju, uzeti su u obzir nalaz utvrđeni i na zdravim odraslima i na onima koji su oboljeli od različitih poremećaja. Neklinički uzorak studenata i odraslih iz opće populacije postiže rezultate u prosjeku 75–80 na Ljestvici poteškoća u emocionalnoj regulaciji (Gratz i Tull, 2015, prema Bradizza i sur., 2018), dok studenti u ovom istraživanju postižu veći prosječan rezultat. Nadalje, prosječni ukupni rezultat poteškoća u emocionalnoj regulaciji u ovom istraživanju više odgovara utvrđenom na cijelom uzorku

oboljelih od alkoholizma u istraživanju Bradizza i suradnika (2018) koji iznosi 87,5 ( $SD = 24,4$ ). Cijeli uzorak su činile tri skupine s prosječnim ukupnim rezultatom poteškoća u emocionalnoj regulaciji: bez postojećeg poremećaja raspoloženja ili anksioznog poremećaja ( $M = 74,0$ ,  $SD = 20,5$ ), s jednim postojećim poremećajem ( $M = 87,8$ ,  $SD = 22,5$ ) i s dva ili više postojećih poremećaja ( $M = 104,1$ ,  $SD = 22,5$ ). Od te tri skupine prosječni ukupni rezultat poteškoća u emocionalnoj regulaciji sudionika oboljelih od alkoholizma s jednim postojećim poremećajem najviše odgovara utvrđenom u ovom istraživanju, a autori za taj rezultat iznose kako je iznad „normalnog“ raspona i kako odgovara iznosima utvrđenim na kliničkim uzorcima samoranjavajućih studenata (Gratz i Chapman, 2007; Gratz i Roemer, 2008, sve prema Bradizza i sur., 2018), pojedincima oboljelima od poremećaja socijalne anksioznosti (Kuo i Linehan, 2009, prema Bradizza i sur., 2018) te pojedincima oboljelima od poremećaja uzimanja kokaina koji traže liječenje (Fox i sur., 2007, prema Bradizza i sur., 2018). No, prosječni rezultat poteškoća u emocionalnoj regulaciji utvrđen na uzorku sudionika oboljelih od alkoholizma s jednim postojećim poremećajem nije se statistički značajno razlikovao od utvrđenog u skupini oboljelih od alkoholizma bez postojećeg poremećaja. Statistički značajna razlika u prosječnom rezultatu poteškoća u emocionalnoj regulaciji pojavila se u usporedbi skupine oboljelih od alkoholizma bez postojećeg poremećaja i skupine oboljelih od alkoholizma s dva ili više postojećih poremećaja. Autori ističu kako nema preporučenih kritičnih vrijednosti rezultata koji bi ukazali na potrebu za specijaliziranom intervencijom emocionalne regulacije, no literatura ukazuje kako su rezultati viši od 85 često povezani s poremećajima hranjenja i jedenja, poremećajima raspoloženja, anksioznim poremećajima i post-traumatskim stresnim poremećajem te graničnim poremećajem ličnosti (Gratz i Tull, 2015, prema Bradizza i sur., 2018). Na uzorku odraslih s dijagnosticiranim jednim ili više DSM-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2013, prema Hallion i sur., 2018) poremećaja: anksiozni poremećaji, depresivni poremećaji, bipolarni i srodni poremećaji, opsesivno-kompulzivni i srodni poremećaji, poremećaji vezani uz traumu i stresor, prosječni ukupan rezultat poteškoća u emocionalnoj regulaciji iznosio je 89,33 ( $SD = 22,64$ ) (Hallion i sur., 2018). Na temelju iznesenog zaključujemo kako veći prosječni rezultati koji su utvrđeni na različitim uzorcima sa sudionicima koji pate od raznih poremećaja idu u prilog shvaćanju poteškoća u emocionalnoj regulaciji kao transdijagnostičkog čimbenika rizika za razvoj psihopatologije.

Nadalje, u ovom istraživanju nisu utvrđene statistički značajne razlike s obzirom na spol u ukupnom rezultatu poteškoća u emocionalnoj regulaciji kao ni za podljestvice. Taj nalaz nije sukladan s rezultatima autora skale utvrđenima u postupku validacije instrumenta Gratz i



Roemer (2004) gdje je utvrđena značajna razlika s obzirom na spol samo kod podljestvice *svjesnost* pri čemu muškarci postižu značajno više rezultate. No, Giromini i suradnici (2017) navode da su provedena istraživanja dovela do miješanih rezultata odnosno spol ima mali ili nikakav učinak na rezultate poteškoća u emocionalnoj regulaciji.

Nadalje, utvrđeno je kako se najveći udio sudionika s problemima i značajnim problemima nalazi kod podljestvice *strategije*, njih 22,4% od čega 15,9% studenata sa značajnim problemima. Važnost ispitivanja koje vrste poteškoća u emocionalnoj regulaciji s kojim psihopatološkim simptomima pokazuju najveću povezanost je prepoznato i od strane Coutinho i suradnika (2010), koji su u svom istraživanju kao jedan od ciljeva provjeravali isto. Korišten je Kratki inventar simptoma (Derogatis, 1993; prema Coutinho i sur., 2010) koji ispituje devet dimenzija simptoma: depresija, paranoidne ideje, fobičnost, psihoticizam, somatizacija, neprijateljstvo, anksioznost, opsesivnost-kompulzivnost te osjetljivost u međuljudskim odnosima. Utvrđeno je kako od ukupno šest podljestvica, samo podljestvice *strategije i ciljevi*, pri tome *ciljevi* ne toliko visoko koliko *strategije*, značajno koreliraju sa svih devet dimenzija simptoma. S obzirom da se radilo o nekliničkom uzorku studenata, utvrđeni rezultati poteškoća u emocionalnoj regulaciji su viši od očekivanih. Moguće je da se na njih odrazila pandemija COVID-a 19, no slični su rezultati na uzorku studenata utvrđeni već prije. Naime, u istraživanju Panayiotou i suradnika (2021), studenti su ostvarili prosječan ukupan rezultat poteškoća u emocionalnoj regulaciji od 87,26 ( $SD = 21,88$ ) unutar devet mjeseci prije pandemije COVID-a 19, a tijekom *lockdown*-a na Cipru 84,55 ( $SD = 19,47$ ).

Treći dio prvog postavljenog problema bio je ispitati afektivnost na uzorku studenata u Republici Hrvatskoj.

Utvrđeno je kako studenti postižu više prosječne rezultate na pozitivnom afektu ( $M = 21,83$ ,  $SD = 4,35$ ) negoli na negativnom afektu ( $M = 16,08$ ,  $SD = 4,29$ ) što sugerira kako proživljavaju više pozitivnog afekta napram negativnog afekta, što se očituje i u prosječnom rezultatu ravnoteže afekta koji iznosi 5,75 ( $SD = 7,45$ ). Doživljavanje relativno više pozitivnih emocija negoli negativnih emocija je općenito povezano s višim razinama dobrobiti (Deci i Ryan, 2008; Pavot i Diener, 2013, sve prema du Plessis i Guse, 2017). Utvrđeni nalaz i vrijednosti prosječnih rezultata sukladne su utvrđenima u istraživanju du Plessis i Guse (2017) sa studentima u Južnoj Africi gdje je prosječan rezultat pozitivnog afekta iznosi 21,91 ( $SD = 3,81$ ), negativnog afekta 15,96 ( $SD = 3,94$ ) i ravnoteže afekta 5,96 ( $SD = 6,72$ ). Nadalje, rezultati su sukladni utvrđenim

u istraživanju Daniel-González i suradnika (2020) sa studentima medicine i psihologije u Meksiku gdje studenti postižu više prosječne rezultate na pozitivnom afektu ( $M = 25,67$ ,  $SD = 5,44$ ) negoli na negativnom afektu ( $M = 16,56$ ,  $SD = 5,09$ ). Studenti u istraživanju Daniel-González i suradnika (2020) postižu više rezultate ravnoteže afekta 9,11 ( $SD = 9,47$ ) što je i očekivano budući da su rezultati negativnog afekta sukladni, no studenti ovog istraživanja prijavljuju niže razine pozitivnog afekta u odnosu na studente u istraživanju Daniel-González i suradnika (2020). Utvrđeno je kako su veličine učinka spola i studija na ravnotežu afekta i negativan afekt male, kao i veličina učinka spola na pozitivan afekt, stoga utvrđivanje referentnih raspona za populacije određene spolom i studijem nije potrebno (Daniel-González i sur., 2020).

Nalaz većeg prosječnog rezultata na pozitivnom afektu negoli na negativnom afektu je potvrđen i u istraživanju Balgiu (2019) sa studentima u Rumunjskoj, gdje sudionici postižu niže rezultate negativnog afekta ( $M = 15,42$ ,  $SD = 4,42$ ) te više rezultate pozitivnog afekta ( $M = 23,15$ ,  $SD = 3,67$ ) i ravnoteže afekta ( $M = 7,73$ ,  $SD = 6,81$ ) u odnosu na ovo istraživanje. Za negativan afekt u desetom i pedesetom percentilu utvrđeni su isti rezultati u ovom istraživanju i u istraživanju Daniel-González i suradnika (2020), dok u devedesetom percentilu sudionici ovog istraživanja postižu niži rezultat u odnosu na sudionike u istraživanju Daniel-González i suradnika (2020). Za pozitivan afekt se i kod desetog, pedesetog i devedesetog percentila nalaze niži rezultati kod sudionika ovog istraživanja u odnosu na sudionike u istraživanju Daniel-González i suradnika (2020) te isto vrijedi i za ravnotežu afekta. Na temelju iznesenih istraživanja proizlazi zaključak kako su utvrđeni rezultati očekivani.

Drugi postavljeni problem bio je ispitati povezanost psihosomatskih simptoma, afektivnosti i emocionalne regulacije na uzorku studenata Republike Hrvatske. Temeljem prijašnjih istraživanja (Mazaheri, 2015; Saxena i sur., 2011) očekivali smo pozitivnu povezanost psihosomatskih simptoma i poteškoća u emocionalnoj regulaciji što je potvrđeno za ukupan rezultat kao i pet podljestvica *jasnoća*, *strategije*, *impulsi*, *ciljevi*, *neprihvatanje*, no za podljestvicu *svjesnost* nije. Hallion i suradnika (2018) iznose kako je Ljestvica poteškoća u emocionalnoj regulaciji psihometrijski snažnija kada se isključi podljestvica *svjesnost* što objašnjavaju mogućnošću da *svjesnost* procjenjuje različit konstrukt, odnosno dok ostale podljestvice za cilj imaju procjenu kako pojedinac reagira na emocije, cilj procjene kod podljestvice *svjesnost* je primjećuje li pojedinac emocije ili ne. U istraživanju Saxena i suradnika (2011) sudionici su bili bez povijesti medicinske ili psihijatrijske bolesti te tu *svjesnost* nije korelirala sa somatskim tegobama. U istraživanju Mazaheri (2015) sa

sudionicima bez akutnih psihijatrijskih poremećaja, no s funkcionalnim probavim poremećajem, podljestvice *svjesnost* i *jasnoća* su bile nepovezane sa somatskim simptomima. U uzorku ovog rada nije bio postavljen kriterij o (ne)prisutnosti bolesti kod sudionika tako da je moguće da su u uzroku bili i zdravi sudionici i sudionici koji pate od neke bolesti, no utvrđeni rezultati o nepostojanju povezanosti između podljestvice *svjesnost* i psihosomatskih simptoma slažu s onim utvrđenima i na uzorku zdravih i na uzorku oboljelih. Utvrđeni rezultati su u skladu s rezultatima utvrđenima u istraživanju Teixeira i suradnika (2021) sa studentima gdje su pruženi nalazi koji ukazuju na značajnu pozitivnu povezanost psihosomatskih simptoma i poteškoća u emocionalnoj regulaciji.

Potvrđena su i očekivanja na temelju prethodne literature (Saxena i sur., 2011, Teixeira i sur., 2021) za negativnu povezanost poteškoća emocionalne regulacije i pozitivne afektivnosti, kao i za pozitivnu povezanost poteškoća emocionalne regulacije i negativne afektivnosti.

Prema nalazima Watson i Pennebaker (1989) očekivali smo pozitivnu povezanost psihosomatskih simptoma i negativne afektivnosti te izostanak povezanosti psihosomatskih simptoma i pozitivne afektivnosti. Negativan afekt je u pozitivnoj povezanosti sa sva tri pokazatelja psihosomatskih simptoma što potvrđuje očekivanje, no tri pokazatelja psihosomatskih simptoma s pozitivnim afektom su u negativnoj povezanosti, što nije u skladu s našim očekivanjima, no u skladu je s rezultatima Teixeira i suradnika (2021) te De Gucht i suradnika (2004a). U istraživanju koje se bavilo povezanošću pozitivnog afekta i funkcionalnih somatskih simptoma na nekliničkom uzorku mladih Acevedo-Mesa i suradnika (2019), utvrđeno je kako je pozitivan afekt značajno negativno povezan s funkcionalnim somatskim simptomima. Ta povezanost je ostala značajna i nakon dodavanja kovarijata (negativan afekt, dob, ženski spol, srednji socioekonomski status i visoki socioekonomski status). Na longitudinalnoj razini pozitivan afekt se pokazao značajno negativno povezan s funkcionalnim somatskim simptomima, no dodavanjem kovarijata (negativan afekt, dob, ženski spol, srednji socioekonomski status i visoki socioekonomski status, funkcionalni somatski simptomi u petom valu mjerenja) pozitivan afekt nije značajno predviđao funkcionalne somatske simptome. Na temelju iznesenog proizlazi zaključak kako se utvrđeni rezultati ne slažu s početnim teorijskim očekivanjem (Watson i Pennebaker, 1989), no u skladu su sa suvremenijim nalazima. Nedostatak povezanosti pozitivnog afekta i somatskih tegoba prema Watson i Pennebaker (1989) ukazuje kako pojedinci koji pate od brojnih tjelesnih problema se još uvijek mogu osjećati sretno, entuzijastično te uzbuđeno. Utvrđeni nalaz o negativnoj povezanosti se čini

smislen budući da je vjerojatno da će se pojedinci koji više pate od psihosomatskih simptoma vjerojatno osjećati manje sretno, entuzijastično te uzbuđeno.

Treći problem u ovom istraživanju bio je predvidjeti ukupan broj i učestalost psihosomatskih simptoma te ometanje psihosomatskim simptomima na temelju afektivnosti te na temelju emocionalne regulacije na uzorku studenata Republike Hrvatske. Utvrđeno je kako negativan afekt značajan prediktor ukupnog broja i učestalosti psihosomatskih simptoma, dok su poteškoće u emocionalnoj regulaciji značajan prediktor ukupnog broja i učestalosti psihosomatskih simptoma te ometanja psihosomatskim simptomima. Nadalje, utvrđeno je kako negativan afekt i poteškoće u emocionalnoj regulaciji zajednički objašnjavaju 22,3% varijance ukupnog broja psihosomatskih simptoma, 22,4% učestalosti psihosomatskih simptoma i 15,3% ometanja psihosomatskim simptomima. Poteškoće u emocionalnoj regulaciji su bolji prediktor za ukupan broj psihosomatskih simptoma te jedini značajan prediktor ometajućeg djelovanja psihosomatskih simptoma, dok je za učestalost psihosomatskih simptoma bolji prediktor negativan afekt.

Utvrđeni nalazi su u skladu s teorijskim modelima objašnjenim u uvodu (Watson i Pennebaker, 1985, Constantino, 2018) te s prijašnjim istraživanjima. U istraživanju De Gucht i suradnika (2004a) negativan efekt utvrđen je kao najsnažniji prediktor medicinski neobjašnjivih tjelesnih simptoma, što potvrđuje komorbiditet psihološke patnje i somatske patnje (Fink, 1995; Simon i sur., 1996; Simon i Von Korff, 1991, sve prema De Gucht i sur., 2004a), a u istraživanju Acevedo-Mesa i suradnika (2019) predviđao je trenutne funkcionalne somatske simptome, kao i promjene u istima tijekom vremena. U istraživanju Fowler i suradnika (2014) na uzorku oboljelih od ozbiljnih psihičkih poremećaja prema kriterijima Kesslera i suradnika (2010) utvrđeno je kako poteškoće u emocionalnoj regulaciji koreliraju sa somatizacijom.

U istraživanju Yildiz i Duy (2019) utvrđeno je kako internalne i eksternalne disfunkcionalne strategije emocionalne regulacije značajno predviđaju psihosomatske simptome kod adolescenata. U istraživanju Teixeira i suradnika (2021) utvrđeno je kako studenti u skupini s više poteškoća u emocionalnoj regulaciji imaju statistički značajno više psihosomatskih simptoma u odnosu na skupinu studenata s manje poteškoća u emocionalnoj regulaciji. Promatravši fizičke bolesti kroz prizmu emocionalnih poremećaja kao što to radi psihosomatska medicina, došlo se do pretpostavke kako bi emocionalna regulacija kao okosnica intervencija pospješila liječenje psihosomatskih poremećaja (Mazaheri i sur., 2014). Sukladno tom

shvaćanju, ne iznenađuje utvrđeni nalaz poteškoća u emocionalnoj regulaciji kao prediktora psihosomatskih simptoma.

Utvrđeni nalazi podupiru teorijske pretpostavke Constantionuo (2018) iznesene u uvodu prema kojima negativan afekt i emocionalna regulacija igraju važne uloge u procesu percepcije simptoma. Naime, zbog afektivne sukladnosti negativan afekt doprinosi aktivaciji i izboru shema simptoma, a djelovanje slabijih vještina emocionalne regulacije pojačava utjecaj negativnog afekta.

U provedbi istraživanja nastojalo se uzeti u obzir okolnosti provođenja istraživanja stoga je ispitano koliki udio sudionika bi dao iste odgovora da su sudjelovali u istraživanju prije pandemije COVID-a 19 i/ili svih događaja u široj zajednici koji su se zbili u posljednjih godinu dana (posljedice koronavirusa, potresi u široj zagrebačkoj regiji). 61,2% sudionika smatra da bi dalo iste odgovore da su sudjelovali u ovom istraživanju prije novih okolnosti, dok 38,8% sudionika smatra da bi njihovi odgovori bili drugačiji. 52,9% sudionika procjenjuje da se njihove emocionalne teškoće ne bi razlikovale da je ispitivanje provedeno prije izmjenjenih okolnosti, 30,1% sudionika smatra da su u posljednjih godinu dana njihove emocionalne teškoće više/učestalije, dok 17,0% sudionika smatra da su manje/rjeđe. Najveći udio sudionika ne prijavljuje razliku u emocionalnim teškoćama, što je u skladu sa statistički neznačajnom razlikom u ukupnom rezultatu poteškoća emocionalne regulacije studenata tijekom *lockdown*-a i prije pandemije (Panayiotou i sur., 2021).

Zatim 67,6% sudionika je dalo samoprocjenu kako se njihove zdravstvene teškoće ne bih razlikovale da su sudjelovali u ovom istraživanju prije pandemije COVID-a 19 i/ili svih događaja u široj zajednici koji su se zbili u posljednjih godinu dana, 16,3% ih vidi kao manje/rjeđe i 16,0% kao više/učestalije. Tematikom povezanosti COVID-19 pandemije i psihosomatskih simptoma bavilo se istraživanje Shevlin i suradnika (2020) na reprezentativnom uzorku odraslih u Velikoj Britaniji. Utvrđeno je kako su rezultati anksioznosti vezane za COVID-19 2. i više razine kvintila povezani s povećanim razinama somatskim simptomima. Bitno je za istaknuti kako je povezanost rezultata 5. kvintila anksioznosti vezane za COVID-19 sa svim somatskim simptomima, osim za kardiopulmonalne simptome, ostala značajna i snažna i uz kontrolu generaliziranog anksioznog poremećaja, prijašnjih zdravstvenih problema, spola, dobi i prihoda. Možemo pretpostaviti kako su se psihosocijalne okolnosti u posljednjih godinu dana odrazile na samoprocjene sudionika, no iz utvrđenih rezultata proizlazi

zaključak da većina sudionika ne percipira da su se psihosocijalne okolnosti odrazile na njihove zdravstvene teškoće.

Na pitanje jesu li doživjeli neki od većih potresa u Hrvatskoj tijekom protekle godine njih 41,0% odgovara kako jesu te su snažno osjetili potres (npr. uz padanje malih predmeta u prostoru u kojem su se nalazili), 29,5% ih je osjetilo potres, no ne previše snažno, 6,1% sudionika je vrlo snažno osjetilo potres (npr. uz pucanje zidova, padanje velikih predmeta poput namještaja u prostoru u kojem su se nalazili), a 23,4% sudionika nije osjetilo potres. Budući da 23,4% sudionika nije uopće osjetilo potres, dok svi ostali (76,6%) u većoj ili manjoj mjeri jesu, možemo pretpostaviti da se doživljaj potresa odrazio na njihove rezultate i to zahtjeva daljnje istraživanje. No, u istraživanju Margetić i suradnika (2021) utvrđen je značajan, no malen učinak doživljavanja potresa u Zagrebu na psihološki status sudionika.

Nedostaci ovog istraživanja su prigodan uzorak koji za sobom povlači pitanje imaju li sudionici drukčije osobine od onih koji nisu sudjelovali. Radilo se o *online* istraživanju, u kojem ne znamo tko točno sudjeluje u istraživanju i u kojim uvjetima. Budući da se radilo o samoprocjenama, mogući su različiti pomaci u odgovorima u odnosu na realno stanje. Pri tome ne mora biti nužno da sudionik namjerno odgovara neiskreno, već može biti i upitno koliko je sudionik kompetentan dati točnu samoprocjenu, posebice u području emocionalne regulacije. U uzorku je prisutna i neravnomjerna podjela sudionika po spolu, pri čemu prevladavaju osobe ženskog spola, stoga bi preporuka za buduća istraživanja bila uključivanje podjednakog broja ženskih i muških sudionika. Prijedlog za buduća istraživanja bio bi ispitivanje eventualnih razlika s obzirom na preddiplomsku i diplomsku razinu studiranja. Zanimljivo bi bilo u budućim istraživanjima uključiti konstrukte koji se odnose na akademski i socijalni život studenata poput akademskog uspjeha, doživljaja akademske klime, zadovoljstva studijem te percipirane potpore od strane obitelji i prijatelja, a koji bi mogli igrati ulogu u odnosu psihosomatskih simptoma, afektivnosti i emocionalne regulacije.

Kao praktične implikacije proizašle iz utvrđenog postojanja klinički značajnih rezultata psihosomatskih simptoma odnosno rizika za razvoj poremećaja sa somatskim simptomima kod 22% ispitanih studentica i 13,7% ispitanih studenata te povezanosti istih s afektivnosti i poteškoćama u emocionalnoj regulaciji, predlažu se intervencije namjenjene studentima usmjerene na osvještavanje poteškoća u emocionalnoj regulaciji te smanjivanje istih. Predlaže se i uključivanje edukacije o suočavanju s negativnim afektima te o tome što su psihosomatski

simptomi i što može doprinijeti njihovome razvoju. Treniranje u cilju uspješnog ovladavanja vještinama učinkovite emocionalne regulacije bi potencijalno trebalo uključiti u preventivne programe koji se bave psihičkim zdravljem mladih. Za studente koji su na početku studija i susreću se s novim izazovima studiranja, kao i novine koje očekuju studente koji završavaju svoj studij u vidu novih životnih prekretnica, svakako su događaji koji mogu utjecati na njihovo psihičko zdravlje te je istom i u teorijskom i u praktičnom smislu potrebno posvetiti pažnju.

## 6. Zaključak

1. Utvrđeno je kako kod ukupnog broja psihosomatskih simptoma klinički značajan rezultat postiže 22% studentica i 13,7% studenata. Ispitivanjem poteškoća u emocionalnoj regulaciji utvrđeno je kako 5,8% sudionika ima manje probleme i 11,3% sudionika ima značajne probleme. Utvrđeno je kako studenti postižu više rezultate na pozitivnom afektu u odnosu na negativan afekt.

2. Utvrđeno je kako su poteškoće u emocionalnoj regulaciji u značajnoj umjerenj pozitivnoj korelaciji s učestalosti psihosomatskih simptoma, ometanjem psihosomatskim simptomima i ukupnim brojem psihosomatskih simptoma. Pet podljestvica *jasnoća, strategije, impulsi, ciljevi, neprihvatanje* su u umjerenj do jakoj pozitivnoj povezanosti (uz izuzetak *jasnoće* koja je u slaboj pozitivnoj povezanosti s ometanjem psihosomatskim simptomima) sa ukupnim brojem i učestalosti psihosomatskih simptoma te ometanjem psihosomatskim simptomima, a podljestvica *svjesnost* nije povezana s pokazateljima psihosomatskih simptoma.

Pozitivan afekt je u značajnoj negativnoj slaboj povezanosti s ukupnim brojem i učestalosti psihosomatskih simptoma te ometanjem psihosomatskim simptomima, dok je negativan afekt u značajnoj pozitivnoj visokoj povezanosti s istima. Ravnoteža afekta je u značajnoj negativnoj umjerenj i visokoj povezanosti s pokazateljima psihosomatskih simptoma.

Pozitivan afekt i ravnoteža afekta su u značajnoj negativnoj visokoj povezanosti, a negativan afekt u značajnoj pozitivnoj visokoj povezanosti s poteškoćama u emocionalnoj regulaciji. Sukladno smjeru povezanosti poteškoća u emocionalnoj regulaciji, on takav ostaje i kod povezanosti sa podljestvicama i sve su korelacije značajne, osim one između podljestvice *svjesnost* i negativnog afekta.

3. Utvrđeno je kako negativan afekt i poteškoće u emocionalnoj regulaciji zajednički objašnjavaju 22,3% varijance ukupnog broja psihosomatskih simptoma. Negativan afekt i poteškoće u emocionalnoj regulaciji objašnjavaju 15,3% varijance ometanja psihosomatskim simptomima pri čemu su značajan prediktor samo poteškoće u emocionalnoj regulaciji. Ta dva prediktora objašnjavaju 22,4% varijance učestalosti psihosomatskih simptoma.

U istraživanju odnosa psihosomatskih simptoma, afektivnosti i emocionalne regulacije ostvaren je uvid u zastupljenost psihosomatskih simptoma, poteškoća u emocionalnoj regulaciji i afektivnost studenata te u njihovu međusobnu povezanost. Potrebna su daljnja istraživanja kako bi se utvrdili mogući smjerovi tih povezanosti, kao i moguće moderatorske i medijatorske varijable.



## 7. Literatura

- Acevedo-Mesa, A., Rosmalen, J. G., Ranchor, A. V., i Roest, A. M. (2019). Positive affect and functional somatic symptoms in young adults. *Journal of psychosomatic research*, 127, 109847. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109847>
- Adhikari, A., Dutta, A., Sapkota, S., Chapagain, A., Aryal, A., i Pradhan, A. (2017). Prevalence of poor mental health among medical students in Nepal: a cross-sectional study. *BMC medical education*, 17(1), 1-7. [https://DOI 10.1186/s12909-017-1083-0](https://doi.org/10.1186/s12909-017-1083-0)
- Američka psihijatrijska udruga (2014). *DSM-5 Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Naklada Slap.
- Balgiu, B. A. (2019). Validation of the Scale of Positive and Negative Experience (SPANE) on a Romanian student sample. *Rev. Psihol*, 65(3), 209-218. [https://doi:10.1037/t74516-000](https://doi.org/10.1037/t74516-000)
- Bogaerts, K., Rayen, L., Lavrysen, A., Van Diest, I., Janssens, T., Schruers, K. i Van den Bergh, O. (2015). Unraveling the relationship between trait negative affectivity and habitual symptom reporting. *PloS one*, 10(1), 1-15. [https://doi:10.1371/journal.pone.0115748](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115748)
- Bradburn, N. M. (2015). The affect balance scale: Subjective approaches (3). U W. Glatzer, L. Camfield, V. Møller i M. Rojas (ur.) *Global handbook of quality of life*, (str. 269-279). Springer. [https://doi:10.1007/978-94-017-9178-6](https://doi.org/10.1007/978-94-017-9178-6)
- Bradizza, C. M., Brown, W. C., Rusczyk, M. U., Dermen, K. H., Lucke, J. F., i Stasiewicz, P. R. (2018). Difficulties in emotion regulation in treatment-seeking alcoholics with and without co-occurring mood and anxiety disorders. *Addictive behaviors*, 80, 6-13. [https://doi:10.1016/j.addbeh.2017.12.033](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.12.033)
- Chinawa, J. M., Nwokocha, A. R., Manyike, P. C., Chinawa, A. T., Aniwada, E. C., i Ndokuba, A. C. (2016). Psychosomatic problems among medical students: a myth or reality?. *International journal of mental health systems*, 10(1), 1-5. [https://doi:10.1186/s13033-016-0105-3](https://doi.org/10.1186/s13033-016-0105-3)
- Constantinou, E. (2018). Negative affect and medically unexplained symptoms. U C. Charis, G. Panayiotou (ur.) *Somatoform and Other Psychosomatic Disorders* (str. 61-87). Springer. [https://doi:10.1007/978-3-319-89360-0\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-89360-0_4)
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., i Dias, P. (2010). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37(4), 145-151. [https://doi:10.1590/S0101-60832010000400001](https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001)
- Daniel-González, L., de la Rubia, J. M., Valle de la O, A., Garcia-Cadena, C. H., i Martinez-Marti, M. L. (2020). Validation of the mexican spanish version of the scale of positive and negative experience in a sample of medical and psychology students. *Psychological Reports*, 123(5), 2053-2079. [https://doi:10.1177/0033294119896046](https://doi.org/10.1177/0033294119896046)

- De Gucht, V., Fischler, B., i Heiser, W. (2004a). Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*, 36(7), 1655-1667. [https:// doi:10.1016/j.paid.2003.06.012](https://doi:10.1016/j.paid.2003.06.012)
- De Gucht, V., Fischler, B., i Heiser, W. (2004b). Personality and affect as determinants of medically unexplained symptoms in primary care: A follow-up study. *Journal of psychosomatic research*, 56(3), 279-285. [https://doi:10.1016/s0022-3999\(03\)00127-2](https://doi:10.1016/s0022-3999(03)00127-2)
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., i Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., i Oishi, S. (2009). *New measures of well-being. U E. Diener (ur.), Assessing Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* (str. 247-266). Springer. [https://doi:10.1007/978-90-481-2354-4\\_12](https://doi:10.1007/978-90-481-2354-4_12)
- du Plessis, G. A., i Guse, T. (2017). Validation of the Scale of Positive and Negative Experience in a South African student sample. *South African Journal of Psychology*, 47(2), 184-197. <https://doi:10.1177/0081246316654328>
- Epstein, R. M., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Fiscella, K., Carroll, J., Carney, P. A. i Duberstein, P. R. (2006). Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 68(2), 269-276. <https://doi:10.1097/01.psy.0000204652.27246.5b>
- Fowler, J. C., Charak, R., Elhai, J. D., Allen, J. G., Frueh, B. C., i Oldham, J. M. (2014). Construct validity and factor structure of the difficulties in emotion regulation scale among adults with severe mental illness. *Journal of psychiatric research*, 58, 175-180. [https:// doi:10.1016/j.jpsychires.2014.07.029](https://doi:10.1016/j.jpsychires.2014.07.029)
- Giromini, L., Ales, F., De Campora, G., Zennaro, A., i Pignolo, C. (2017). Developing age and gender adjusted normative reference values for the difficulties in emotion regulation scale (DERS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(4), 705-714. [https://doi: 10.1007/s10862-017-9611-0](https://doi:10.1007/s10862-017-9611-0)
- Gratz, K. L., i Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi:10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & emotion*, 13(5), 551-573.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi:10.1080/1047840x.2014.940781>
- Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., i Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and its short forms in

- adults with emotional disorders. *Frontiers in psychology*, 9, 539.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00539>
- Jafri, S. A. M., Zaidi E., Aamir I. S., Aziz H. W., Din I. U., i Shah M. A. H. (2017). Stress Level Comparison of Medical and Non-medical Students: A Cross Sectional Study done at Various Professional Colleges in Karachi, Pakistan. *Acta Psychopathol.* 3(2), 1-6.  
<https://doi.org/10.4172/2469-6676.100080>
- Jakovina, T. (2017). *Privrženost, samopoštovanje i emocionalna prilagodba u bolesnica s bulimijom nervozom*. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet.
- Jakovina, T., Crnković Batista, M., Ražić Pavičić, A., Žurić Jakovina, I. i Begovac, I. (2017). Emotional dysregulation and attachment dimensions in female patients with bulimia nervosa. *Psychiatria Danubina*, 30(1), 72-78. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.72>
- Kara, A., i Gök, A. (2020). Positive and Negative Affect during a Pandemic: Mediating Role of Emotional Regulation Strategies. *Journal of Pedagogical Research*, 4(4), 484-497.  
<https://doi.org/10.33902/jpr.2020064452>
- King, R. B., McInerney, D. M., Ganotice Jr, F. A., i Villarosa, J. B. (2015). Positive affect catalyzes academic engagement: Cross-sectional, longitudinal, and experimental evidence. *Learning and Individual Differences*, 39, 64-72.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.lindif.2015.03.005>
- Komšo, T. i Burić, I. (2016). Dienerove skale subjektivne dobrobiti: Skala zadovoljstva životom, Skala prosperiteta i Skala pozitivnih i negativnih iskustava. U I. Tucak Junaković. (ur.) *Zbirka psiholoških skala i upitnika* (str. 7-17). Sveučilište u Zadru.
- Kurlansik, S. L. i Maffei, M. S. (2016). Somatic symptom disorder. *American family physician*, 93(1), 49-54.
- Malobabić, M., Živković, D., i Randelović, N. (2020). THE SEVERITY OF PSYCHOSOMATIC PROBLEMS AND PROCRASTINATION IN STUDENTS. *Facta Universitatis, Series: Teaching, Learning and Teacher Education*, 3(2), 109-119.  
<https://doi.org/10.22190/futlte1902109m>
- Margetić, B., Peraica, T., Stojanović, K., i Ivanec, D. (2021). Predictors of emotional distress during the COVID-19 pandemic; a Croatian study. *Personality and Individual Differences*, 175, 110691. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110691>
- Martinović, M. (2018). *Analiza povezanosti doživljaja akademske klime i psihosomatskih smetnji kod studenata*. Diplomski rad. Zagreb: Filozofski fakultet.
- Mazaheri, M. (2015). Difficulties in emotion regulation and mindfulness in psychological and somatic symptoms of functional gastrointestinal disorders. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 9(4), 1-7. <https://doi.org/10.17795/ijpbs-954>
- Mazaheri, M., Daghighzadeh, H., Afshar, H., i Mohammadi, N. (2014). The effectiveness of the unified protocol on emotional dysregulation and cognitive emotion regulation

- strategies in patients with psychosomatic disorders. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 1(1), 73-82.
- Neitzert, C. S., Davis, C., i Kennedy, S. H. (1997). Personality factors related to the prevalence of somatic symptoms and medical complaints in a healthy student population. *British Journal of Medical Psychology*, 70(1), 93-101. <https://doi:10.1111/j.2044-8341.1997.tb01889.x>
- Panayiotou, G., Panteli, M., i Leonidou, C. (2021). Coping with the invisible enemy: The role of emotion regulation and awareness in quality of life during the COVID-19 pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 17-27. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.11.002>
- Payne, H. (2021). The BodyMind Approach® to support students in higher education: Relationships between student stress, medically unexplained physical symptoms and mental health. *Innovations in Education and Teaching International*, 1-12. <https://doi:10.1080/14703297.2021.1878052>
- Pikó, B., Barabás, K., i Boda, K. (1997). Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *The European Journal of Public Health*, 7(3), 243-247.
- Saxena, P., Dubey, A., i Pandey, R. (2011). Role of Emotion Regulation Difficulties in Predicting Mental Health and Well-being. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 18(2), 147-155.
- Shevlin, M., Nolan, E., Owczarek, M., McBride, O., Murphy, J., Gibson Miller, J., ... i Bentall, R. P. (2020). COVID-19-related anxiety predicts somatic symptoms in the UK population. *British Journal of Health Psychology*, 25(4), 875-882. <https://DOI:10.1111/bjhp.12430>
- Teixeira, R. J., Brandão, T., i Dores, A. R. (2021). Academic stress, coping, emotion regulation, affect and psychosomatic symptoms in higher education. *Current Psychology*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01304-z>
- Thompson, R. A. (2019). Emotion dysregulation: A theme in search of definition. *Development and psychopathology*, 31(3), 805-815. <https://doi:10.1017/S0954579419000282>
- Vulić-Prtorić, A. (2019). *Upitnik psihosomatskih simptoma – PSS: priručnik, normativni podatci i upitnici*. Odjel za psihologiju Sveučilišta u Zadru.
- Watson, D. i Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological review*, 96(2), 234-254.
- Yıldız, M. A., i Duy, B. (2019). The predictive role of emotion regulation strategies on depressive and psychosomatic symptoms in adolescents. *Current Psychology*, 38(2), 387-396. <https://doi:10.1007/s12144-017-9616-6>

## 8. Prilozi

**Prilog 1.** Ljestvica pozitivnih i negativnih iskustava (Diener i sur., 2009; adaptirale Komšo i Burić, 2016)

Molimo Vas da razmislite o svojim iskustvima u posljednja četiri tjedna. Procijenite koliko često ste osjećali navedene emocije na skali od 1 do 5 pri čemu vrijedi:

1 – vrlo rijetko ili nikad

2 – rijetko

3 – ponekad

4 – često

5 – vrlo često ili uvijek

1.	Pozitivno	1	2	3	4	5
2.	Negativno	1	2	3	4	5
3.	Dobro	1	2	3	4	5
4.	Loše	1	2	3	4	5
5.	Ugodno	1	2	3	4	5
6.	Neugodno	1	2	3	4	5
7.	Sretno	1	2	3	4	5
8.	Tužno	1	2	3	4	5
9.	Preplašeno	1	2	3	4	5
10.	Radosno	1	2	3	4	5
11.	Ljuto	1	2	3	4	5
12.	Zadovoljno	1	2	3	4	5

**Prilog 2. Jednadžbe za izračunavanje T-rezultata prilagođenih za spol i dob (Giromini i sur., 2017)**

$$\text{Neprihvaćanje} = \frac{\text{sirova vrijednost neprihvaćanje} - (14.528 - (\text{dobx}.060) - (\text{spolx}.100))}{4.756} x10 + 50$$

$$\text{Ciljevi} = \frac{\text{sirova vrijednost ciljevi} - (16.448 - (\text{dobx}.096) + (\text{spolx}.293))}{4.207} x10 + 50$$

$$\text{Impulsi} = \frac{\text{sirova vrijednost impulsi} - (13.506 - (\text{dobx}.057) + (\text{spolx}.351))}{4.588} x10 + 50$$

$$\text{Svjesnost} = \frac{\text{sirova vrijednost svjesnost} - (14.312 - (\text{dobx}.037) + (\text{spolx}.541))}{4.049} x10 + 50$$

$$\text{Strategije} = \frac{\text{sirova vrijednost strategije} - (19.307 - (\text{dobx}.095) + (\text{spolx}.213))}{6.323} x10 + 50$$

$$\text{Jasnoća} = \frac{\text{sirova vrijednost jasnoća} - (12.386 - (\text{dobx}.063) - (\text{spolx}.113))}{3.765} x10 + 50$$

$$\text{Poteškoće u em. regulaciji} = \frac{\text{sirova vrijednost poteš. u e.r.} - (90.486 - (\text{dobx}.333) + (\text{spolx}.102))}{19.798} x10 + 50$$

Napomena: dob – broj godina; spol – Ž = 0, M = 1