Odnos hipohondrije, somatizacije i disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju

Matković, Maja

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:162:573481

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Image not found or type unknown

Repository / Repozitorij:

University of Zadar Institutional Repository

zir.nsk.hr

Image not found or type unknown

Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju
Diplomski sveučilišni studij psihologije (jednopredmetni)

Maja Matković

Odnos hipohondrije, somatizacije i disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju

Diplomski rad

Zadar, 2018.

Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju
Diplomski sveučilišni studij psihologije

Odnos hipohondrije, somatizacije i disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju

Diplomski rad

Student/ica:
Maja Matković

Mentor/ica:
Izv. prof. dr. sc. Ana Slišković

Zadar, 2018.

Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Maja Matković,** ovime izjavljujem da je moj diplomski rad pod naslovom **Odnos hipohondrije, somatizacije i disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 28. ožujak 2018.

Sažetak

Trenutno dominantne pristupe razumijevanju i liječenju hipohondrije predstavljaju kognitivno-bihevioralni modeli koji u središte stavljaju disfunkcionalna vjerovanja o zdravlju. U objašnjenjima somatizacije također se stavlja naglasak na kognitivne čimbenike, ali njen odnos sa disfunkcionalnim vjerovanjima o zdravlju još nije u potpunosti jasan. Hipohondrija i somatizacija međusobno su ovisni fenomeni, te je potrebno razjasniti mehanizme koji vode od početne percepcije somatskih simptoma do razvoja hipohondrijskih strahova, uvjerenja i ponašanja. Uz provjeru faktorske strukture mjera samoprocjene hipohondrije i disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja adaptiranih na hrvatski jezik; preciznije, *Skale stavova prema bolesti* (Kellner, 1986) i *Skale simptoma i ishoda* (Marcus, 1999), cilj ovog istraživanja bio je ispitati prirodu odnosa hipohondrije, somatizacije, anksioznosti i disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju, ispitati doprinos navedenih varijabli cjelokupnom psihičkom zdravlju te utvrditi ulogu disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja u odnosu između somatizacije i hipohondrije. Razine svih proučavanih konstrukata utvrđene su mjerama samoprocjene, pri čemu je uzorak sačinjavao 391 sudionik mlađe odrasle dobi. Potvrđena je pretpostavljena četverofaktorska struktura *Skale stavova prema bolesti*, kao i pretpostavljena dvofaktorska struktura *Skale simptoma i ishoda*. U objašnjenju opće hipohondrije značajan doprinos ostvarili su anksioznost, somatizacija te disfunkcionalna zdravstvena uvjerenja koja se odnose na procjene vjerojatnosti katastrofalnih ishoda. Kao značajni prediktori somatizacije utvrđeni su anksioznost i dimenzije hipohondrije koje se odnose na strah od bolesti, boli i smrti, učinke simptoma te uvjerenje o bolesti. Pojedinci s višim razinama anksioznosti te višim razinama somatizacije, kao i oni koji su davali više procjene vjerojatnosti katastrofalnih ishoda, ujedno i izražavaju više razine opće hipohondrije, dok su anksiozniji pojedinci te oni s izraženijim strahom od bolesti, boli i smrti, učincima simptoma te uvjerenjem o bolesti skloniji učestalijim somatskim simptomima. Konačno, lošije psihičko zdravlje imaju pojedinci s izraženijim anksioznim osjećajima te višim razinama uvjerenja o bolesti. Ispitivanjem medijatorske uloge disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja u odnosu između somatizacije i hipohondrije utvrđeno je da model djelomične medijacije bolje pristaje podacima od modela potpune medijacije. Pojedinci koji doživljavaju učestalije somatske simptome skloniji su višim procjenama vjerojatnosti obolijevanja od teških bolesti, pri čemu te više procjene vjerojatnosti obolijevanja od teških bolesti ujedno doprinose višim razinama hipohondrije. Međutim, neovisno o disfunkcionalnim zdravstvenim uvjerenjima, osobe sklonije somatizaciji imaju i više razine hipohondrije.

Ključne riječi: hipohondrija, somatizacija, disfunkcionalna vjerovanja o zdravlju, *Skala stavova prema bolesti, Skala simptoma i ishoda*

Relationship between hypochondriasis, somatization and dysfunctional health beliefs

Summary

Currently dominant approaches to understanding and treating hypochondriasis are cognitive-bihevioral models which put concept of dysfunctional health beliefs in the center. Explanations of somatization also emphasize importance of cognitive factors, but its relationship with dysfunctional health beliefs is not yet entirely clear. Hypochondriasis and somatization are mutually independent phenomena, and it is necessary to clarify the mechanisms which lead from the initial perception of somatic symptoms to the development of hypochondrial fears, beliefs and behaviors. In addition to checking the factor structure of self-assessment measures of hypochondriasis and dysfunctional health beliefs adapted on Croatian; precisely, *Illness Attitude Scales* (Kellner, 1986) and *Symptoms and Outcomes Scale* (Marcus, 1999), the aim od this study was to examine the nature of the relationship between hypochondriasis, somatization, anxiety and dysfunctional health beliefs, examine the contribution of these variables to overall mental health and determine the role of dysfunctional health beliefs in a relationship between somatization and hypochondriasis. Levels of all studied constructs were determined by self-assessment measures, while sample consisted of 391 participiants in young adulthood. Assumed four-factor structure of *Illness Attitudes Scales* was confirmed, as well as two-factor structure of *Symptoms and Outcomes Scale*. In the explanation of general hypohondria, anxiety, somatization and dysfunctional health beliefs related to estimates of probability of catastrophic outcomes made significant contributions. Anxiety and dimensions of hypohondria related to fear of illness, pain and death, symptom effects, and disease conviction have been identified as significant predictors of somatization. Individuals with higher levels of anxiety and higher levels of somatization, as well as those who gave higher estimates of probability of catastrophic outcomes, at the same time express higher levels of general hypochondria, while more anxious individuals and those with more pronounced fear of disease, pain and death, effects of symptoms, and disease conviction are more prone to experiencing frequent somatic symptoms. Ultimately, individuals with more pronounced feelings of anxiety and higher levels of disease conviction had poorer mental health. In examining mediating role of dysfunctional health beliefs in the relationship between somatization and hypochondriasis, it was found that model of partial mediation better suits to data than model of full mediation. Individuals who experience more frequent somatic symptoms tend to give higher estimates of probability of serious illness, while those higher estimates of the probability of developing serious illness at the same time contribute to higher levels of hypochondriasis. However, independently of dysfunctional health beliefs, individuals more prone to somatization have higher levels of hypochondriasis.

Key words: hypochondriasis, somatization, dysfunctional health beliefs, *Illness Attitude Scales*, *Symptoms and Outcomes Scale*

Sadržaj

1. Uvod ... 1
1.1. Hipohondrija ... 2
1.1.1. Poremećaj hipohondrije ... 3
1.1.2. Prevalencija hipohondrije ... 3
1.1.3. Simptomi hipohondrije ... 4
1.1.4. Tijek i liječenje hipohondrije ... 5
1.1.5. Psihodinamski pristupi hipohondriji ... 6
1.1.6. Interpersonalni model hipohondrije i zdravstvene anksioznosti ... 6
1.1.7. Kognitivno-bihevioralni modeli hipohondrije i zdravstvene anksioznosti ... 7
1.1.8. Disfunkcionalna zdravstvena uvjerenja i hipohondrija ... 10
1.1.9. Mjere samoprocjene hipohondrije ... 13
1.2. Somatizacija ... 17
1.2.1. Poremećaj somatizacije ... 18
1.2.2. Prevalencija somatizacije ... 19
1.2.3. Simptomi somatizacije ... 20
1.2.4. Tijek i liječenje somatizacije ... 21
1.2.5. Predisponirajući faktori ... 22
1.2.6. Precipitirajući faktori ... 24
1.2.7. Održavajući faktori ... 25
1.2.8. Somatizacija i hipohondrija ... 25
1.2.9. Somatizacija i disfunkcionalna vjerovanja o zdravlju ... 27
1.2.9.1. Uloga disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju u odnosu između somatizacije i hipohondrije ... 28
1.3. Anksioznost ... 30
1.3.1. Anksioznost i hipohondrija ... 33
1.3.2. Anksioznost i somatizacija ... 36

1.4. Psihičko zdravlje 38
1.5. Polazište i cilj istraživanja 40
2. Problemi i hipoteze 42
2.1. Problemi 42
2.2. Hipoteze 42
3. Metoda 45
3.1. Sudionici 45
3.2. Mjerni instrumenti 45
3.2.1. Hipohondrija 45
3.2.2. Disfunkcionalna vjerovanja o zdravlju 46
3.2.3. Somatizacija 48
3.2.4. Anksioznost 49
3.2.5. Psihičko zdravlje 49
3.3. Postupak 50
4. Rezultati 51
4.1. Provjera faktorske strukture i pouzdanosti Skale stavova prema bolesti 51
4.2. Provjera faktorske strukture i pouzdanosti Skale simptoma i ishoda 55
4.3. Deskriptivni parametri korištenih mjera i njihove međusobne povezanosti 60
4.4. Doprinosi korištenih prediktorskih mjera u objašnjenju hipohondrije, somatizacije i psihičkog zdravlja 65
4.5. Medijacijska uloga disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja u odnosu između somatizacije i hipohondrije 70
5. Rasprava 73
5.1. Završna razmatranja 85
6. Zaključci 88
7. Literatura 90
8. Prilozi 109

1. Uvod

Učestalo doživljavanje somatskih simptoma te briga o bolesti uobičajene su pojave i kod fizički zdravih pojedinaca. Dok kod pojedinaca koji boluju od određene bolesti ili su pod povećanim rizikom za njen razvoj briga o zdravlju te usmjerenost na fizičke simptome predstavljaju adaptivne funkcije koje služe očuvanju vlastitog zdravlja, kod zdravih osoba pretjerana usmjerenost na tijelo može dovesti do patoloških procesa (Abramowitz, Olatunji i Deacon, 2007). Iako hipohondrija i somatizacija predstavljaju dva različita fenomena te se dijagnosticiraju kao zasebni poremećaji, često se izjednačavaju ili proučavaju zajedno zbog međusobne zavisnosti somatskih simptoma te straha od bolesti, kao i mnoštva zajedničkih značajki.

Hipohondriju prvenstveno karakterizira usmjerenost na vlastito fizičko zdravlje te posljedična zaokupljenost strahom da osoba boluje ili će oboljeti od teške bolesti (Abramowitz i sur., 2007). Kako bi se hipohondriju promatralo i van granica kliničkog okružja, noviji pristupi na nju gledaju kao na dimenzionalni konstrukt koji se proteže na kontinuumu, pri čemu su razlike između hipohondričnih i nehipohondričnih pojedinaca kvantitativne prirode (Barsky, Wyshak i Klerman, 1986; Kirmayer, Robbins i Paris, 1994). Trenutno vodeće teorije hipohondrije te pripadajući oblici liječenja ističu važnost kognitivnih i perceptivnih faktora u njezinoj etiologiji (Williams, 2004). Kognitivno-bihevioralni model zdravstvene anksioznosti i hipohondrije (Salkovskis i Warwick, 1986; Warwick i Salkovskis, 1990) kao rizične faktore za njen nastanak i održavanje prvenstveno ističe disfunkcionalna vjerovanja o zdravlju koja, jednom kad su aktivirana, dovode do anksioznosti i pretjerane usmjerenosti na tjelesne promjene.

Prisutnost brojnih fizičkih simptoma koji nemaju organsku podlogu te njihovo pripisivanje fizičkoj bolesti (Lipowski, 1988), pri čemu ti tjelesni simptomi uglavnom izražavaju različita psihička stanja, naziva se somatizacijom (Wool i Barsky, 1994). Somatizaciji se također pristupa kao kontinuiranoj varijabli koja se kreće od prisutnosti malobrojnih prolaznih simptoma kojima se prema kraju spektra povećava brojnost, težina i utjecaj na funkcioniranje pojedinca (Rosendal, Olesen i Fink, 2005; Katon i sur., 1991; Sitnikova i sur., 2017). Kognitivno-perceptivni čimbenici također prevladavaju u objašnjenjima razvoja somatizacije, pri čemu se posebno ističe koncept somatosenzorne amplifikacije benignih tjelesnih senzacija

(Barsky, 1992). Osobe sklone hipohondriji često ne razumiju benignu prirodu funkcionalnih somatskih simptoma, zbog čega interpretiraju te simptome kao znakove teške bolesti, pri čemu somatosenzorna amplifikacija vjerojatno ima važnu ulogu (Duddu, Isaac i Chatervedi, 2006). U skladu s navedenim, moguće je da disfunkcionalna zdravstvena uvjerenja o učestalosti teških bolesti imaju ulogu u odnosu somatizacije i hipohondrije, posredujući između pojave somatskih simptoma i konačnog razvoja hipohondrijskih strahova, uvjerenja i ponašanja.

S obzirom na manjak mjernih instrumenata za procjenu hipohondrije u Hrvatskoj, za potrebe ovog istraživanja *Skala stavova prema bolesti* (Kellner, 1986), kao široko korištena mjera procjene hipohondrije, prevedena je na hrvatski jezik te primijenjena na nekliničkoj populaciji ispitanika mlađe odrasle dobi. Uz *Skalu stavova prema bolesti,* na hrvatski jezik prevedena je i *Skala simptoma i ishoda* (Marcus, 1999) primijenjena na istoj populaciji, koja ispituje procjene pojedinaca o vjerojatnosti postojanja određene bolesti na temelju skupa navedenih simptoma. Uz provjeru faktorske strukture i pouzdanosti navedenih skala, u provedenom istraživanju također je ispitivana priroda odnosa hipohondrije, somatizacije, anksioznosti i disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju te uloga disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju u objašnjenju odnosa između somatizacije i hipohondrije. Kako bi se utvrdilo predviđaju li simptomi anksioznosti, hipohondrije i somatizacije generalnu dobrobit pojedinca ispitivan je njihov doprinos u objašnjenju psihičkog zdravlja. U nastavku će biti dan pregled navedenih konstrukata, njihovih korelata i teorija koje ih objašnjavaju, kao i empirijskih spoznaja o njihovim odnosima.

1.1. Hipohondrija

S obzirom na to da fizička dobrobit predstavlja neophodan čimbenik preživljavanja, ne iznenađuje činjenica da velik broj ljudi s vremena na vrijeme iskazuje brige usmjerene na zdravlje (Looper i Kirmayer, 2001). Intenzivna briga o vlastitom zdravlju, koja se naziva i zdravstvena anksioznost, razvija se u odsutnosti organske patologije, primjerice onda kada pojedinac na temelju krive interpretacije benignih tjelesnih osjeta sebe doživljava kao teško bolesnog. Hipohondrija se, kao oblik intenzivne zdravstvene anksioznosti, temelji upravo na spomenutoj vrsti krivih atribucija. Prvenstveno je karakteriziraju precjenjivanje vjerojatnosti i ozbiljnosti medicinskih stanja, selektivna usmjerenost pažnje na podražaje vezane uz bolest te neizdrživi nagon za stalnim traženjem liječničkih savjeta do mjere u kojoj to ugrožava

psihosocijalno funkcioniranje (Abramowitz i sur., 2007).

1.1.1. Poremećaj hipohondrije

U DSM-u-IV (Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, 4. izdanje), hipohondrija je kategorizirana kao *somatoformni poremećaj*, uz somatizaciju, konverzivni poremećaj, poremećaj osjeta boli i poremećaj sheme vlastitog tijela. Zajedničko obilježje somatoformnih poremećaja jest prisutnost fizičkih simptoma koji upućuju na određeno medicinsko stanje, ali ih nije moguće u potpunosti objasniti tim medicinskim stanjem (Fallon, 1999). Pojedinci s dijagnozom nekog od somatoformnih poremećaja opetovano traže medicinsku obradu kojom se obično ne pronađe tjelesna podloga njihovih simptoma, što u bolesnika izaziva nezadovoljstvo koje zatim dovodi do daljnjeg traženja pomoći od drugih liječnika te stalnog inzistiranja na pretragama (Begić, 2011). Dok hipohondrija i poremećaj sheme vlastitog tijela dijele značajku kognitivne zaokupljenosti, zajednički faktor hipohondrije i somatizacije jest doživljavanje brojnih fizičkih simptoma i osjeta (Fallon, 1999). Prema DSM-u-IV dijagnoza poremećaja hipohondrije postavlja se onda kada pojedinac ima neosnovanu zaokupljenost tjelesnim funkcijama i strahom da boluje ili će bolovati od neke teške i ozbiljne bolesti (Begić, 2011) koja traje najmanje šest mjeseci te uzrokuje značajnu emocionalnu nelagodu i/ili nesposobnost funkcioniranja (Williams, 2004). Međutim, prema najnovijem izdanju DSM-a (Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, 5. izdanje), prijašnje dijagnoze somatizacije, nediferenciranog somtoformnog poremećaja, različitih poremećaja osjeta boli te hipohondrije sa somatskim simptomima svedene su na jedinstvenu dijagnozu *poremećaja somatskih simptoma*. U 20% slučajeva pojedinci koji boluju od hipohondrije ne žale se na somatske simptome, već je kod njih iznimno izražen samo strah od razvoja bolesti, zbog čega im se prema DSM-u-5 tada postavlja dijagnoza *poremećaja zdravstvene anksioznosti* (Dimsdale i sur., 2013).

1.1.2. Prevalencija hipohondrije

Hipohondrija se može javiti u bilo kojoj dobi, ali najčešće započinje u ranoj odrasloj dobi (Abramowitz i Braddock, 2006), pri čemu je podjednako često prisutna kod muškaraca i kod žena (Bleichhardt i Hiller, 2007; Escobar i sur., 1998; Gureje, Ustün i Simon, 1997). Kada se u obzir uzme navedeni kriterij u DSM-u-IV, hipohondrija se smatra relativno rijetkim

poremećajem sa prevalencijom koja se nešto razlikuje ovisno o populaciji na kojoj se vrši procjena i kreće se u rasponu od 0.2% (Looper i Kirmayer, 2001) do 0.8% (Gureje i sur., 1997), pri čemu neka istraživanja nalaze i više stope učestalosti od 4,2% (Creed i Barsky, 2004) do 4,5% (Faravelli i sur., 1997). Međutim, primarna hipohondrija koja predstavlja zasebnu dijagnozu rjeđa je od sekundarne hipohondrije koja se javlja u sklopu drugog psihičkog poremećaja koji ranije nastupa ili je pervazivniji (Kellner, 1992; Noyes, 1999). Također, izvan kliničkog okružja, prolazni oblici hipohondrije i zdravstvene anksioznosti relativno su učestala pojava u općoj populaciji (Looper i Kirmayer, 2001). Naime, noviji pristupi gledaju na hipohondriju kao na dimenziju ličnosti koja se nalazi na kontinuumu, pri čemu su razlike između simptoma kliničke hipohondrije i nekliničke zdravstvene anksioznosti više kvantitativne nego kvalitativne prirode, što su potvrdila i istraživanja (Barsky i sur., 1986; Kirmayer i sur., 1994).

1.1.3. Simptomi hipohondrije

Simptomi hipohondrije obično se javljaju u razdobljima pojačanog stresa, najčešće kao posljedica oporavka od teške bolesti te bolesti ili smrti bliske osobe (Barsky i Klerman, 1983), ali i vijesti u medijima vezanih uz bolest (Abramowitz i Braddock, 2006). Bolesnik koji pati od hipohondrije žali se na različite tjelesne simptome koji su obično smješteni u unutarnjim trbušnim organima, prsnom košu, glavi i vratu. Pritužbe koje bolesnik navodi često su vrlo detaljne s obzirom na lokaciju, narav i trajanje simptoma, ali uglavnom ne slijede obrasce postojećih fizičkih poremećaja (Frančišković i sur., 2009). Bolesnikova pažnja obično je usmjerena na specifične tjelesne funkcije, poput natečenih limfnih čvorova, stvarne tjelesne abnormalnosti koje su tipično benigne prirode, poput blage boli, te nejasne tjelesne senzacije, kao što su „umorna pluća“. Pojedinac postaje zaokupljen određivanjem značenja percipiranih simptoma te etiologije u njihovoj podlozi, pri čemu te generalno benigne znakove i osjete pripisuje malignim bolestima od koje strahuje (Abramowitz i Braddock, 2006). Naime, hipohondrični pojedinci imaju predodžbu o dobrom zdravlju kao gotovo savršenom stanju bez ikakvih fizičkih simptoma (Barsky, Coeytaux, Sarnie i Cleary, 1993), zbog čega pojava bilo kakvih simptoma dovodi do njihove krive interpretacije kao znakova ozbiljne bolesti (Salkovskis i Clark, 1993). Također, oni iskazuju određenu pristranost prilikom procjene rizika, pri čemu percipiraju da su pod višim rizikom za obolijevanje od teških bolesti (Barsky, Ettner, Horsky i Bates, 2001). Navedena zaokupljenost bolešću opstaje i nakon liječničkih pregleda i pretraga koje ne utvrde organski poremećaj te se dalje održava tzv. *sigurnosnim*

ponašanjima koja uključuju daljnje traženje liječničkih savjeta i pretraga, samopregled tijela i tjelesnih funkcija, pretragu drugih izvora informacija o bolesti, istraživanje alternativnih metoda liječenja te izbjegavanje za zdravlje potencijalno opasnih podražaja i situacija (Abramowitz i Braddock, 2006; Abramowitz i Moore; 2007). Sigurnosna ponašanja predstavljaju održavajuće faktore hipohondrije na način da preveniraju prirodno gašenje hipohondrije i promoviraju zaokupljenost strahovima vezanim uz zdravlje (Abramowitz i Moore, 2007), što onemogućuje pobijanje maladaptivnih vjerovanja o zdravlju (Taylor, 2004). Nadalje, iako pojedinci s hipohondrijom mogu priznati svoju pretjeranu zaokupljenost bolesti od koje strahuju, oni uglavnom ostaju nezadovoljni dok ne dobiju određenu liječničku dijagnozu. Iz navedenog razloga oni su stalno u potrazi za liječnikom koji će im dati željeni odgovor, što ima brojne negativne posljedice, poput kvarenja odnosa između pacijenta i liječnika, velikih troškova unutar zdravstvenog sustava te podvrgavanja pacijenata potencijalno štetnim medicinckim postupcima (Abramowitz i Braddock, 2006).

1.1.4. Tijek i liječenje hipohondrije

Tijek hipohondrije obično je kroničan (olde Hartman i sur., 2009; Kellner, 1992), s vrlo niskim stopama trajnog oporavka zbog njene izrazite otpornosti na većinu oblika liječenja (Frančišković i sur., 2009). Problemi s liječenjem hipohondrije prvotno se javljaju zbog činjenice da hipohondrični pojedinci često odbijaju pripisivanje svojih pritužbi bilo kojim drugim uzrocima osim onima fizičke prirode zbog čega uvredljivim smatraju savjete da potraže pomoć stručnjaka za mentalno zdravlje (Abramowitz i Braddock, 2006). Općenito, povoljniji ishodi liječenja češći su kod pojedinaca koji su zaposleni te u braku, čija je bolest kraćeg trajanja, koji nemaju komorbiditet s drugim psihijatrijskim poremećajem ili popratne stresne životne događaje te kod pojedinaca s nižim razinama neuroticizma i manjim brojem somatskih simptoma (Barsky, Bailey, Fama i Ahern, 2000; Noyes i sur., 1994; Robbins i Kirmayer, 1996).

Kod nešto blažih oblika hipohondrije korisni mogu biti psihoedukacijski tretmani koji pružaju pacijentima činjenične informacije o rijetkoj pojavnosti većine teških bolesti te puno višoj učestalosti brojnih benignih ishoda (Marcus, 1999), pri čemu su ovakvi tipovi liječenja izuzetno korisni u praksi zbog svoje ekonomičnosti (Williams, 2004). Međutim, kod pojedinaca s teškim oblicima hipohondrije i zdravstvene anksioznosti kod kojih se potrebno usredotočiti na više temeljna uvjerenja najefikasnijim tretmanom pokazala se kognitivno-

bihevioralna terapija razvijena iz odgovarajućeg empirijski potvrđenog teorijskog okvira (Salkovskis i Warwick, 1986; Warwick i Salkovskis, 1990), čija je učinkovitost ustanovljena u brojnim studijama pacijenata oboljelih od hipohondrije (Barsky i Ahern, 2004; Bleichhardt, Timmer i Rief, 2005; Clark i sur., 1998; Warwick, Clark, Cobb i Salkovskis, 1996). Kognitivno-bihevioralni tretman hipohondrije uključuje pomoć pacijentima da prepoznaju i modificiraju pogrešna zdravstvena uvjerenja te eliminiraju sigurnosna ponašanja i druge prepreke ispravljanju tih pogrešnih vjerovanja (Abramowitz, Schwartz i Whiteside, 2002), putem različitih terapijskih tehnika među kojima se ističu kognitivno restrukturiranje, različiti oblici izlaganja i prevencija odgovora (Abramowitz i Braddock, 2006). Unatoč superiornosti kognitivno-bihevioralnih terapija u tretmanu hipohondrije, njenom liječenju moguće je pristupiti na više načina, ovisno o tumačenju hipohondrije kojem se pristupa.

1.1.5. Psihodinamski pristupi hipohondriji

Rani tradicionalni pristupi hipohondriji temeljeni su na psihodinamskom gledištu koje je ovaj poremećaj promatralo kroz nesvjesne konflikte u njegovoj podlozi. Dok izvorna psihoanalitička paradigma hipohondriju tumači kao posljedicu usmjeravanja spolnog nagona u unutrašnjost organizma umjesto prema vanjskim objektima, kasniji psihodinamski modeli u središte stavljaju podsvjesnu transformaciju agresije i neprijateljstva u tjelesne pritužbe ili hipohondriju kao obranu od niskog samopoštovanja ili krivnje. Prema teoretičarima psihodinamske orijentacije, bolesnici s hipohondrijom svoje nesvjesne konflikte usmjeravaju na tjelesnu bolest jer ona pruža manju mogućnost stigmatizacije od psihičke bolesti (Begić, 2011). Usprkos njihovoj brojnosti, većina psihodinamskih teorija nije našla svoju potvrdu u istraživanjima (Abramowitz i Braddock, 2006). Međutim, postavke psihodinamske paradigme o pojavi hipohondrijskih simptoma kod osoba koje su tijekom djetinjstva proživjele određeno traumatsko iskustvo te osoba s nesigurnim stilom privrženosti koji potječe iz ranih odnosa sa skrbnicima empirijski su potvrđene te uklopljene u *interpersonalni model hipohondrije i zdravstvene anksioznosti* (Birnie i sur., 2013; Noyes i sur., 2003).

1.1.6. Interpersonalni model hipohondrije i zdravstvene anksioznosti

Na temelju istraživačkih spoznaja koje upućuju na povezanost hipohondrije s ozbiljnim interpersonalnim problemima (MacSwain i sur., 2009; Noyes i sur., 2003), razvijen je

interpersonalni model hipohondrije čija je glavna pretpostavka da pojedinci razviju hipohondriju kako bi dobili određenu sekundarnu dobit u obliku interpersonalnih „nagrada“, poput brige od strane bliskih osoba te liječnika. Takav obrazac traženja brige proizlazi iz nesigurne privrženosti koja ima svoje korijene u traumatskim iskustvima u djetinjstvu i zanemarivanju od strane roditelja, zbog kojih dijete stvara sliku da su osobe u njegovoj okolini nesposobne ili nekonzistentne u odgovaranju na njegove potrebe. Određeno iskustvo s bolesti ili ozljedom u okolini djeteta može dodatno pojačati strah od odvajanja te kod djeteta razviti osjećaj fizičke ranjivosti i uvjerenja o opasnosti unutar tijela. Još uvijek nesigurno privržena odrasla osoba može, u skladu s naučenim obrascom ponašanja u djetinjstvu, indirektno prenijeti svoje potrebe za privrženošću u obliku tjelesnih pritužbi kako bi igranjem „uloge bolesnika“ dobila prijeko potrebno pažnju od okoline (Noyes i sur., 2003). Konačno, konstantno ponašanje traženja pomoći na osnovi tjelesnih pritužbi dovodi do odbijanja i povlačenja od strane drugih, što dodatno osnažuje uvjerenje pojedinca da se ne može osloniti na okolinu, što zatim pogoršava zdravstvenu anksioznost te održava maladaptivni ciklus traženja pomoći, alijenacije i brige za zdravlje (Birnie i sur., 2013). Istraživanja upućuju na višu učestalost traumatskih iskustava u djetinjstvu kod pojedinaca s višim razinama hipohondrije u odrasloj dobi, poput vlastite bolesti, bolesti bliske osobe, smrti bliske osobe, roditelja s visoko rizičnim zanimanjem, roditelja s problemom ovisnosti te fizičkog ili seksualnog zlostavljanja (Barsky, Wool, Barnett i Cleary, 1994; Bianchi, 1971,1973; Mabe, Hobson, Jones i Jarvis, 1988; Noyes, Happel i Yagla, 1999; Noyes i sur., 2002). Također, utvrđena je veza hipohondrije sa separacijskom anksioznosti koja indicira nesigurnu privrženost (Noyes i sur., 2002, 2003) te veća sklonost hipohondriji kod pojedinaca odgajanih od strane roditelja koji su ih zanemarivali ili iskazivali pretjeranu brigu (Baker i Mersky, 1982; Bianchi, 1971, 1973; Noyes i sur., 2002; Parker i Lipscombe, 1980). Navedene istraživačke spoznaje uvelike potvrđuju važnu ulogu interpersonalnih čimbenika u razvoju hipohondrije, što upućuje na valjanost interpersonalnog modela za objašnjenje hipohondrije. Međutim, najnoviji i trenutno dominantni pristupi razumijevanju i liječenju hipohondrije jesu kognitivni modeli (Williams, 2004) koji su preuzeli neke od elemenata interpersonalnih teorija, ali u središte prvenstveno stavljaju rizičnost disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju za razvoj hipohondrije.

1.1.7. Kognitivno-bihevioralni modeli hipohondrije i zdravstvene anksioznosti

Kognitivno-bihevioralni modeli hipohondrije temelje se na *Beckovoj kognitivnoj teoriji*

psihopatologije (Abramowitz i Braddock, 2006) prema kojoj su emocionalni poremećaji uzrokovani određenim vrstama temeljnih disfunkcionalnih uvjerenja pojedinaca o samima sebi, budućnosti i svijetu oko njih (Clark i Beck, 2010). Autori Salkovskis i Warwick (1986; Warwick i Salkovskis, 1990) razvili su *kognitivno-bihevioralni model hipohondrije i zdravstvene anksioznosti* koji se s vremenom prometnuo u empirijski utemeljen biopsihosocijalni pristup na kojem počivaju brojni uspješni tretmani hipohondrije (Abramowitz i Braddock, 2006). Prema navedenom modelu disfunkcionalne pretpostavke i uvjerenja o učestalosti i prenosivosti teških bolesti, značenju tjelesnih simptoma te tijeku i liječenju bolesti predstavljaju rizične faktore za nastanak hipohondrije i zdravstvene anksioznosti (Marcus, Gurley, Marchi i Bauer, 2007). Primjerice, vjerovanja o tome da su određene bolesti češće ili lakše prenosive nego što uistinu jesu, da je izliječenje od teških bolesti moguće jedino u slučaju kada su one odmah dijagnosticirane i liječene ili da simptomi uvijek moraju ukazivati na najgori ishod predisponiraju pojedince za pojavu hipohondrijskih strahova, uvjerenja i ponašanja (Warwick i Salkovskis, 1990). U revidiranoj verziji svog kognitivno-bihevioralnog modela, Salkovskis i Warwick (2001) navode četiri zdravstvena uvjerenja ključna u održavanju hipohondrije; *vjerojatnost obolijevanja od određene bolesti, opakost bolesti, nesposobnost suočavanja s bolesti* i *neadekvatnost medicinskih službi u liječenju bolesti* (Bailey i Wells, 2015; Fergus, 2014). U skladu s interpersonalnim teorijama, takva disfunkcionalna vjerovanja svoje porijeklo vjerojatno imaju u iskustvima s bolesti u djetinjstvu, zbog kojih pojedinac sebe smatra posebno vulnerabilnim za razvoj određene bolesti (Abramowitz i Braddock, 2006). Međutim, ova vjerovanja prvotno ne moraju biti primijenjena na situaciju u kojoj se pojedinac nalazi te mogu ostati latentna dok se ne aktiviraju određenim kritičnim događajima, kao što je čitanje o nekoj bolesti, vijest o bolesti poznanika, medijski izvještaji vezani uz bolest ili pojava različitih tjelesnih promjena ili osjeta. Jednom kada su uvjerenja pod utjecajem „okidača“ aktivirana ona vode automatskim hipohondrijskim mislima usmjerenima specifično na sebe. Kao posljedica tih automatskih misli, pojedinac postaje jako anksiozan te počinje pozorno pratiti svaki tjelesni osjet ili znak koji može ukazivati na patološke procese u tijelu (Marcus i sur., 2007; Warwick i Salkovskis, 1990). Porastom anksioznosti dolazi do značajne fiziološke pobuđenosti koja obično uzrokuje veću brzinu otkucaja srca, trnce u ekstremitetima, nemogućnost dolaska do zraka, bolove, napetost mišića, mučninu, znojenje, vrtoglavicu i brojne druge benigne i privremene tjelesne senzacije (Abramowitz i Braddock, 2006). Hipohondrični pojedinci s vremenom razviju visoku osjetljivost na uobičajene tjelesne smetnje i fluktuacije zbog čega prilike za primjećivanje i krivu interpretaciju potencijalnih znakova bolesti postaju učestalije. Dakle, oni

će zbog svoje pretjerane budnosti na promjene u tijelu registrirati te normalne tjelesne senzacije uzrokovane anksioznošću, pogotovo kada su one neočekivane, brzo nastupaju te su jakog intenziteta, te će im radi svojih krivih zdravstvenih uvjerenja davati katastrofične interpretacije (Hiller, Leibbrand, Rief i Fichter, 2005). Te krive interpretacije uključuju tumačenje doživljenih simptoma kao znakova određene teške bolesti, zbog čega dolazi do daljnjeg porasta anksioznosti i preuveličavanja tih simptoma, što dalje osnažuje uvjerenje pojedinca da je bolestan (Marcus i sur., 2007; Warwick i Salkovskis, 1990). Pritom se javlja i pristranost potvrđivanja, koja se očituje u učvršćivanju vjerovanja o bolesti pojavom bilo kojeg znaka te bolesti, pri čemu se informacije koje nisu u skladu s uvjerenjem o toj bolesti zanemaruju i odbacuju kao neadekvatne i neznačajne. Također, ranije spomenuta sigurnosna ponašanja imaju ključnu ulogu u jačanju disfunkcionalnih uvjerenja i interpretacija u podlozi hipohondrije, pogotovo u situacijama u kojima pojedinac dobiva nekonzistentne medicinske informacije iz različitih izvora ili nekonzistentne informacije iz istog izvora. Dakle, prema kognitivno-bihevioralnom gledištu, simptomi hipohondrije opstaju zbog fizioloških, kognitivnih i ponašajnih odgovora pojedinaca na percipirane prijetnje vlastitom zdravlju (Abramowitz i Braddock, 2006). Postavke kognitivno-bihevioralnog modela Salkovskisa i Warwick (1986; Warwick i Salkovskis, 1990) moguće je primijeniti na oblike nekliničke zdravstvene anksioznosti te kliničke hipohondrije, na što upućuju i istraživačke spoznaje dobivene na nekliničkoj populaciji koje su u velikoj mjeri konzistentne s nalazima studija pacijenata s hipohondrijom (Hitchcock i Mathews, 1992; Marcus, 1999).

Sličan pristup razumijevanju hipohondrije unutar kognitivnih modela predložio je Barsky (1992) koji je utemeljio koncept *somotosenzorne amplifikacije* koji podrazumijeva dispoziciju pojedinca za doživljavanje tjelesnih senzacija kao intenzivnih, štetnih i uznemiravajućih. Najnoviji pristup objašnjenju hipohondrije kombinira kognitivne faktore, uključujući disfunkcionalna vjerovanja i selektivno pamćenje, faktore pažnje te somatosenzornu amplifikaciju u integrirani model zdravstvene anksioznosti (Taylor, 2004). Williams (2004) nudi sličan model etiologije i održavanja zdravstvene anksioznosti i hipohondrije u kojeg, uz ranije navedene faktore, još inkorporira i osobine ličnosti te interpersonalne čimbenike. Kognitivni čimbenik koji je zadobio najviše pažnje u istraživanjima jesu disfunkcionalna zdravstvena uvjerenja, čija je centralna uloga u razvoju hipohondrije u konačnici i empirijski potvrđena.

1.1.8. Disfunkcionalna zdravstvena uvjerenja i hipohondrija

Središnja postavka kognitivno-bihevioralnog modela autora Salkovskis i Warwick (1986; Warwick i Salkovskis, 1990) o disfunkcionalnim vjerovanjima o zdravlju kod zdravstveno anksioznih i hipohondričnih pojedinaca bila je predmetom mnogih istraživanja u kojima je ispitivana različitim metodama i na različitim populacijama ispitanika.

Generalna vjerovanja o zdravlju između ostalog su ispitivana putem zadatka sortiranja simptoma, u kojem se sudionicima ponudi skupina čestih somatskih pritužbi, poput mučnine ili kašlja, te se od njih traži da procijene bi li se osoba s određenim simptomom trebala smatrati „zdravom“ ili osobom koja „više nije zdrava“. U usporedbi sa kontrolnom grupom pacijenata obiteljskih liječnika, pacijenti s dijagnozom hipohondrije manji broj simptoma smjestili su u „zdravu“ skupinu (Barsky i sur., 1993). Rief, Hiller i Margraf razvili su *Upitnik kognicija o tijelu i zdravlju* (eng. *Cognitions About Body and Health Questionnaire*; 1998) pomoću kojeg su utvrdili da pacijenti s hipohondrijom u većoj mjeri katastrofično interpretiraju svoje tjelesne simptome u odnosu na klinički uzorak ispitanika bez hipohondrije (Rief i sur., 1998). Nadalje, *Upitnik procjene negativnih ishoda* (eng. *Estimation of Negative Outcomes Questionnaire*; Haenen i sur., 2000) koji sadrži scenarije neodređenih situacija vezanih uz zdravlje te različitih situacija nevezanih uz zdravlje razvijen je u svrhu utvrđivanja specifičnosti disfunkcionalnih uvjerenja pacijenata s hipohondrijom. U usporedbi s zdravim ispitanicima, hipohondrični pacijenti davali su više procjene vjerojatnosti negativnih ishoda situacija vezanih uz zdravlje. Međutim, kontrolna skupina i skupina pacijenata s hipohondrijom nije se razlikovala u svojim procjenama situacija nevezanih uz zdravlje, što ukazuje na to da hipohondrični pojedinci ne iskazuju generalnu pristranost prema negativnim ishodima, već je ona specifično ograničena na situacije vezane uz zdravlje (Haenen i sur., 2000). Na visoku razinu disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja hipohondričnih pojedinaca upućuje i nalaz da pojedinci s višim razinama zdravstvene anksioznosti, u odnosu na one nesklone zdravstvenoj anksioznosti, procjenjuju da su pod višim rizikom od medicinskih komplikacija (Hadjistavropoulos, Craig i Hadjistavropoulos, 1998). Također, hipohondrični pojedinci percipiraju da imaju manje kontrole nad povratkom bolesti od koje su se izliječili (Ferguson i sur., 2000) te izvještavaju o većem nepovjerenju u liječnika prilikom isključivanja teških dijagnoza (Lucock, White, Peake i Morley, 1998).

Hitchcock i Matthews (1992) su nešto uže koncipirali zdravstvena uvjerenja te su studentima

dali jednorečenične opise nejasnih tjelesnih senzacija, pri čemu je svaki opis popraćen mislima koje uključuju: ozbiljnu bolest, manje ozbiljnu bolest, objašnjenje temeljeno na emocijama te neutralni odgovor. Uputa sudionicima bila je da procijene vjerojatnost da će se dosjetiti svake od ponuđenih misli u slučaju da sami doživljavaju te tjelesne senzacije. U odnosu na pojedince s niskim razinama hipohondrije, pojedinci skloniji hipohondriji izvještavali su o većoj vjerojatnosti da će na temelju doživljenih simptoma posumnjati na ozbiljnu bolest. Međutim, iako navedene istraživačke spoznaje upućuju na kriva zdravstvena vjerovanja hipohondričnih pojedinaca, ne pružaju informacije o temeljima tih katastrofičnih vjerovanja. Primjerice, ispitanici u istraživanju Hitchcock i Mathewsa (1992) mogli su izvijestiti o srčanom udaru kao prvoj pomisli prilikom stezanja u prsima zato što smatraju da je stezanje u prsima obično indikator srčanog udara, zato što sebe vide kao sklonijima srčanom udaru u odnosu na druge ili zato što u svakoj situaciji pretpostavljaju najgori ishod (Marcus, 1999). Kako bi ustanovio podrijetlo takvih disfunkcionalnih uvjerenja, Marcus (1999) je, također koristivši užu operacionalizaciju zdravstvenih uvjerenja, adaptirao metodologiju Ahmada, Wardle i Haywarda (1992) razvijenu za ispitivanje zdravstvenih vjerovanja osoba s agorafobijom. Metoda Ahmada i suradnika (1992) sastojala se od opisa pojedinaca s različitim nejasnim simptomima, pri čemu se od sudionika tražilo da procijene vjerojatnost da ti simptomi upućuju na tešku bolest i na manje ozbiljnu bolest. S obzirom na to da u istraživanju Ahmada i suradnika (1992) nisu dobivene očekivane razlike u uvjerenjima između pacijenata s agorafobijom i kontrolne skupine ispitanika, Salkovskis i Clark (1993) kao mogući razlog navode činjenicu da se procjene nisu odnosile na same ispitanike, već na druge osobe opisane u scenarijima. Unatoč tome, Marcus (1999) navodi da je ovu metodologiju ispravno koristiti kod hipohondrije jer kognitivno-bihevioralni model hipohondrije upućuje na to da su disfunkcionalna zdravstvena uvjerenja hipohondričnih pojedinaca više globalna te primjenjiva i na same sebe, ali i na druge osobe. Iz tog razloga Marcus (1999) je razvio *Skalu simptoma i ishoda* (eng. *Symptoms and Outcomes Scale*) temeljenu na metodi Ahmada i suradnika (1992) koja također sadrži scenarije s opisima pojedinaca s različitim neodređenim simptomima, pri čemu sudionik mora procijeniti vjerojatnost da opisani pojedinac ima ozbiljnu i manje ozbiljnu bolest. Slične vrijednosti prosječnih procjena vjerojatnosti ozbiljnih i manje ozbiljnih ishoda u izvornom istraživanju u kojem je razvijena *Skala simptoma i ishoda* (Marcus, 1999) te u istraživanju Ahmada i suradnika (1992), koje su dobivene unatoč upotrebi različitih upitnika te provedbi istraživanja na različitim populacijama ispitanika, mogu poslužiti kao indirektan dokaz valjanosti *Skale simptoma i ishoda*. Naime, na temelju grube procjene moguće je zaključiti da su u oba

istraživanja ispitanici precjenjivali vjerojatnost katastrofalnih ishoda, što možda odražava općenitu tendenciju ljudi za precjenjivanjem vjerojatnosti odvijanja rijetkih životno ugrožavajućih događaja (Lichtenstein i sur., 1978). Kao što je Marcus (1999) i pretpostavljao, usprkos činjenici da sudionici nisu oni koji doživljavaju navedene simptome, studenti skloniji hipohondriji davali su više procjene vjerojatnosti katastrofalnih ishoda vezanih uz bolest u odnosu na manje hipohondrične studente, što nije vrijedilo za manje ozbiljne ishode (Marcus i Church, 2003; Marcus, Hughes i Arnau, 2008; Marcus, 1999; Weck, Neng, Richtberg i Stangier, 2012). Dakle, navedeni nalaz nije moguće protumačiti generalnom pristranosti odgovora prema kojoj hipohondrični pojedinci precjenjuju vjerojatnost obolijevanja od svih bolesti ili vjerojatnost svih mogućih ishoda, već činjenicom da su oni skloni precjenjivanju vjerojatnosti isključivo ozbiljnih bolesti. Koristeći njemačku adaptaciju *Skale simptoma i ishoda*, Weck i suradnici (2012) su na uzorku pacijenata s dijagnozom hipohondrije, dobili isti obrazac rezultata kao i Marcus (1999), što je također jedan od pokazatelja valjanosti skale. Marcus i Church (2003) i Marcus i suradnici (2008) su na nekliničkoj populaciji ispitanika utvrdili da se disfunkcionalne pretpostavke o vjerojatnosti ozbiljnih bolesti ne mogu atribuirati individualnim razlikama u negativnoj afektivnosti, kao ni drugim simptomima anksioznosti. Također, Weck i suradnici (2012) našli su više procjene vjerojatnosti ozbiljnih bolesti kod skupine pacijenata s dijagnozom hipohondrije u odnosu na pacijente s dijagnozom anksioznih poremećaja te kontrolne skupine zdravih ispitanika. Navedene empirijske spoznaje upućuju na specifičnost disfunkcionalnih pretpostavki o vjerojatnosti ozbiljnih bolesti isključivo za hipohondriju, što vrijedi i za kliničku hipohondriju, ali i za njene subkliničke oblike.

Novija istraživanja kognitivnih aspekata hipohondrije prvenstveno su se bavila odnosom zdravstvene anksioznosti i četiri temeljna zdravstvena uvjerenja predložena u revidiranom kognitivno-bihevioralnom modelu Salkovskisa i Warwick. U tu svrhu razvijen je *Upitnik zdravstvenih uvjerenja* (eng. *Health Cognitions Questionnaire*; Hadjistavropoulos i sur., 2012) koji mjeri disfunkcionalna uvjerenja koja se odnose na: *vjerojatnost obolijevanja od određene bolesti, opakost bolesti, nesposobnost suočavanja s bolesti* i *neadekvatnost medicinskih službi u liječenju bolesti*. U istraživanju Hadjistavropoulosa i suradnika (2012) primjenom navedene skale utvrđena je povezanost sva četiri uvjerenja te zdravstvene anksioznosti na kliničkim i nekliničkim uzorcima ispitanika, koja je opstala i nakon kontrole depresije i generalne anksioznosti. Također, Fergus (2014) je na nekliničkoj populaciji ispitanika utvrdio snažniju povezanost svih zdravstvenih vjerovanja sa zdravstvenom anksioznošću nego s opsesivno-

kompulzivnim simptomima. Navedeni nalazi daju obuhvatniju sliku kognitivnih faktora zdravstvene anksioznosti, jer upućuju na važnost i ostalih tipova zdravstvenih uvjerenja, ali i njihovu jedinstvenost za hipohondriju.

Kako bi se izbjegla ograničenja korelacijskih istraživanja koja su koristila mjere samoprocjene podložne različitim pristranostima, postavke kognitivnih modela, a samim time i zdravstvena uvjerenja, u nekoliko istraživanja ispitivana su nešto indirektnijim eksperimentalnim pristupom (Williams, 2004). Primjerice, na kognitivne distorzije unutar hipohondrije koje se očituju u pristranosti pamćenja upućuje istraživanje Browna i suradnika (1999) u kojem su pacijenti s hipohondrijom bili uspješniji u dosjećanju riječi vezanih uz zdravlje nego ostalih riječi. Također, u istraživanju Paulija i Alpersa (2002) pacijenti sa somatoformnom boli u komorbiditetu s hipohondrijom dosjetili su se najviše riječi vezanih uz bol u odnosu na negativne, pozitivne i neutralne riječi. U istraživanjima nešto više usmjerenima na identifikaciju nesvjesnih procesa u podlozi hipohondrije obično su korišteni zadaci intereferencije i facilitacije. Owens, Asmundson, Hadjistavropoulos i Owens (2004) su kod zdravstveno anksioznih pojedinaca na modificiranom Stroopovom zadatku utvrdili veću interferenciju za riječi vezane uz bolest u odnosu na ostale riječi, što upućuje na preferenciju pojedinaca sklonih hipohondriji ka usmjeravanju pažnje na zdravstveno relevantne informacije, ali i pruža dokaze o tome da su hipohondrijske tenedencije aktivirane određenim događajima vezanim uz zdravlje. U istraživanju Hitchcocka i Matthewsa (1992), u kojem je korištena paradigma facilitacije, kod pojedinaca s višim razinama hipohondrije utvrđeno je brže točno prepoznavanje riječi vezanih uz bolest nego neutralnih riječi, što ukazuje na selektivnu usmjerenost njihove pažnje na prijetnje vezane uz bolest.

Usprkos većim efektima dobivenima na kliničkim uzorcima ispitanika, disfunkcionalna uvjerenja i pretpostavke o zdravlju i bolesti utvrđene su i na pacijentima s dijagnozom hipohondrije, ali i na studentima s višim rezultatima na mjerama samoprocjene zdravstvene anksioznosti (Marcus i sur., 2007).

1.1.9. Mjere samoprocjene hipohondrije

Mjere samoprocjene imaju ključnu ulogu u otkrivanju hipohondrije u ranom stadiju (Crössmann i Pauli, 2006) kako bi se izbjegla daljnja psihosocijalna ugroženost hipohondričnih osoba te skupi, učestali i neefikasni medicinski postupci i tretmani fizičkih

simptoma koji prvotno i dovode pojedinca kod liječnika (Longley, Watson i Noyes, 2005). S obzirom na to da se hipohondriju smatra multidimenzionalnim konstruktom te se o njoj ne može govoriti samo u terminima prisutnosti ili odsutnosti, u svrhu zahvaćanja njene dimenzionalnosti razvijeno je nekoliko mjera samoprocjene (Hedman i sur., 2015; Longley i sur., 2005). Tri trenutno najšire korištene mjere samoprocjene hipohondrije jesu; *Whiteley Index* (Pilowsky, 1967), *Inventar zdravstvene anksioznosti* (eng. *Health Anxiety Inventory*; Salkovkis, Rimes, Warwick i Clark, 2002) te *Skala stavova prema bolesti* (eng. *Illness Attitude Scales*; Kellner, 1986). Navedene mjere prvenstveno se razlikuju u tome oslanjaju li se više na mjerenje kognitivne, afektivne, perceptivne ili bihevioralne komponente hipohondrije, iako su sve konstruirane poštivajući njenu višedimenzionalnu strukturu. Hedman i suardnici (2015) su za tri spomenute mjere primijenjene putem interneta utvrdili visoke vrijednosti test-retest pouzdanosti te pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije, kao i adekvatne vrijednosti konvergentne i divergentne valjanosti i osjetljivosti, pri čemu se jedino istakla niska unutarnja konzistencija *Whiteley Indexa*. S obzirom da je u ovom istraživanju korištena *Skala stavova prema bolesti* te da jedan od istraživačkih problema uključuje provjeru njene faktorske strukture, u daljnjem tekstu prikazan je razvoj navedene skale te rezultati dosadašnjih istraživanja u kojima je ispitivana njena faktorska struktura.

Skala stavova prema bolesti (eng. *Illness Attitude Scales*; Kellner, 1986), jedna od najpopularnijih mjera samoprocjene hipohondrije, razvijena je u svrhu ispitivanja različitih aspekata hipohondrije i zdravstvene anksioznosti te abnormalnih ponašanja vezanih uz bolest. Čestice skale odabrane su na temelju faktorskih analiza ranije korištenih mjera hipohondrije (Bianchi, 1973; Pilowsky, 1967) kako bi što bolje zahvatile multidimenzionalnost hipohondrije i abnormalnog ponašanja vezanog uz bolest. *Skala stavova prema bolesti* izvorno se sastoji od devet subskala koje se odnose na različite dimenzije hipohondrije, pri čemu svakoj subskali pripadaju po tri čestice. Subskale predložene od strane autora skale su: *Briga o bolesti* (generalna briga o tome da pojedinac ima ozbiljnu bolest), *Briga o boli* (briga o tome da je fizička bol znak bolesti)*, Zdravstvene navike* (izbjegavanje ponašanja štetnih za zdravlje)*, Hipohondrijska uvjerenja* (vjerovanje u postojanje bolesti koju liječnici nisu dijagnosticirali), *Tanatofobija* (strah od smrti)*, Strah od bolesti* (strah od specifičnih bolesti)*, Tjelesne preokupacije* (osjetljivost na tjelesne promjene koje mogu upućivati na bolest), *Liječenje* (učestalost podvrgavanja medicinskim postupcima i tretmanima) i *Učinci simptoma* (opseg u kojem tjelesni simptomi ometaju funkcioniranje pojedinca) (Hadjistavropoulos, Frombach i Asmundson, 1999; Stewart i Watt, 2000). Izuzev subskale *Zdravstvene navike*, sve

subskale uspješno diferenciraju ispitanike s dijagnozom hipohondrije prema DSM-u-III, zaposlene osobe iz opće populacije te pacijente obiteljskih liječnika, što je pokazatelj njihove valjanosti. Nadalje, utvrđena je zadovoljavajuća stabilnost rezultata na svim subskalama nakon umjerenih vremenskih perioda (Kellner, Abbott, Winslow i Pathak, 1987), pri čemu vrijednosti pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije variraju ovisno o analiziranoj subskali (Ferguson i Daniel, 1995). Ključni problem s devetofaktorskom strukturom *Skale stavova prema bolesti* jest podjela čestica u veliki broj vrlo kratkih subskala, što izravno utječe na njihovu unutarnju konzistenciju (Longley i sur., 2005). Sam autor skale navodi da je nekoliko subskala u međusobno visokim korelacijama, što prema njemu upućuje na to da one mjere jedan generalni faktor brige o bolesti (Kellner i sur., 1987). Izvorno predložena struktura skale također je upitna zbog svoje neutemeljenosti na empirijski izvedenoj faktorskoj strukturi (Crössmann i Pauli, 2006), zbog čega je struktura *Skale stavova prema bolesti* naknadno ispitivana od strane različitih autora i na različitim uzorcima ispitanika.

U najvećem broju faktorsko-analitičkih studija *Skale stavova prema bolesti* provjeravana je struktura engleske verzije skale (Crössmann i Pauli, 2006). Ferguson i Daniel (1995) su na studentskoj populaciji utvrdili četverofaktorsku strukturu skale s faktorima: *Opća hipohondrija, Doživljavanje simptoma i učestalost liječenja, Tanatofobija, Strah od koronarne srčane bolesti i povezanih preventivnih zdravstvenih navika*. Stewart i Watt (2000) su na nešto većem uzorku studenata identificirali četiri nešto drukčije raspoređena faktora: *Generalni strah od bolesti, boli i smrti, Ponašanje motivirano brigom o bolesti, Specifična hipohondrijska vjerovanja i uvjerenje o bolesti* i *Štetni učinci simptoma*. Za razliku od prije navedenih studija, Hadjistavropoulos i Asmundson (1998) su na populaciji pacijenata s kroničnom boli dobili petofaktorsku soluciju *Skale stavova prema bolesti* s faktorima: *Strah od bolesti i boli, Učinci simptoma, Zdravstvene navike, Strah od bolesti i uvjerenje o bolesti* i *Strah od smrti*. Također na uzorku pacijenata s kroničnom boli, Cox, Borger, Asmundson i Taylor (2000) dobili su vrlo sličnu faktorsku soluciju. Petofaktorska struktura skale utvrđena je i u studiji Hadjistavropoulosa i suradnika (1999) provedenoj na nekliničkoj populaciji mlađih odraslih osoba, pri čemu su dobiveni faktori*: Strah od bolesti, boli i smrti, Učinci simptoma, Liječenje, Uvjerenje o bolesti i Zdravstvene navike*. Međutim, iz statističkih, ali prvenstveno teorijskih i empirijskih razloga autori preporučuju izbacivanje faktora *Zdravstvene navike*. Naime, ranija istraživanja pokazala su da navedeni faktor ne razlikuje pacijente s dijagnozom hipohondrije od zdravih pojedinaca i psihijatrijskih pacijenata koji nemaju dijagnozu hipohondrije (Kellner i sur., 1987). Također, s teoretskog gledišta čestice

koje pripadaju faktoru *Zdravstvene navike* ne odgovaraju kriteriju za dijagnozu hipohondrije prema DSM-u-IV, što vjerojatno dijelom objašnjava loše psihometrijske karakteristike ove subskale (Hadjistavropoulos i sur., 1999). Dakle, empirijske spoznaje i teorijska podloga ukazuju na opravdanost upotrebe *Skale stavova prema bolesti* kao mjere s četverofaktorskom strukturom, što je nalaz repliciran u istraživanju Coxa i suradnika (2000) također provedenom na uzorku studenata. Hadjistavropoulos i suradnici (1999) navode da je svaki od četiri faktora moguće interpretirati zasebno, ali i hijerarhijski kao faktore nižeg reda koji predstavljaju dimenzije faktora višeg reda koji se odnosi na opću hipohondriju. Međutim, smatraju da je *Skalu stavova prema bolesti* kao jednodimenzionalnu mjeru potrebno oprezno koristiti zbog njenog oslanjanja na pretjerano pojednostavljenu konceptualizaciju hipohondrije. U istraživanjima na nekliničkoj populaciji u kojima je *Skala stavova prema bolesti* korištena kao globalna mjera hipohondrije (Hadjistavropoulos, Craig i Hadjistavropoulos, 1998; Hitchcock i Matthews, 1992) ukupni rezultat na skali korišten je u svrhu podjele ispitanika u grupe s visokom razinom hipohondrije i niskom razinom hipohondrije. Rezultati navedenih istraživanja koji upućuju na veću sklonost ka katastrofičnim interpretacijama benignih tjelesnih promjena kod grupa pojedinaca s visokim ukupnim rezultatom na *Skali stavova prema bolesti* pružaju indirektnu podršku mogućnosti korištenja ove skale kao globalne mjere hipohondrije (Hadjistavropoulos i sur., 1999). Potrebno je napomenuti da nije isključeno i postojanje većeg broja faktora višeg reda, na što ukazuje istraživanje Coxa i suradnika (2000) u kojem su kao faktori višeg reda utvrđeni: *Zdravstvena anksioznost* i *Zdravstvene navike*.

U četirima studijama analizirane su faktorske strukture prevedenih verzija *Skale stavova prema bolesti*. Speckens i suradnici (1996) su primijenili nizozemski prijevod skale na ambulantnim pacijentima, pacijentima obiteljskih liječnika te na uzorku opće populacije, pri čemu su na svim uzorcima utvrdili dvofaktorsku strukturu skale s faktorima: *Zdravstvena anksioznost* i *Ponašanje vezano uz bolest*. Vrlo sličnu strukturu utvrdili su i Hiller, Rief i Fichter (2002) upotrebom njemačke verzije *Skale stavova prema bolesti* na miješanom uzorku ispitanika s mentalnim i psihofiziološkim poremećajima. Dammen, Friis i Ekberg (1999) su primjenom norveškog prijevoda *Skale stavova prema bolesti* na kardiološkim pacijentima uz dva faktora dobivena u studiji Speckens i suradnika (1996) utvrdili još i faktor *Zdravstvene navike*. Crössmann i Pauli (2006) provjeravali su faktorsku strukturu njemačkog prijevoda skale na uzorku studenata te na uzorku pacijenata, pri čemu su na uzorku studenata utvrdili četverofaktorsku strukturu vrlo sličnu onoj dobivenoj u istraživanju Hadjistavropoulosa i suradnika (1999), dok je uzorku pacijenata najbolje odgovarala dvofaktorska solucija s

faktorima; *Anksioznost vezana uz zdravlje* i *Učinci simptoma i liječenje*.

S obzirom na to da je u različitim studijama dobiven različiti broj faktora s različitim rasporedom čestica, nije moguće govoriti o zajedničkoj faktorskoj soluciji *Skale stavova prema bolesti*. Naime, nekonzistentan broj dobivenih faktora vjerojatno je posljedica različitih populacija ispitanika na kojima je ispitivana skala primijenjena, kao i različitog nacrta i metodologije istraživanja, ali i korištene metode faktorske analize (Crössmann i Pauli, 2006). Međutim, provedene faktorsko-analitičke studije upućuju na nešto jednostavniju strukturu skale od one izvorno predložene od strane njenog autora. Višefaktorska struktura *Skale stavova prema bolesti* utvrđena je u svim njenim faktorsko-analitičkim studijama, pri čemu je najveću empirijsku podršku dobila četverofaktorska solucija. Različiti bihevioralni aspekti hipohondrije ispitivani *Skalom stavova prema bolesti* prevladavaju i kliničkom slikom somatizacije.

1.2. Somatizacija

Dok određeni tjelesni simptomi imaju jasno medicinsko objašnjenje, veliki broj simptoma koje pojedinac doživljava te koji ga dovode kod liječnika mogu biti tek djelomično objašnjeni ili ih uopće nije moguće objasniti patološkim tjelesnim procesima (Duddu i sur., 2006). Naime, iako se fizičke simptome obično sagledava kao znakove organske bolesti, povezanost između pojave tjelesnih simptoma i dijagnoze fizičkih bolesti vrlo je umjerena (Keyes i Ryff, 2003). Simptome koje liječnik nije u mogućnosti pripisati poznatim bolestima ili poremećajima naziva se medicinski neobjašnjenim ili funkcionalnim simptomima (Burton, 2003). Medicinski neobjašnjeni simptomi zauzimaju najmanje jednu trećinu konzultacija u primarnoj zdravstvenoj skrbi (Burton, 2003; Kroenke, 2003), pri čemu se ovaj udio povećava ukoliko se uključe i funkcionalni somatski sindromi poput sindroma iritabilnog crijeva ili fibromijalgije (Duddu i sur., 2006). Tendencija doživljavanja i izražavanja tjelesne nelagode i simptoma koji nemaju medicinsko objašnjenje, pripisivanja tih simptoma fizičkoj bolesti i traženja medicinske pomoći za njihovo liječenje naziva se somatizacijom (Lipowski, 1988). Doživljeni simptomi mogu biti psihogene prirode, što ukazuje na somatizaciju kao mehanizam izražavanja psihosocijalne nelagode ili emocionalnih problema putem fizičke simptomatologije (Wool i Barsky, 1994), pri čemu je pojava simptoma često aktivirana stresnim životnim događajima ili situacijama (Deary, Chalder i Sharpe, 2007). Medicinski neobjašnjeni simptomi nalaze se na kontinuumu težine, pri čemu se na jednom kraju spektra

nalazi jedan ili nekoliko prolaznih simptoma koji ne narušavaju funkcioniranje pojedinca, dok se s krajem spektra povećava brojnost, težina i trajanje simptoma, traženje liječničke pomoći te širina njihovog utjecaja na svakodnevno funkcioniranje (Fink, Rosendal i Olesen, 2005; Katon i sur., 1991; Sitnikova i sur., 2017).

1.2.1. Poremećaj somatizacije

Na samom kraju kontinuuma medicnski neobjašnjenih simptoma nalazi se poremećaj somatizacije koji predstavlja najtežu i najtrajniju manifestaciju somatoformnih poremećaja, čija je glavna karakteristika prisutnost fizičkih simptoma bez odgovarajuće organske podloge. Kod pacijenata s poremećajem somatizacije sposobnost funkcioniranja u različitim domenama nešto je više narušena nego kod ostalih somatoformnih poremećaja (Hiller i sur., 1997; Escobar i sur; 1998; Katon i sur; 1991). Prema DSM-u-IV dijagnoza poremećaja somatizacije postavlja se onda kada se bolesnik tijekom razdoblja od najmanje šest mjeseci žali na barem osam različitih simptoma iz četiriju tjelesnih sustava koje medicinska obrada nije uspjela objasniti, zbog čega bolesnik ponavljano posjećuje liječnike i traži novu medicinsku obradu (Begić, 2011). Pacijenti koji se žale na jedan ili više tjelesnih simptoma koji značajno ometaju njihovo funkcioniranje zadovoljavaju kriterije za dijagnozu nediferenciranog somatoformnog poremećaja (Claassen-van Dessel, van der Wouden, Dekker i van der Horst, 2016). S druge strane, u DSM-u-5 poremećaj somatizacije i nediferencirani somatoformni poremećaj su, uz ostale poremećaje, svedeni na *poremećaj somatskih simptoma*, koji se dijagnosticira onda kada pojedinac duže od šest mjeseci ima neugodne i ometajuće tjelesne simptome koji su praćeni stalnom brigom, visokim razinama anksioznosti te ponašanjima koja upućuju na bolesno stanje. Naime, u DSM-u-5 zauzeto je nešto drukčije gledište na somatizaciju, prema kojem se prilikom njezine dijagnoze ne uzima u obzir kriterij koji se odnosi na nepostojanje medicinskog objašnjenja za fizičke simptome, što je bio jedan od glavnih kriterija za dijagnozu somatizacije u starijim verzijama DSM-a (Dimsdale i Levenson, 2013). Dakle, u određenim situacijima pojedincu može biti dijagnosticiran poremećaj somatskih simptoma čak i onda kada je njegove simptome moguće objasniti medicinskim stanjem. Unutar populacije pacijenata s medicinski neobjašnjenim simptomima, dijagnoza poremećaja somatskih simptoma u većoj je mjeri povezana s većom težinom simptoma i slabijim tjelesnim funkcioniranjem nego dijagnoza somatoformnih poremećaja, zbog čega je moguće zaključivati o većoj restriktivnosti kriterija za dijagnozu poremećaja somatskih simptoma (Claassen-van Dessel i sur., 2016).

1.2.2. Prevalencija somatizacije

Poremećaj somatizacije rijedak je poremećaj koji obično započinje prije 30. godine života (Begić, 2011), ali se može javiti u bilo kojoj dobi od kasnog djetinjstva pa nadalje (Kriechman, 1987; Sheehan, Lall i Bass, 2005). Žene češće obolijevaju od poremećaja somatizacije, na što ukazuje i prevalencija somatizacije u populaciji žena od 0.2% do 2% te manje od 0.2% u populaciji muškaraca (Begić, 2011). Spolne razlike u somatizaciji imaju snažnu empirijsku podršku utvrđenu na različitim uzorcima ispitanika (Campo, 2012; Kroenke i Spitzer, 1998; Piccinelli i Simon, 1997; Scharf, Mayseless i Rousseau, 2016; Vulić-Prtorić, 2016; Wool i Barsky, 1994), te je ponuđeno nekoliko mogućih objašnjenja ovih razlika.

Jedan od mogućih mehanizama kojeg predlažu Wool i Barsky (1994), a koji pridonosi ovom fenomenu, jesu spolne razlike u ulozi bolesnika. Naime, izgleda da su žene, u odnosu na muškarce, sklonije posjetima liječniku u slučaju pojave benignijih bolesti, trivijalnih simptoma te malih disfunkcija (Verbrugge, 1985). S druge strane, muškarci ne iznose somatske pritužbe dok one ne počnu značajno narušavati njihovo funkcioniranje, što je znak njihove nepremnosti za izražavanje fizičke nelagode (Wool i Barsky, 1994). Nadalje, postoji mogućnost da žene iskazuju više razine somatizacije jer češće obolijevaju od psihičkih poremećaja sa istaknutim somatskim značajkama, kao što su depresija i anksiozni poremećaji (Begić, 2011). Također, istraživanja upućuju na rizičnost fizičkog i seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu za pojavu somatizacije (Bass i Murphy, 1995; Nelson, 2002) zbog čega nalazi o većoj učestalosti takvih iskustava kod žena (Nelson, Baldwin i Taylor, 2012) mogu objasniti veću prevalenciju somatizacije kod njih. Nadalje, navedeni fenomen moguće je objasniti većom osjetljivosti žena na tjelesne podražaje te učestalijim doživljavanjem somatske nelagode. Nekoliko istraživanja upućuje na to da su tjelesne senzacije muškaraca konzistentnije tijekom vremena te neovisnije o okolinskim čimbenicima i situacijama tijekom doživljavanja te senzacije. S druge strane, žene su sklonije oslanjanju na kontekstualne i situacijske znakove prilikom odlučivanja o ozbiljnosti, intenzitetu i opasnosti doživljenih senzacija (Pennebaker i Roberts, 1992), pri čemu se pretpostavlja da je ova tendencija izraženija kod doživljavanja relativno blagih i funkcionalnih simptoma. S obzirom na veću usmjerenost žena na interpersonalne odnose te povezanost s drugima, moguće je pretpostaviti da će se žene učestalije žaliti na somatske simptome drugim osobama kako bi dobile socijalnu

podršku. Navedeni obrazac ponašanja može dovesti do traženja liječničke pomoći za benigne i trivijalne simptome te njihovom navođenju u mjerama samoprocjene u istraživanjima (Wool i Barsky, 1994). Također je moguće da žene, u odnosu na muškarce, percipiraju somatske pritužbe kao prihvatljiviji način izražavanja anksioznosti i nelagode u odnosu na više izravnije načine (Ladwig, Marten-Mittag, Erazo i Gündel, 2001).

1.2.3. Simptomi somatizacije

Bolesnik sa somatizacijom doživljava višestruke tjelesne simptome koji mogu zahvatiti bilo koji dio tijela ili tjelesnu funkciju, kao i tjelesni sustav, pri čemu mogu imitirati raznolike fizičke bolesti. Istraživanja ukazuju na bol kao najčešći simptom somatizacije, gdje se poglavito ističe bol u leđima, trbuhu, prsima, glavi i zdjelici te difuzni bolovi i grčevi u mišićima. Pacijenti se često žale i na umor, vrtoglavicu, nedostatak zraka i srčane palpitacije (Lipowski, 1988). Na razini tjelesnih sustava najučestaliji su simptomi vezani uz probavni trakt, spolni simptomi te pseudoneurološki simptomi (Begić, 2011). U istraživanju provedenom na nekliničkom uzorku hrvatskih adolescenata (Vulić-Prtorić, 2016) kao najčešći somatski simptomi isticali su se smetnje gornjeg respiratornog sustava, manjak energije i umor, glavobolje, bol u leđima, mučnina i ubrzani rad srca. Velik broj istraživanja utvrdio je smanjenu mogućnost psihosocijalnog funkcioniranja osoba sa somatizacijom (Escobar i sur., 1987; Gureje, Simon, Ustün i Goldberg, 1997; Jackson i sur., 2006), koja se pogoršava s dobi i brojem prisutnih medicinski neobjašnjenih simptoma (Harris, Orav, Bates i Barsky, 2009; Kisely, Goldberg i Simon, 1997; Kushwaha, Sinha Deb, Chadda i Mehta, 2014), dugoročna je (van der Leeuw i sur., 2015) te opstaje i nakon kontrole simptoma anksioznosti i depresivnosti (Barsky, Orav i Bates, 2005; van der Leeuw i sur., 2015). Somatske pritužbe u bliskoj su povezanosti s različitim strahovima, uvjerenjima i ponašanjima vezanima uz bolest koja se najviše iskazuju u procesu učestalog traženja liječničke pomoći i zahtjevima za ponavljanjem medicinskih postupaka koji obično samo održavaju tendenciju amplifikacije i organskog atribuiranja doživljenih simptoma (Duddu i sur., 2006).

Na somatizaciju se obično gleda kao na disfunkcionalni odgovor na psihosocijalni stres koji uključuje obrambene mehanizme negiranja, represije i supresije, čijom upotrebom pojedinac nenamjerno produžuje i pogoršava situaciju u kojoj se nalazi te nelagodu koju je ona izazvala. Međutim, prema *tezi o idiomu nelagode*, somatizacija može predstavljati oblik mentalne kontrole kada se u njezinoj podlozi nalazi mehanizam sublimacije. Naime, kada se somatizacija koristi u svrhu preusmjeravanja psihološke nelagode u fizičke simptome, a ne

njenog negiranja ili potiskivanja, može imati povoljne učinke na zdravlje pojedinca. Međukulturalne studije pokazale su da ovaj oblik somatizacije u kolektivističkim kulturama predstavlja konstruktivni odgovor na psihosocijalni i emocionalni stres, dok je u individualističkim kulturama somatizacija nelagode uglavnom disfunkcionalni odgovor zbog iznimno cijenjene vrijednosti u tim kulturama koja se odnosi na izravno izražavanje osjećaja, što bitno utječe na tijek i ishod somatizacije (Keyes i Ryff, 2003).

1.2.4. Tijek i liječenje somatizacije

Dok je tijek poremećaja somatizacije obično kroničan (Begić, 2011), kada se radi o blažim oblicima somatizacije, kao što je postojanje nekoliko medicinski neobjašnjenih simptoma, ishod je poprilično povoljan. U istraživanjima koja su se bavila prognozom medicinski neobjašnjenih simptoma uglavnom je utvrđeno poboljšanje kod većine bolesnika ili njihov potpuni oporavak nakon jedne godine (Gureje, Simon i Von Korff, 2001; Khan i sur; 2003), pri čemu neka istraživanja nalaze poboljšanje kod 50% do 70% pacijenata (olde Hartmann, 2009). Steinbrecher i Hiller (2011) utvrdili su pozitivne učinke dijagnoze poremećaja raspoloženja i/ili anksioznog poremećaja na tijek medicinski neobjašnjenih simptoma i somatoformnih poremećaja, što je vjerojatno rezultat činjenice da će osobama s navedenim poremećajima u komorbiditetu psihosocijalno funkcioniranje biti značajno narušeno zbog čega će ranije potražiti pomoć. Nadalje, pripisivanje tjelesnih pritužbi psihološkoj nelagodi dovodi do redukcije simptoma, što je moguće objasniti time da je osoba tada u u potrazi za adekvatnim strategijama suočavanja s doživljenom nelagodom i ne usmjerava se isključivo na traženje liječničke pomoći. Generalno, pojedinci s većim brojem medicinski neobjašnjenih simptoma, trajnijim somatskim pritužbama, višim razinama negativne afektivnosti te zdravstvene anksioznosti, učestalijim negativnim životnim događajima te nižim razinama svakodnevnog funkcioniranja imati će trajnije i teže oblike somatizacije (de Gucht, Fischler i Heiser, 2004; Jackson i Passamonti, 2005; Kisely i Simon, 2006; Leiknes, Finset, Moum i Sandanger, 2006; McKenzie, Clarke, McKenzie i Smith, 2010).

S obzirom na to da kod pojedinaca sa somatizacijom često dođe do spontanog oporavka, prije početka formalnog tretmana poželjno je pričekati određeni period kako bi se odlučilo je li pojedincu uopće potrebno liječenje. Ukoliko ne dođe do poboljšanja ili oporavka, najčešće se primjenjuje kognitivno-bihevioralna terapija koja se pokazala najefikasnijim načinom liječenja pacijenata sa somatoformnim poremećajima (Arnold, de Waal, Eekhof i van Hemert, 2006). Iako Arnold i suradnici (2006) nisu potvrdili visoke stope uspješnosti kognitivno-

biheviorалne terapije za liječenje somatoformnih poremećaja, istraživanja ukazuju na njenu efikasnost u liječenju medicinski neobjašnjenih simptoma, poput umora, sindroma iritabilnog crijeva i fibromijalgije (Kroenke i Swindle, 2000; Nezu, Maguth Nezu i Lombardo, 2001; Raine i sur., 2002), ali i heterogenijih simptoma (Speckens i sur., 1995). Osim kompleksnije i vremenski zahtjevnije kognitivno-biheviorалne terapije, kod bolesnika s medicinski neobjašnjenim simptomima često mogu biti korisne i kratke psihosocijalne intervencije njihovih liječnika u obliku osviještavanja i liječenja psihosocijalnih simptoma koji se nalaze u podlozi tjelesnih simptoma (Betrus, Elmore i Hamilton, 1995). S obzirom na to da se pojedinci skloni somatizaciji često ne žele podvrgnuti standardnom psihološkom tretmanu (Arnold i sur., 2006; Lipowski, 1988), nešto suptilniji oblik liječenja u formi temeljite psihosocijalne evaluacije bolesnika koji se primijeni u ranoj fazi može dovesti do povoljnog ishoda (Lipowski, 1988). Također, uzimajući u obzir utvrđenu povezanost sklonosti prema ljutnji i somatizacije kod muškaraca te potiskivanja ljutnje i somatizacije kod žena (Liu, Cohen, Schulz i Waldinger, 2011), osobe sklone somatizaciji korisno bi bilo poučiti prilagođenom upravljanju ljutnjom. Efikasnima se mogu pokazati i intervencije usmjerene na ostale faktore koji su se pokazali ključnima u razvoju i održavanju somatizacije. Lipowski (1988) je napravio distinkciju između predisponirajućih, precipitirajućih i održavajućih faktora u objašnjenju nastanka i tijeka somatizacije.

1.2.5. Predisponirajući faktori

U faktore koji predisponiraju pojedinca za razvoj somatizacije Lipowski (1988) uvrštava genetske faktore, razvojne faktore vezane uz učenje, osobine ličnosti te sociokulturalne faktore. O genetskoj podlozi somatizacije može se zaključivati na temelju podataka o većoj vjerojatnosti njenog pojavljivanja ukoliko u široj obitelji već postoji poremećaj somatizacije (Begić, 2011), ali i drugi psihički poremećaji (Volkmar, Poll i Lewis, 1984). Također, u studijama blizanaca utvrđena je konkordantnost somatizacijskog poremećaja od 29% kod jednojajčanih blizanaca i 10% kod dvojajčanih blizanaca (Begić, 2011). S obzirom na to da pacijenti s dijagnozom poremećaja somatizacije iskazuju slabije kognitivno funkcioniranje u određenim domenama, moguće je zaključiti da je somatizacija povezana s disfunkcijom mozga, poglavito dijelova zaduženih za kontrolu pažnje i pamćenja (Niemi i sur., 2002). Češće pojavljivanje fizičkih simptoma na lijevoj strani tijela moguće je objasniti većom aktivnošću i emocionalnom pobuđenošću desne moždane polutke pojedinaca sklonih somatizaciji (Ford i Folks, 1985; Marshalla i sur., 1997), što također ukazuje na determiniranost poremećaja somatizacije biološkim čimbenicima.

Razvojni faktori vezani uz učenje pokazali su se iznimno važnima u procesu somatiziranja, pri čemu se naglasak stavlja na iskustva iz djetinjstva. Naime, negativna iskustva i traume u djetinjstvu, kao što su bolest djeteta, bolest roditelja, konfliktni interpersonalni odnosi, fizičko, seksualno i emocionalno zlostavljanje te zanemarivanje, pokazala su se iznimno rizičnima za razvoj somatizacije u odrasloj dobi (Bass i Murphy, 1995; Briere i Runtz, 1988; Rousseau i sur., 2013; Scharf i sur., 2016). Izloženost traumi može predisponirati osobu da na stres reagira somatskim simptomima, pri čemu neki autori predlažu da razvoj nesigurnih stilova privrženosti posreduje u odnosu između traume i kasnije somatizacije (Stuart i Noyes, 1999). Liu i suradnici (2011) navode da su mehanizmi internalizacije ljutnje koji se nalaze u podlozi nesigurnih stilova privrženosti ključni za pojavu somatizacije, zbog činjenice da nekonzistentno pružanje podrške djetetu od strane roditelja dovodi do ljutnje kod djeteta koja se zbog javljanja krivnje potiskuje i manifestira kroz fizičke simptome. Također, neadekvatna roditeljska skrb u djetinjstvu može dovesti do pojave somatskih simptoma u odrasloj dobi jer dijete nije imalo od koga naučiti konstruktivne strategije suočavanja sa stresom, zbog čega izražava psihološku nelagodu somatskim putem (Craig i Prkachin, 1978). Somatizacija može predstavljati i naučeni obrazac ponašanja koji je pojedinac usvojio u djetinjstvu na temelju iskustva s vlastitom bolesti ili bolesti bliske osobe. Putem procesa identifikacije i modeliranja dijete može naučiti da će bolest ili iskazivanje tjelesnih pritužbi dovesti do željene pažnje ili izbjegavanja konflikta, zbog čega u kasnijoj dobi usvaja naučenu „ulogu bolesnika“ kao strategiju suočavanja (Begić, 2011; Lipowski, 1988). Dakle, proces somatizacije može pružiti pojedincima koji su živjeli u nepredvidljivim ranim okolinama te koji su razvili osjećaj osobne nemoći siguran način izražavanja psihološke nelagode koji će rezultirati povećanom podrškom od strane liječnika i bliskih osoba (Walker i sur., 1992).

Različite osobine ličnosti također predisponiraju pojedinca za razvoj somatizacije (Lipowski, 1988), pri čemu središnju ulogu zauzima *aleksitimija*. Aleksitimični pojedinci nisu u mogućnosti kognitivno procesirati emocije, zbog čega ne mogu formirati njihove mentalne reprezentacije, što na koncu ograničava njihove sposobnosti razumijevanja i regulacije emocija (Matilla i sur., 2008). Povezanost aleksitimije i somatizacije utvrđena je na kliničkim (Bach i Bach, 1996) i nekliničkim (Matilla i sur., 2008) uzorcima ispitanika. Odnos aleksitimije i somatizacije najčešće se objašnjava *modelom emocionalne svjesnosti* (Lane i Schwartz, 1987) prema kojem niže razine emocionalne svjesnosti vode ka usmjeravanju na tjelesne simptome koji prate emocionalnu pobuđenost te njihovoj daljnjoj somatosenzornoj amplifikaciji, što u konačnici dovodi do krive intepretacije tih simptoma kao znakova fizičke

bolesti (Bailey i Henry, 2007). Bitnu ulogu u procesu somatizacije također imaju negativna afektivnost i neuroticizam (Tanum i Malt, 2001; de Gucht i sur., 2004), pri čemu su Bailey i Henry (2007) utvrdili da negativna afektivnost posreduje između nekih aspekata aleksitimije i pojave somatizacije. Nadalje, iako somatosenzorna amplifikacija ima neke značajke prolaznog stanja, posjeduje i određene značajke osobina ličnosti u obliku karakterističnog i trajnog perceptivnog stila, zbog čega ju je moguće svrstati u predisponirajuće faktore somatizacije (Barsky, 1992). Usprkos tome što je koncept somatosenzorne amplifikacije prvotno vezivan isključivo uz hipohondriju, nešto novija istraživanja ukazala su na povezanost amplifikacije benignih tjelesnih senzacija s općenitijim procesom somatiziranja (Muramatsu i sur., 2002; Duddu, Chatervedi i Isaac, 2003; Sayar, Kirmayer i Taillefer, 2003). Uz ostale predisponirajuće faktore potrebno je spomenuti i već navedene sociokulturalne čimbenike (Lipowski, 1988). Za aktivaciju somatizacije kod pojedinaca predisponiranih za njenu pojavu zbog navedenih faktora, potrebna je prisutnost precipitirajućih faktora.

1.2.6. Precipitirajući faktori

Precipitirajući faktori predstavljaju okidače za pojavu somatizacije, a uključuju stresne životne događaje i situacije koji za pojedinca imaju konotaciju gubitka ili prijetnje. Najčešći precipitirajući faktori su smrt bliske osobe, fizička bolest ili ozljeda, prekid veze ili svjedočenje smrti (Lipowski, 1988). Generalno, povezanost psihosocijalnog stresa i razvoja fizičkih simptoma objašnjava se efektima stresa na autonomni živčani sustav i hipotalamičko-hipofiznu-nadbubrežnu osovinu (Tak i Rosmalen, 2010), pri čemu izloženost stresnim događajima dugoročno oslabljuje funkciju ove osovine (Miller, Chen i Zhou, 2007). Iako istraživanja uvelike potvrđuju pretpostavku da stresni životni događaji prethode pojavi somatizacije (Deary i sur., 2007), nije u potpunosti jasna točna priroda njihovog doprinosa somatizaciji (Tak i sur., 2015). Naime, nalazi upućuju na to događaji u posljednjih nekoliko mjeseci predviđaju pojavu somatskih simptoma kod psihijatrijskih pacijenata (Craig, Drake, Mills i Boardman, 1994). Međutim, recentni životni događaji ne doprinose značajno somatizaciji kod pojedinaca iz opće populacije, dok raniji životni događaji ostvaruju značajan doprinos razinama somatizacije (Mak i Zane, 2004). Tak i suradnici (2015) predlažu da recentni životni događaji ne vode izravno do pojave simptoma, već je ta povezanost posredovana različitim fiziološkim i psihološkim promjenama koje zatim mogu voditi razvoju somatizacije. Jednom kada se somatski simptomi pojave, održavajući faktori doprinose njihovom opstanku (Lipowski, 1988).

1.2.7. Održavajući faktori

Održavajući faktori uključuju kompleksnu interakciju individualnih predispozicija te interpersonalnih odnosa pojedinaca s njhovim obiteljima, liječnicima i socijalnim sustavom. Pojedinci predisponirani za razvoj somatizacije usvajaju somatizaciju kao način suočavanja s životnim promjenama, psihološkim potrebama i konfliktima, osjećajima krivnje i ljutnje te niskim samopouzdanjem (Lipowski, 1988). Kao što je ranije spomenuto, preuzimanjem „uloge bolesnika“ pojedinci očekuju pažnju i podršku od okoline te dobivaju izliku za izbjegavanje društvenih i obiteljskih obaveza i zahtjeva (Mechanic, 1986). Odgovori liječnika te članova obitelji na somatske pritužbe pojedinca samo pospješuju tendenciju somatiziranja te je dalje održavaju. Različiti medicinski postupci u obliku pretraga, nejasnih dijagnoza i nepotrebnih tretmana, ali i financijske naknade također mogu imati ulogu u daljnjem razvoju somatizacije (Lipowski, 1988). Razine hipohondrijskih strahova uvjerenja i ponašanja mogu također uvelike utjecati na tijek održavanja somatizacije.

1.2.8. Somatizacija i hipohondrija

Somatizacija i hipohondrija dijele veliki broj značajki, među kojima se prvenstveno ističu brojni medicinski neobjašnjeni simptomi, različita ponašanja vezana uz bolest i usvajanje „uloge bolesnika“, smanjena sposobnost svakodnevnog funkcioniranja te zaokupljenost zdravljem i bolešću (Creed i Barsky, 2004). Kao posljedica kriterija za dijagnozu somatizacije i hipohondrije, strah od bolesti kao glavni simptom hipohondrije mora biti temeljen na fizičkim simptomima, dok medicinski neobjašnjeni simptomi koji se nalaze u središtu somatizacije mogu uzrokovati strah od bolesti ili barem ozbiljnu zabrinutost za vlastito zdravlje (Leibbrand, Hiller i Fichter, 2000). Pojedinci skloni somatizaciji razlikuju se u stupnju zaokupljenosti svojim zdravljim te fizičkim simptomima, kao i hipohondrijskim strahovima, uvjerenjima i ponašanjima (Lipowski, 1988). U kliničkom okružju moguće je opaziti dvije grupe pacijenata sa somatizacijom; pacijente s neobjašnjenim fizičkim simptomima koji izražavaju intenzivan strah od bolesti te pacijente koji se žale na fizičke simptome i traže objašnjenje tih simptoma, ali ne iskazuju strah od bolesti (Leibbrand i sur., 2000). Kako bi granice između somatizacije i hipohondrije bile nešto jasnije, Schmidt (1994) navodi da se kod somatizacije veći naglasak stavlja na somatske pritužbe, dok se kod hipohondrije benignim tjelesnim senzacijama daju katastrofične interpretacije koje se ne moraju javljati kod svih osoba sa somatizacijom.

Razine hipohondrije i somatizacije mogu međusobno ovisiti, biti relativno neovisne jedna o drugoj, ali i predstavljati dva aspekta istog poremećaja (Schmidt, 1994). Na značajno preklapanje simptoma hipohondrije i somatizacije ukazuje učestalost komorbiditeta ovih poremećaja u psihijatrijskoj populaciji. Primjerice, Barsky, Wyshak i Klerman (1992) su kod 21% pacijenata s dijagnozom hipohondrije ustanovili da zadovoljavaju kriterije za dijagnozu poremećaja somatizacije. Navedeni postotak vjerojatno bi bio viši kada bi se u obzir uzeli i nešto blaži oblici somatizacije, što su potvrdili Escobar i suradnici (1998) koji su kod 49% pacijenata s hipohondrijom utvrdili preklapanje s blažim oblikom somatizacije. Medicinski neobjašnjeni simptomi česta su karakteristika hipohondrije, stoga ne iznenađuju nalazi istraživanja koji upućuju na to da razina somatskih simptoma u začetku poremećaja predviđa tijek hipohondrije (olde Hartman i sur., 2009). Na blisku povezanost hipohondrije sa somatizacijom upućuje i istraživanje Noyesa i suradnika (1997) koje nalazi veću učestalost poremećaja somatizacije kod rođaka pojedinaca s hipohondrijom. Međutim, Kirmayer i Robbins (1991) su utvrdili da 85% pacijenata s medicinski neobjašnjenim simptomima nije iskazivalo značajnu razinu hipohondrije, pri čemu 68% pacijenata s hipohondrijom nije iskazivalo značajan broj somatskih simptoma, što ukazuje na to da hipohondrija predstavlja aspekt somatoformne simptomatologije relativno neovisan od somatizacijskih značajki. Naime, unatoč velikom broju zajedničkih značajki, postoji nekoliko bitnih razlika koje omogućuju distinkciju somatizacije i hipohondrije. Osim razlika u dijagnostičkim kriterijima te razlikama vezanima uz dob i spol te ishod bolesti, utvrđene su i razlike u etiološkim i održavajućim faktorima somatizacije i hipohondrije (Williams, 2004). S obzirom na snažnu interpersonalnu prirodu somatizacije, kao i na njenu povezanost s antisocijalnim ponašanjem (Frick, Kuper, Silverthorn i Cotter, 1995) i antisocijalnim poremećajem ličnosti (Lilienfeld, Van Valkenburg, Larntz i Akiskal, 1986), postoji mogućnost svrstavanja somatizacije među poremećaje ličnosti (Williams, 2004). S druge strane, zbog učestalog komorbiditeta paničnog poremećaja s hipohondrijom (Fava, Grandi, Saviotti i Conti, 1990) te ključne uloge anksioznosti u hipohondriji (Salkovskis i Warwick, 1986; Warwick i Salkovskis, 1990) postavlja se pitanje bi li hipohondrija trebala pripadati skupini anksioznih poremećaja (Williams, 2004).

Rief, Hiller i Margraf (1998) utvrdili su da je najbolja distinkcija pacijenata s hipohondrijom i somatizacijom moguća putem skale koja mjeri *osjetljivost na tjelesne pritužbe*. Iako se temeljnom značajkom hipohondrije obično smatra strah od teške bolesti, visoka osjetljivost na tjelesne simptome predstavlja perceptivnu distorziju normalnih tjelesnih senzacija koja može

aktivirati katastrofične atribucije karakteristične za hipohondriju (Leibbrand i sur., 2000). Iako pojedinci s hipohondrijom i pojedinci sa somatizacijom imaju tendenciju prekomjernog obraćanja pažnje na tjelesne promjene, hipohondrični pojedinci će za te promjene ranije potražiti liječničku pomoć (Williams, 2004). Što se tiče tjelesnih simptoma koje doživljavaju, pojedinci s hipohondrijom i somatizacijom doživljavaju slične simptome, ali hipohondrični pojedinci nešto češće izvještavaju o abdominalnoj boli, što je vjerojatno povezano s njihovim strahom od teške bolesti, kao što je rak. Leibbrand i suradnici (2000) utvrdili su da pojedinci s hipohodrijom također imaju više razine drugih oblika psihopatologije u odnosu na pojedince s medicinski neobjašnjenim simptomima.

Zbog slične simptomatologije moguće je zaključiti da su somatizacija i hipohondrija fenomeni koji se u značajnoj mjeri preklapaju. Međutim, postoji značajan dio psihopatologije koji je vezan isključivo uz hipohondriju te se uglavnom ne pojavljuje kod somatizacije, stoga im je potrebno pristupiti kao neovisnim kategorijama (Leibbrand i sur., 2000). Dok je uloga disfunkcionalnih uvjerenja o zdravlju u razvoju hipohondrije empirijski široko potvrđen nalaz, njihova uloga u razvoju somatizacije još uvijek nije u potpunosti razjašnjena.

1.2.9. Somatizacija i disfunkcionalna vjerovanja o zdravlju

Iako odnos somatizacije s standardnim mjerama disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja nije razmatran u istraživanjima, o prirodi odnosa somatizacije i zdravstvenih uvjerenja moguće je zaključivati indirektno na temelju nalaza o atribucijskim stilovima pojedinaca sklonih somatizaciji.

Spoznaje dobivene na temelju teorije atribucije, istraživanja percepcije simptoma te zapažanja iz kliničkog okružja upućuju na psihološku, fizičku i normalizirajuću dimenziju atribucije simptoma (Kelley, 1973), pri čemu je svaka dimenzija povezana sa specifičnim obrascima izvještavanja o simptomima te njihove kliničke prezentacije (Robbins i Kirmayer, 1991). Ukoliko određeni simptom nije u mogućnosti pripisati situacijskim ili okolinskim faktorima, pojedinci uzimaju u obzir dispozicijske uzroke simptoma, pri čemu doživljena tegoba može biti pripisana psihološkim ili organskim procesima, ovisno o tome koju atribuciju osoba preferira. Brojni autori smatraju fizičku atribuciju doživljenih simptoma esencijalnom komponentom somatizacije (Bridges, Goldberg, Evans i Sharpe, 1991; Craig i sur., 1993), te razlikuju *„čiste“* i *„fakultativne“* oblike somatizacije. Dok pojedinci s „čistim“ oblikom somatizacije svoje simptome uvijek pripisuju tjelesnim abnormalnostima, osobe s „fakultativnim“ oblikom sklone su psihološkim atribucijama svojih simptoma, zbog čega se

ovaj tip somatizacije često ne smatra „pravom“ somatizacijom. Usporedbom pojedinaca s psihološkim i somatskim atribucijama simptoma, Bridges i suradnici (1991) te Craig i suradnici (1993) su utvrdili da su somatske atribucije simptoma povezane s manjim razinama depresije te manjom spremnosti za razgovor o emocionalnim problemima, ali i višim razinama stresa, pri čemu su pojedinci sa somatskim atribucijama učestalije izvještavali o vlastitoj bolesti ili bolesti roditelja u djetinjstvu, kao i zanemarivanju od strane roditelja. Pacijenti s različitim somatoformnim simptomima izvještavali su o višoj razini vjerovanja vezanih uz njihovu ranjivost te višoj razini pripisivanja simptoma organskim bolestima, dok je pojava somatoformnih simptoma u komorbiditetu s depresijom i anksioznošću bila povezana s višom razinom psiholoških atribucija. Organske kauzalne atribucije te vjerovanja o ranjivosti pritom su bila povezana s traženjem medicinskih pretraga te brojnijim simptomima (Rief i sur., 2004). Dakle, na temelju utvrđenih empirijskih spoznaja moguće je zaključiti da su globalni somatski atribucijski stilovi povezani s izvještavanjem o nejasnim somatskim simptomima, dok su psihološki atribucijski stilovi povezani sa somatskim simptomima, ali i psihološkim simptomima depresije i anksioznosti. Dok pacijenti s depresijom iskazuju više psiholoških atribucija, pacijenti sa somatizacijom skloniji su organskim atribucijama (Duddu i sur., 2006).

Preferencija somatskog atribucijskog stila nad psihološkim može dovesti do toga da je pojedinac spremniji usmjeriti pažnju na tijelo te percipirati tjelesne simptome koje bi u odsutnosti takvih atribucija ili pripisao psihološkoj nelagodi, ili ih uopće ne bi percipirao. Navedeni atribucijski stil zastupljen kod pojedinaca sklonih somatizaciji podrazumijeva pripisivanje somatskih tegoba organskoj bolesti, zbog čega se rijetko u obzir uzimaju benigna objašnjenja doživljenih simptoma (Kirmayer, 1984). Dakle, na temelju istraživanja atribucijskih stilova, moguće je zaključiti da će pojedinci skloni somatizaciji preferirati pripisivanje simptoma ozbiljnim bolestima, što može ukazivati na određeni stupanj disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja unutar simptomatologije povezane sa somatizacijom.

1.2.9.1. Uloga disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju u odnosu između somatizacije i hipohondrije

Kognitivni stil somatosenzorne amplifikacije pokazao se ključnim čimbenikom u razvoju hipohondrijskog (Barsky i Wyshak, 1990) i somatizacijskog poremećaja (Barsky, 1992). Somatosenzorna amplifikacija uključuje komponente pretjerane usmjerenosti na neugodne tjelesne senzacije, prekomjernog obraćanja pažnje na rijetke senzacije slabog intenziteta te

procjene tih senzacija kao abnormalnih i patoloških. Navedena kognitivna procjena dovodi do zdravstvene anksioznosti posredujući između početne percepcije tjelesnih simptoma i konačnih hipohondrijskih strahova, uvjerenja i ponašanja (Duddu i sur., 2006). Moguće je pretpostaviti da disfunkcionalna zdravstvena uvjerenja posreduju u odnosu između somatizacije i hipohondrije putem mehanizma u čijoj se podlozi nalazi proces somatosenzorne amplifikacije. Naime, komponenta procjene tjelesnih promjena kao znakova patologije može se temeljiti na disfunkcionalnim vjerovanjima o zdravlju koje je osoba usvojila.

Barsky i Borus (1999) predložili su model koji razmatra mehanizam putem kojeg somatosenzorna amplifikacija djeluje na razvoj somatizacije. Naime, tjelesna nelagoda vrlo je učestala pojava koja može biti znak benignih disfunkcija, blagih oboljenja, kroničnih medicinskih stanja, psihosocijalnog stresa, psihičkih poremećaja, ali i nedijagnosticiranih medicinskih stanja. Medicinski postupci, promicanje brige o zdravlju te medijski izvještaji mogu pokrenuti proces amplifikacije simptoma koji mijenja percepciju doživljenih simptoma. Također, spoznaje o bolesti dobivene kontaktom s bolesnom osobom, razgovorima o bolesti ili putem medija mogu dovesti do privremene reatribucije nejasnih simptoma novootkrivenoj bolesti. Navedena reatribucija može poticati daljnje preuveličavanje intenziteta, štetnosti i problematičnosti simptoma. Pretpostavka o tome da je osoba ozbiljno bolesna može povećati učestalost samopregleda u potrazi za ostalim simptomima koji mogu potvrditi sumnju o teškoj bolesti. Ranije ignorirane senzacije koje su bile neprimijećene ili odbačene kao benigne sada se interpretiraju kao daljnji indikatori prisutnosti bolesti. Kao posljedica navedenih misli, osoba razvija samoodržavajući ciklus amplifikacije simptoma te uvjerenja o bolesti. Sumnja na ozbiljnu bolest izravno djeluje na povećanje svjesnosti o tijelu, percepciju simptoma te javljanje nelagode, što posljedično pojačava vjerovanje osobe da je bolesna. U procesu amplifikacije posreduju četiri mehanizma; uvjerenje o bolesti, negativna očekivanja o budućem tijeku bolesti, „uloga bolesnika“ te stresni događaji (Duddu i sur., 2006). Dakle, moguće je da prilikom pojave nejasnih fizičkih simptoma upravo sklonost prema somatosenzornoj amplifikaciji može aktivirati uvjerenje o tome da je osoba bolesna temeljeno, između ostalog, na precjenjivanju vjerojatnosti pojave ozbiljnih bolesti, što na koncu potiče javljanje hipohondrijskih strahova, uvjerenja i ponašanja.

Ključna uloga somatosenzorne amplifikacije u procesu somatiziranja uvelike je potvrđena istraživanjima. Visoke razine somatosenzorne amplifikacije utvrđene su u kliničkim populacijama pacijenata s različitim bolnim sindromima (Muramatsu i sur., 2002; Sayar i sur., 2003; Wise i Mann, 1994), kao i kod pojedinaca iz nekliničke populacije sklonih somatizaciji

(Aronson, Feldman Barrett i Quigley, 2001). Istraživanja odnosa hipohondrije i somatosenzorne amplifikacije ukazuju na više razine preuveličavanja tjelesnih senzacija (Barsky i Wyshak, 1990) kao i veću osjetljivost na bol (Gramling, Clawson i McDonald, 1996) kod zdravstveno anksioznijih pojedinaca te na veću tendenciju prema somatosenzornoj amplifikaciji kod rođaka pojedinaca s hipohondrijom (Noyes i sur., 1999). Međutim, istraživački nalazi ukazuju na to da hipohondrični pojedinci nisu točniji od kontrolnih ispitanika u objektivnim mjerama somatske percepcije (Barsky, 2001; Haenen, Schmidt, Schoenmakers i van der Hout, 1997) pri čemu neka istraživanja nalaze veću točnost pojedinaca nesklonih hipohondriji (Barsky, Brener, Coeytaux i Cleary, 1995). Iz tog razloga Barsky (2001) predlaže da hipohondrični pojedinci s tendencijom prema somatosenzornoj amplifikaciji nisu iznimno osjetljivi detektori slabih i nejasnih tjelesnih senzacija, već su u manjoj mjeri sposobni izdvojiti te blage senzacije od ostalih.

Uloga amplifikacije u somatizaciji i hipohondriji u skladu je s empirijski utemeljenim nalazima o bliskom odnosu psiholoških simptoma i psihološke nelagode s jedne strane te somatskih simptoma i tjelesne nelagode s druge strane (Barsky, 1992). Međutim, potrebno je napomenuti da somatosenzorna amplifikacija nije isključivo specifična za somatizacijska stanja. Iako ima bitnu ulogu u pojavi somatskih simptoma, drugi faktori, poput aleksitimije, depresije, neuroticizma te anksioznosti mogu, uz amplifikaciju, imati utjecaj na razvoj hipohondrije i somatizacije (Duddu i sur., 2006).

1.3. Anksioznost

Anksioznost predstavlja jednu od najčešćih emocija, pri čemu se javlja u situacijama u kojima je objekt od kojeg osoba strahuje nepoznat, a percipirana prijetnja i opasnost proizlaze iz same osobe. Za razliku od emocije straha koja se odvija isključivo u sadašnjosti, anksioznost je osjećaj vezan uz budućnost zbog toga što pojedinac predviđa određenu opasnost. Osjećaj anksioznosti moguće je smjestiti na kontinuumu koji se proteže od normalne ili svakodnevne anksioznosti na jednome kraju spektra do patološke anksioznosti na drugome kraju spektra (Begić, 2011).

Normalna anksioznost iznimno je proširena u svakodnevnom životu te se javlja u nizu uobičajenih situacija vezanih uz različite životne domene, pri čemu se pojačava s brojem podražaja s kojima se osoba suočava. Naime, s obzirom na to da je pojedinac svaki dan izložen velikom broju informacija o neugodnim, prijetećim i tragičnim događajima, normalna

anksioznost proizlazi iz straha da će pojedinca ili njegove bližnje zadesiti neka od potencijalih opasnosti (Begić, 2011). Emocija anksioznosti razvila se zbog svoje adaptivne funkcije čija je svrha promicanje opreznosti, promišljanja i planiranja te izbjegavanja ili suprotstavljanja opasnosti u vidu reakcije „borba ili bijeg“ (Štrkalj Ivezić, Folnegović Šmalc i Mimica, 2007). Anksioznost je kao normalnu ljudsku reakciju nemoguće, ali i nepoželjno, sasvim ukloniti, već je potrebno naučiti kontrolirati njenu razinu. Ukoliko pojedinac nema potrebnih resursa za kontrolu anksioznosti ili suočavanje s njom, ona svojim intenzitetom i kvalitetom može prijeći u patologiju (Begić, 2011). S obzirom na to da je ponekad teško razgraničiti normalnu od patološke anksioznost, često se predlaže da se normalnom anksioznosti nazove ona koju pojedinac može kontrolirati, dok je patološka anksioznost ona koja kontrolira pojedinca (Rosen i Schulkin, 1998).

Patološka anksioznost izrazito je učestala pojava u kliničkom okružju zbog njene prisutnosti u različitim oblicima te u različitim psihičkim poremećajima. Dok je kod ostalih skupina psihičkih poremećaja anksioznost sekundaran simptom, kod anksioznih poremećaja ona dominira kliničkom slikom. Moguće je govoriti o patološkoj anksioznosti onda kada se ona javlja neovisno o opasnosti, opstaje dugo nakon stresa i prestanka opasnosti, remeti svakodnevno funkcioniranje osobe te je razvojno neprimjerena. Dakle, potrebno je razlikovati uobičajenu anksioznost koja se spontano povlači nakon prestanka uznemirujuće situacije ili stvarne opasnosti te njene patološke oblike koji nadilaze normalne razine straha i zabrinutosti koje proizlaze iz životnih situacija te koji zahtijevaju evaluaciju te tretman pojedinca (Begić, 2011).

S obzirom na to da je emocija anksioznosti univerzalna i sveprisutna, anksiozni poremećaji predstavljaju jedan od najčešćih zdravstvenih problema sa učestalosti od 5% do 10% u općoj populaciji (Merikangas i Kalaydjian, 2009). Uz iznimku opsesivno-kompulzivnog poremećaja, češći su kod žena, pri čemu se najčešće pojavljuju u ranim dvadesetim godinama te na prijelazu iz tridesetih u četrdesete godine života, iako su prisutni u svim životnim razdobljima. Međusobno se razlikuju po učestalosti, s generaliziranim anksioznim poremećajem i socijalnom fobijom kao najučestalijim poremećajima te opsesivno-kompulzivnim poremećajem kao najrjeđim (Begić, 2011). Neovisno o tome od kojeg anksioznog poremećaja pojedinac pati, anksioznost se manifestira simptomima u četiri domene; tjelesnoj, emocionalnoj, kognitivnoj i bihevioralnoj. Tjelesni simptomi javljaju se prvenstveno u kardiovaskularnom, respiratornom i gastrointestinalnom sustavu kao odgovor na povećanu pobuđenost autonomnog živčanog sustava koji priprema organizam za

suočavanje s opasnosti. Emocionalne promjene koje prate fizološku pobuđenost manifestiraju se osjećajem slabosti, nelagode, gubitka kontrole, ali i intenzivnog straha da će različiti fizički simptomi imati brojne negativne posljedice za pojedinca. Što se tiče simptoma iz kognitivne domene, anksioznost dovodi do potpune dezorganizacije kognitivnih funkcija s dominacijom simptoma zabrinutosti i očekivanja opasnosti, koji još više pojačavaju uznemirenost. Bihevioralni odgovori uključuju izbjegavanje, koje je karakteristično za fobije, stereotipije, specifične za opsesivno kompulzivni poremećaj te slabu koordinacija koja prevladava u socijalno anksioznim poremećajima, a manifestira se u obliku tremora, nespretnosti ili potpune zakočenosti (Vulić-Prtorić, 2006).

U tumačenju uzroka i razvoja anksioznih poremećaja učestalo se spominje koncept multifaktorijalnosti prema kojem se etiologija ove skupine poremećaja objašnjava većim brojem čimbenika koji se međusobno nadopunjuju. Biološke teorije ističu genetsku predispoziciju osobe za razvitak anksioznog poremećaja, hiperfunkciju autnomnoga živčanog sustava kod visoko anksioznih pojedinaca, kao i ulogu noradrenalina, serotonina, GABA-e te drugih neurotransmitera u nastanku anksioznosti. Psihoanalitička tumačenja kreću od S. Freuda koji je prvotno postavio tezu o transformaciji libida u strah, a zatim je anksioznost definirao kao odgovor ega na nesvjesne impulse iz ida koja predstavlja signal za buduću opasnost (Begić, 2011). Sullivan (1953; prema Begić, 2011) navodi da se anksioznost u ranoj dobi prenosi s majke na dijete, dok Bowlby (1959; prema Begić, 2011) na sličnim temeljima postavlja teoriju o separacijskoj anksioznosti koja se javlja prilikom odvajanja od bliske osobe. Bihevioralne teorije anksioznosti stavljale su naglasak na učenje anksioznosti klasičnim uvjetovanjem, operantnim uvjetovanjem, modeliranjem te medijacijskim učenjem. Prema objašnjenjima koja su se oslanjala na kognitivne čimbenike nastanka anksioznosti, kod osoba s anksioznim poremećajima javljaju se distorzije u trima razinama procesiranja informacija; perceptivnoj, interpretativnoj i razini pamćenja. Distorzije u perceptivnoj razini procesiranja informaacija manifestiraju se selekcijom onih podražaja iz mnoštva drugih podražaja koji signaliziraju moguću prijetnju. Na interpretativnoj razini javlja se sklonost tumačenju nejasnih podražaja kao opasnih, dok se na razini pamćenja iskazuje bolje upamćivanje i lakše dosjećanje znakova anksioznosti. Prema kognitivnoj paradigmi, pretjerana anksioznost nastaje na temelju specifične kognitivne sheme kojom prevladava vjerovanje o krhkosti i nesposobnosti osobe te svijetu kao opasnome mjestu (Begić, 2011). Anksiozne poremećaje u većoj ili manjoj mjeri karakterizira kognitivni stil sklon anksioznosti (Starcevic i sur, 2012) čije su glavne značajke pretjerivanje prilikom percepcije prijetnje te

viđenje budućnosti kao uvelike nepredvidljive (Ganellen i sur., 1986). U kombinaciji s bihevioralnim teorijama anksioznosti i pripadajućim terapijskim intervencijama, kognitivne teorije te pristupi koji su proizašli iz njih postale su najučinkovitiji tretman anksioznih poremećaja (Begić, 2011). Kognitivno-bihevioralni terapijski pristupi pokazali su se iznimno učinkovitima i u liječenju hipohondrije (Barsky i Ahern, 2004; Bleichhardt i sur., 2005; Clark i sur., 1998; Warwick i sur., 1996), što ne iznenađuje zbog središnje uloge anksioznosti u kognitivnim pristupima hipohondriji (Salkovskis i Warwick, 1986; Warwick i Salkovskis, 1990).

1.3.1. Anksioznost i hipohondrija

Brojni okolinski i situacijski čimbenici, ali i benigna medicinska stanja, mogu uzrokovati blagu fizičku nelagodu, pri čemu će anksiozniji pojedinci biti svjesniji tih neznatnih tjelesnih fluktuacija te će posljedično krivo interpretirati njihovo značenje. Upravo je kognitivni stil sklon anksioznosti jedan od presudnih čimbenika razvoja i održavanja hipohondrije prema kognitivno-bihevioralnim teorijama hipohondrije (Salkovskis i Warwick, 1986; Warwick i Salkovskis, 1990). Kod pacijenata s dijagnozom anksioznih poremećaja istraživanja su utvrdila *ex-consequentia* stil rasuđivanja za kojeg je karakterističan zaključak o postojanju opasnosti samo zato što osoba osjeća anksioznost, pri čemu navedeni obrazac rasuđivanja služi potvrdi prijetećih svojstava podražaja od kojeg pojedinac strahuje, što održava razinu anksioznosti (Arntz, Rauner i van den Hout, 1995). Smeets, de Jong i Mayer (2000) su kod hipohondričnih pojedinaca također utvrdili navedeni stil rasuđivanja prema kojem anksiozno raspoloženje potaknuto percepcijom benignih tjelesnih promjena aktivira njihova uvjerenja o tome da boluju od opasne bolesti. Marcus i suradnici (2008) su također utvrdili rizičnost ruminativnog kognitivnog stila, koji se pokazao prediktivnim za nastanak anksioznih simptoma, za razvoj hipohondrije.

Visoka povezanost između hipohondrijskih strahova, vjerovanja i ponašanja s jedne strane te anksioznih simptoma s druge strane emprijski je potvrđena, kako na pacijentima s dijagnozom hipohondrije (Kellner i sur., 1987), tako i na pojedincima iz opće populacije sklonima hipohondriji (Stewart i Watt, 2000). Brojne studije utvrdile su zastupljenost anksioznih karakteristika kod pacijenata s hipohondrijom, među kojima se ističu dimenzije straha od bolesti, uvjerenja o bolesti, zaokupljenosti tijelom (Barsky, Wyshak i Klerman, 1986; Bianchi, 1973; Kellner i sur., 1987), straha od starenja i smrti te osjećaja vulnerabilnosti za bolest ili ozljedu (Barsky i Wyshak, 1990; Kellner i sur., 1987). S obzirom na to da

anksioznost, uz ostale negativne osjećaje, predstavlja jedan od aspekata neuroticizma (Muris i sur., 2005), potrebno je spomenuti empirijske nalaze o odnosu sklonosti ka hipohondriji te neuroticizma. Noyes i suradnici (1999) su kod rođaka pojedinaca s hipohondrijom utvrdili visoke razine neuroticizma, pri čemu je neuroticizam bio u visokoj povezanosti sa svim mjerama hipohondrije. Naime, generalno je neuroticizam povezan s lošijom samoprocjenom zdravlja (Watson i Pennebaker, 1989), višim razinama hipohondrijskih značajki (Coxi sur., 2000; Ferguson, 2000) te s izvještavanjem o brojnijim simptomima (Costa i McCrae, 1985; Kirmayer i sur., 1994). Također, pacijenti s dijagnozom hipohondrije izvještavaju o višim razinama neuroticizma (Noyes i sur., 1994). Odnos neuroticizma i hipohondrije nije u potpunosti razjašnjen, pri čemu nije poznato čini li neuroticizam kao dimenzija ličnosti pojedinca vulnerabilnim za razvoj hipohondrije ili je visoka razina neuroticizma posljedica same hipohondrije ili drugih poremećaja s kojima je ona u komorbiditetu (Noyes i sur., 1999). U svrhu objašnjenja povezanosti neuroticizma i hipohondrije, Williams (2004) predlaže da su pojedinci s visokim razinama neuroticizma skloniji selektivnom usmjeravanju pažnje na podražaje koji predstavljaju prijetnju, koji u slučaju hipohondrije podrazumijevaju tjelesne promjene te informacije vezane uz bolest. Međutim, osobina ličnosti koja se odnosi na savjesnost potencijalno moderira odnos između neuroticizma i hipohondrije na način da su pojedinci visoko na neuroticizmu i visoko na savjesnosti sposobni tijekom vremena uspješno preusmjeriti pažnju s prijetećih podražaja, dok oni skloni neuroticizmu, ali s niskim razinama savjesnosti nisu u mogućnosti na ovaj način regulirati usmjeravanje pažnje. S druge strane, Marcus (1999) proširuje disfunkcionalna uvjerenja hipohondričnih pojedinaca i izvan domene zdravlja i bolesti te predlaže da nešto generalnija vjerovanja o samima sebi također imaju ulogu u razvoju hipohondrije, što se očituje u njenoj povezanosti s neuroticizmom. Uzima u obzir mogućnost da hipohondrični pojedinci vjeruju da su pod većim rizikom za obolijevanje od teške bolesti jer sebe vide kao manjkave, neadekvatne ili jednostavno nesretne, što potvrđuje i nalaz o niskom samopoštovanju pojedinaca sklonih hipohondriji (Marcus, 1999).

Istraživačke spoznaje ukazuju na visoke razine komorbiditeta hipohondrije s anksioznim poremećajima (Barsky i sur., 1992; Noyes i sur., 1999; Noyes i sur., 1994), pri čemu su kognitivno-bihevioralni modeli hipohondrije (Salkovskis i Warwick, 1986; Warwick i Salkovskis, 1990) i paničnog poremećaja (Clark, 1986) konceptualno vrlo slični. Pacijenti s dijagnozom poremećaja hipohondrije te s dijagnozom nekog od anksioznih poremećaja iskazuju usporedive razine anksioznosti mjerene eksplicitnim i implicitnim mjerama (Weck, Bleichhardt, Witthöft i Hiller, 2011). Kao što anksiozni simptomi prevladavaju kliničkom

slikom hipohondrije, tako je i anksioznost vezana uz zdravlje značajka nekih anksioznih poremećaja (Abramowitz i sur., 2007). Primjerice, kod paničnog poremećaja izražene su visoke razine pozornosti usmjerene na tijelo te sklonost prema anksioznoj osjetljivosti koja podrazumijeva strah od javljanja anksioznih simptoma i tjelesnih promjena uzrokovanih anksioznosti (Schmidt, Lerew i Trakowski, 1997). Nadalje, zabrinutost za zdravlje moguće je uočiti i u nekim oblicima opsesivno-kompulzivnog poremećaja u kojima kliničkom slikom dominira strah od kontaminacije za kojeg je specifično izbjegavanje situacija koje mogu dovesti do zaraze te postojanje kompulzija usmjerenih na prevenciju bolesti (Abramowitz, Brigidi i Foa, 1999). Pojedinci s dijagnozom generaliziranog anksioznog poremećaja često, izuzev briga vezanih uz druga životna područja, iskazuju i pretjeranu razinu brige za vlastito zdravlje. Konačno, u nekim oblicima specifičnih fobija, pri čemu se ističe fobija od bolesti, pacijenti izražavaju iracionalne strahove koji vode ka izbjegavanju podražaja i situacija koji predstavljaju podsjetnike na bolest ili za koje osoba percipira da mogu povećati rizik od obolijevanja (Abramowitz i sur., 2007).

Na temelju navedenih značajki koje hipohondrija dijeli s anksioznim poremećajima, često se predlaže njeno svrstavanje u kategoriju anksioznih poremećaja, iako to nije u potpunosti opravdano. S obzirom na visoke razine preklapanja hipohondrije s paničnim poremećajem, Salkovskis i Clark (1993) su kao glavnu razliku između dva navedena poremećaja naveli brigu hipohondričnih pojedinaca za dugoročne posljedice svojih simptoma, dok je kod paničnog poremećaja istaknuta zaokupljenost trenutnim posljedicama simptoma anksioznosti. U skladu s navedenim, za panični poremećaj karakteristični su epizodički napadaji straha aktivirani autonomnom pobuđenosti, što nije tipično za hipohondriju kod koje je anksioznost stalno prisutna te ne mora nužno biti aktivirana pobuđenosti (Hiller i sur., 2005). Marcus (1999) naglašava razliku u vjerovanjima kod hipohondrije i paničnog poremećaja, pri čemu navodi da pojedinci s paničnim poremećajem posjeduju disfunkcionalna vjerovanja vezana jedino uz same sebe, dok su kod hipohondrije ta vjerovanja nešto globalnija te obuhvaćaju i druge osobe te svijet oko sebe. U odnosu na pacijente s opsesivno-kompulzivnim poremećajem koji svoje misli i strahove vide kao nerealistične te ih pokušavaju sakriti od okoline i oduprijeti im se, hipohondri imaju puno manje uvida u besmislenost svojih strahova, zbog čega im se uglavnom ne pokušavaju oduprijeti (Neziroglu, McKay i Yaryura-Tobias, 2000). Što se tiče distinkcije generaliziranog anksioznog poremećaja i hipohondrije, u usporedbi s pacijentima s hipohondrijom, kod pacijenata s generaliziranim anksioznim poremećajem utvrđeno je manje somatskih simptoma, niže razine anksiozne osjetljivosti te

manji strah od smrti, kao i puno slabiji intenzitet brige o bolesti (Starcevic, Fallon, Uhlenhuth i Pathak, 1994). Fobiju od bolesti i hipohondriju prvenstveno je moguće razlikovati na temelju usmjerenosti hipohondara na različite tjelesne simptome, a usmjerenosti pacijenata s fobijom na samo jedan simptom ili bolest, pri čemu oni iskazuju malobrojnije somatske simptome te shvaćaju neopravdanost svojih strahova (Marks, 1970; Noyes, Wesner i Fisher, 1992).

S obzirom na to da se anksioznost razvila kao adaptivna funkcija zaštite organizma od šteta i ozljeda, ne iznenađuje pojava zabrinutosti za zdravlje kod različitih anksioznih stanja (Abramowitz i sur., 2007). Procjena zdravstvene anksioznosti stoga je iznimno važna u dijagnozi anksioznih poremećaja (Schmidt, Joiner, Staab i Williams, 2003), dok je prilikom procjene hipohondrije također bitno usmjeriti pažnju na anksioznost zbog njenog doprinosa hipohondriji. Iako se u podlozi anksioznih stanja i hipohondrije vjerojatno nalaze slični mehanizmi koji se manifestiraju na nešto različite načine, mjere hipohondrije uspješno razlikuju hipohondrične od anksioznih pojedinaca (Weck i sur., 2011), zbog čega je na hipohondriju moguće gledati kao na jasno odvojenu kategoriju. Na temelju nalaza o učestaloj pojavi hipohondrije i somatizacije u komorbiditetu (Barsky i sur., 1992; Escobar i sur., 1998), moguće je zaključiti da anksioznost predstavlja važan faktor i u pojavi somatizacije.

1.3.2. Anksioznost i somatizacija

Anksioznost vodi ka razvoju somatizacije mehnizmima preuveličavanja postojećih fizičkih simptoma te dovođenjem prije neprimijećenih tjelesnih senzacija u svijest koje se zatim interpretiraju kao znakovi fizičke bolesti. Visoke razine anksioznosti snižavaju toleranciju na različite neugodne tjelesne promjene i simptome, uključujući i bol, što potvrđuje njen utjecaj na razvoj somatizacije (Barsky, 1992). U velikom broju slučajeva somatizacija se javlja upravo kao posljedica fizioloških znakova koji prate emocionalnu pobuđenost karakterističnu za anksiozna stanja, kao što su hiperventilacija, bol u prsima te srčane palpitacije (Lipowski, 1988).

Brojna istraživanja ukazuju na blisku povezanost i značajno preklapanje somatskih simptoma, anksioznosti i depresije kod kliničke i nekliničke populacije ispitanika (Campo, 2012; Fink, 1995; Gureje i sur., 1997; Kushwaha i sur., 2014; Noyes, Holt i Kathol, 1995; O'Malley i sur., 1999), pri čemu se simptomi jednog od navedenih stanja ili poremećaja često pojavljuju u tijeku drugog (Leibbrand i sur., 2000). Gotovo svi somatski simptomi učestaliji su kod pacijenata s anksioznim i depresivnim poremećajima u odnosu na kontrolnu skupinu ispitanika (Bohman i sur., 2010), a pojava somatskih simptoma povećava rizik za obolijevanje

od depresije ili anksioznih poremećaja najmanje dva puta (Kroenke i Price, 1993; Van Boven i sur., 2011). Svi anksiozni poremećaji povezani su sa svim skupinama somatskih simptoma (Bekhuis, Boschloo, Rosmalen i Schoevers, 2015), pri čemu postojanje tjelesnih simptoma negativno utječe na tijek ovih poremećaja (Huijbregts i sur., 2010). U objašnjenju odnosa anksioznih, ali i depresivnih, poremećaja sa somatskim simptomima predložena su tri mehanizma. Prema *antecedentnoj hipotezi,* depresivni i anksiozni poremećaji uzrokuju pojavu somatskih simptoma (Larson, Clark i Eaton, 2004), putem povećane tjelesne svjesnosti te izmijenjene percepcije tjelesnih senzacija (Rief i Barsky, 2005). Nadalje, u skladu s *hipotezom posljedica*, somatski simptomi predviđaju pojavu depresivnih i anksioznih poremećaja (Gerrits i sur., 2014), prvenstveno dovodeći do slabije sposobnosti tjelesnog funkcioniranja koja može potaknuti anksioznost i depresiju (Cohen i Rodriguez, 1995). Konačno, prema *hipotezi zajedničke etiologije*, zajednički etiološki faktori neovisno uzrokuju pojavu depresivnih i anksioznih poremećaja te somatskih simptoma (Henningsen, Zimmermann i Sattel, 2003). Ostala objašnjenja uzimaju u obzir medijatorsku ulogu depresije i anksioznosti u odnosu između aleksitimije i somatizacije (Allen i sur., 2011).

Istraživački nalazi upućuju i na bitnu ulogu neuroticizma i negativne afektivnosti, dispozicija kojima dominira anksioznost, u doživljavanju i izvještavanju o različitim tipovima somatskih simptoma (De Gucht i sur., 2004; Tanum i Malt, 2001; Watson i Pennebaker, 1989). Povezanost neuroticizma sa somatizacijom objašnjava se pretpostavkom da visoka razina doživljavanja negativnih emocija karakteristična za neurotične osobe uzrokuje različite zdravstvene tegobe. Međutim, neki autori navode i mogućnost utjecaja somatskih pritužbi na pojavu nelagode i nezadovoljstva, a posljedično i visokih razina neuroticizma. Prema hipotezi percepcije simptoma koja je zadobila najveću empirijsku podršku (Rief i Broadbent, 2007), neurotični pojedinci s izraženom razinom negativne afektivnosti će zbog svoje veće introspektivnosti i opreznosti biti skloniji obraćanju pažnje i izvještavanju o tjelesnim promjenama (Dankić, 2005).

Čimbenici povećane svjesnosti o tijelu te selektivnog usmjeravanja pažnje na tjelesne promjene, kao i na informacije vezane uz opasnost (MacLeod, Mathews i Tata, 1986), povećane pobuđenosti autonomnog živčanog sustava te negativne pristranosti prilikom procjene vlastitog zdravlja (Noyes, Reich, Clancy i O'Gorman, 1986) pokazali su se facilitirajućima za pojavu somatizacije unutar anksioznih stanja (Lipowski, 1988). Simptomi anksioznosti i somatizacije, ali i depresije, vrlo rijetko se javljaju samostalno, što ukazuje na to da većina pojedinaca doživljava kombinaciju navedenih simptoma. Međutim, somatski,

anksiozni i depresivni simptomi imaju neovisne, aditivne i različite učinke na kvalitetu života vezanu uz zdravlje, stupanj funkcioniranja pojedinca te upotrebu zdravstvene skrbi, zbog čega je opravdano njihovo razdvajanje u tri domene simptoma (Kroenke, Spitzer, Williams i Löwe, 2010) te dijagnosticiranje somatizacije, depresije i anksioznih poremećaja kao poremećaja u komorbiditetu (Leibbrand i sur., 2000). Učinak navedenih simptoma te pripadajućih poremećaja na psihosocijalno funkcioniranje pojedinca vidljiv je u njihovim efektima na psihičko zdravlje.

1.4. Psihičko zdravlje

Psihičko zdravlje predstavlja jednu od temeljnih komponenti cjelokupnog zdravlja čija je važnost istaknuta u definiciji zdravlja od strane Svjetske zdravstvene organizacije (World Health Organization, 1948) kao stanja potpune fizičke, psihičke i socijalne dobrobiti, a ne samo odsutnosti bolesti ili nemoći. Problemi s psihičkim zdravljem predstavljaju jedan od vodećih činitelja koji doprinose globalnom opterećenju bolesti i narušavanju svakodnevnog funkcioniranja (Afifi, 2007). Česta su pojava u svim zemljama i kulturama te uzrokuju značajnu patnju pojedincima koji se s njima suočavaju, u obliku niske kvalitete života, socijalne izolacije te povećanog mortaliteta (WHO, 2008). O konceptu mentalnog zdravlja može se govoriti u terminima dimenzionalnog konstrukta koji se proteže na kontinuumu. Potpuno mentalno zdravlje karakteriziraju visoke razine subjektivne dobrobiti koja se manifestira prisustvom pozitivnih emocija te dobrim psihosocijalnim funkcioniranjem pojedinca. S druge strane, s približavanjem suprotnom kraju spektra mentalno zdravlje postaje nepotpunije, pri čemu pojedinac ima nisku razinu subjektivne dobrobiti s prevladavajućim osjećajima „praznine“ i stagnacije. Iako ne mora uvijek dovesti do dijagnoze psihičkog poremećaja, nepotpuno psihičko zdravlje izuzetno je rizično za njihovu pojavu, poglavito za razvoj depresivnih poremećaja (Keyes, 2002). Epidemiološke studije ukazuju na to da stariji odrasli, pojedinci s višim razinama obrazovanja, oni u braku te osobe muškog spola imaju bolje mentalno zdravlje (Keyes, 2002; Kvrgic i sur., 2013; Mache, Klapp i Groneberg, 2014).

Ponuđena su brojna objašnjenja spolnih razlika u psihičkom zdravlju s naglaskom na njegovu determiniranost biološkim, psihološkim ili socijalnim čimbenicima (Kvrgic i sur., 2013). Biomedicinski modeli naglašavaju genetske, hormonalne, anatomske i fiziološke razlike između muškaraca i žena koje dovode do veće predisponiranosti žena za razvoj psihičkih smetnji i poremećaja. U psihosocijalnim objašnjenjima kao rizični faktori za lošije psihičko zdravlje žena navode se različite osobine ličnosti, stilovi suočavanja te izvještavanje o

simptomima (Afifi, 2007). Naime, žene izvještavaju o brojnijim fizičkim i psihološkim simptomima, češće traže liječničku pomoć te im se češće pripisuju različiti psihofarmaci (WHO, 2001), dok muškarci obično ne traže pomoć dok njihove tegobe ne postanu iznimno ozbiljne (WHO, 2002). Unutar pristupa koji ističu socijalne faktore vode se rasprave o tome jesu li različiti psihički problemi muškaraca i žena rezultat izlaganja različitim životnim situacijama, iskustvima i stresorima ili njihovim različitim reakcijama na ista iskustva (Kvrgic i sur., 2013). Spominju se još i brojni populacijski faktori rizika, poput dobi, obrazovanja i bračnog statusa, koji u interakciji sa spolom utječu na razine psihičkog zdravlja (Afifi, 2007). Nadalje, sociokulturalni, ekonomski i politički procesi mogu dovesti do različitih zdravstvenih rizika za muškarce i žene (Kawachi, Kennedy, Gupta i Prothrow-Stith, 1999). Afifi (2007) navodi da su kod velikog broja žena doživljaji vlastite vrijednosti, kompetentnosti, autonomije te osjećaj fizičke, seksualne i psihološke sigurnosti, koji su esencijalni za psihičko zdravlje, sustavno poricani. Svi navedeni čimbenici nisu međusobno isključivi, već najvjerojatnije u interakciji jedan s drugim djeluju na aktivaciju bioloških predispozicija koji dovode do pojave spolnih razlika.

Svakodnevno funkcioniranje pojedinca, koje predstavlja bitan indikator razine psihičkog zdravlja, odnosi se na iskustvo pojedinca s određenim zdravstvenim stanjem koje se stvara u interakciji s okolinskim čimbenicima (Leonardi i sur., 2006). Funkcionalni status pojedinca narušen je onda kada su njegove sposobnosti adekvatnog funkcioniranja u različitim situacijama značajno reducirane zbog ograničenja i restrikcija koju njegova bolest stavlja pred njega (WHO, 2001). Utjecaj narušenog funkcioniranja povezanog s psihičkim poremećajima na kvalitetu života pojačan je pojavom mentalne bolesti u ranoj dobi te njenim kroničnim ili rekurentnim tijekom, karakterističnim za mnoge mentalne poremećaje (Alonso i sur., 2004).

Uz poremećaje raspoloženja, anksiozni poremećaji su mentalni poremećaji s najvećom prevalencijom u populaciji (WHO, 2017), pri čemu imaju značajne negativne učinke na funkcioniranje pojedinca u različitim životnim domenama (Alonso i sur., 2011; Antunes i sur., 2018). Relativno rijetki poremećaji somatizacije i hipohondrije kao i sklonost pojedinaca iz nekliničke populacije prema većem stupnju somatizacije i hipohondrije također uvelike snižavaju optimalne razine psihosocijalnog funkcioniranja (Abramowitz i sur., 2007; Hiller i sur., 1997; Escobar i sur; 1998; Katon i sur; 1991; Scharf i sur., 2016). U odnosu na anksiozne poremećaje i hipohondriju, somatizacija se pokazala rizičnijom za značajno narušavanje funkcioniranja pojedinca (Hiller i sur., 1997; Kushwaha i sur., 2014). Dakle, različiti štetni učinci anksioznih simptoma, kao i straha od bolesti koji prevladava u hipohondriji te

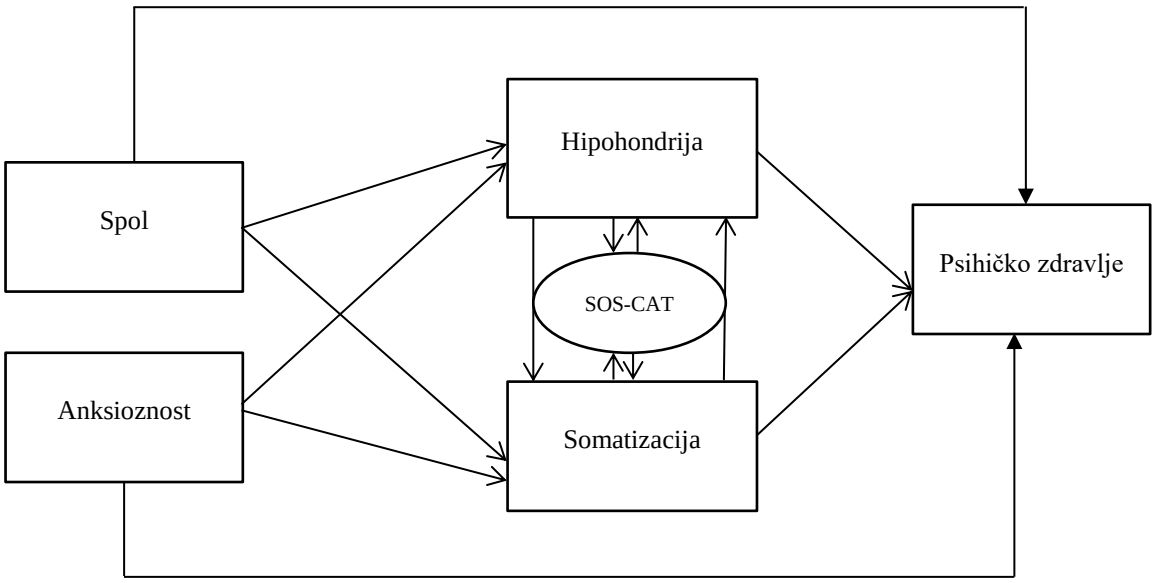
medicinski neobjašnjenih simptoma dominantnih kod somatizacije na funkcionalni status pojedinca, njegovo emocionalno stanje te razinu subjektivne dobrobiti trebali bi se iskazati u niskim razinama cjelokupnog psihičkog zdravlja pojedinca.

1.5. Polazište i cilj istraživanja

Hipohondrija i somatizacija predstavljaju fenomene koji se u kliničkoj populaciji javljaju u obliku poremećaja, ali su kao dimenzionalni konstrukti zastupljeni u većoj ili manjoj mjeri i u različitim nekliničkim populacijama. Mjere samoprocjene somatizacije i hipohondrije uvelike pomažu ranom otkrivanju somatizacije i hipohondrije unutar opće populacije, pri čemu je za procjenu hipohondrije iznimno korisna *Skala stavova prema bolesti*. Unatoč mnoštvu značajki koje hipohondrija i somatizacija dijele, opravdano je među njima napraviti distinkciju i promatrati ih zasebno, ali ujedno ne zanemariti njihovu međusobnu isprepletenost. Kognitivni pristupi dominiraju objašnjenjima hipohondrije i somatizacije, pri čemu u središte stavljaju koncepte disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja i somatosenzorne amplifikacije.

Uz ostala disfunkcionalna zdravstvena uvjerenja, vjerovanja o učestalosti teških bolesti mjerena, između ostalog, *Skalom simptoma i ishoda*, pokazala su se rizičnima za razvoj hipohondrije, dok vjerovanja o učestalosti benignih ishoda nemaju ulogu u nastanku hipohondrije. S obzirom na to da kod pojedinaca sklonih somatizaciji postoji preferencija korištenja globalnog somatskog atribucijskog stila za kojeg je karakteristično zanemarivanje benignih objašnjenja doživljenih simptoma, moguće je pretpostaviti da će uvjerenja o učestalosti ozbiljnih ishoda biti važan čimbenik i kod somatizacije. U tom proces bitan faktor može biti i somatosenzorna amplifikacija koja uključuje komponentu procjene tjelesnih promjena kao znakova abnormalnosti i patologije, a pokazala se važnim mehanizmom u procesu somatiziranja. Postoji mogućnost da temelji navedene procjene počivaju na disfunkcionalnim uvjerenjima, zbog čega se očekuje njihova medijatorska uloga u odnosu između somatizacije i hipohondrije. Kao ključni čimbenik nastanka te održavanja hipohondrije i somatizacije, poglavito prema kognitivnim modelima, učestalo se spominje anksioznost. Visoke razine anksioznosti i posljedično, stupanj hipohondrije i somatizacije uvelike mogu utjecati na dobrobit i psihosocijalno funkcioniranje pojedinca, što može dovesti do narušavanja generalnog psihičkog zdravlja.

Na temelju navedenih empirijskih spoznaja i pripadajućih zaključaka, cilj provedenog istraživanja bio je provjeriti faktorsku strukturu i pouzdanost *Skale stavova prema bolesti* te *Skale simptoma i ishoda* adaptiranih na hrvatski jezik. Ispitivan je i doprinos različitih prediktorskih mjera u objašnjenju kriterijskih varijabli hipohondrije, somatizacije i psihičkog zdravlja, kao i uloga koju disfunkcionalna vjerovanja o zdravlju imaju u odnosu somatizacije i hipohondrije. Pretpostavljeni odnosi među korištenim varijablama prikazani su na *Slici 1*.



SOS-CAT-procjena vjerojatnosti katastrofalnih ishoda

Slika 1. Pretpostavljeni odnosi među korištenim varijablama

2. Problemi i hipoteze

2.1. Problemi

1. Provjeriti faktorsku strukturu i pouzdanost dviju skala adaptiranih na hrvatski jezik za potrebe ovog istraživanja;

1.1. *Skale stavova prema bolesti* (*IAS*; Kellner, 1986)

1.2. *Skale simptoma i ishoda* (*SOS*; Marcus, 1999)

2. Ispitati doprinose korištenih mjera u objašnjenju hipohondrije, somatizacije i psihičkog zdravlja;

2.1. Ispitati doprinose spola, anksioznosti, somatizacije i procjene vjerojatnosti katastrofalnih i manje ozbiljnih ishoda u objašnjenju opće hipohondrije.

2.2. Ispitati doprinose spola, anksioznosti, dimenzija hipohondrije (strah od bolesti, boli i smrti, učinci simptoma, liječenje i uvjerenje o bolesti) te procjena vjerojatnosti katastrofalnih i manje ozbiljnih ishoda u objašnjenju somatizacije.

2.3. Ispitati doprinose spola, anksioznosti, dimenzija hipohondrije (strah od bolesti boli smrti, učinci simptoma, liječenje i uvjerenje o bolesti) i somatizacije u objašnjenju psihičkog zdravlja.

3. Utvrditi ulogu disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju koja se očituju u procjeni vjerojatnosti katastrofalnih ishoda u odnosu između somatizacije i opće hipohondrije.

2.2. Hipoteze

1.1. S obzirom da je veći broj istraživanja na nekliničkim uzorcima (Crössmann i Pauli, 2006; Ferguson i Daniel, 1995; Hadjistavropoulos i sur., 1999; Stewart i Watt, 2000) utvrdio četverofaktorsku strukturu *Skale stavova prema bolesti*, očekivana je potvrda pretpostavljene četverofaktorske strukture prema modelu Hadjistavropoulosa i suradnika (1999) i utvrđivanje zadovoljavajućih pouzdanosti četiri subskale (*Strah od bolesti, boli i smrti, Učinci simptoma, Liječenje, Uvjerenje o bolesti*).

1.2. S obzirom na to da se izvorna verzija *Skale simptoma i ishoda* (Marcus, 1999) sastoji od dva faktora; *Procjena vjerojatnosti katastrofalnih ishoda* i *Procjena vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda*, očekivana je potvrda dvofaktorske strukture te zadovoljavajuća pouzdanost dviju subskala adaptirane hrvatske verzije skale.

2.1. Budući da dosadašnje istraživačke spoznaje ukazuju na jednaku učestalost hipohondrije kod osoba muškog i ženskog spola (Bleichhardt i Hiller, 2007; Escobar i sur., 1998; Gureje i sur., 1997), na značajno preklapanje hipohondrije s anksioznošću (Kellner i sur., 1987; Stewart i Watt, 2000) i pojavom somatskih simptoma (Barsky i sur, 1992; Escobar i sur., 1998; olde Hartman i sur., 2009) te na rizičnost disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju za razvoj hipohondrije (Barsky i sur., 1993; Haenen i sur., 2000; Hitchcock i Mathews, 1992; Marcus i Church, 2003; Marcus, 1999; Weck i sur., 2012), moguće je očekivati da spol neće značajno predviđati stupanj opće hipohondrije, dok će pojedinci skloniji doživljavanju anksioznosti, kao i učestalijim somatskim simptomima te oni koji su davali više procjene vjerojatnosti katastrofalnih ishoda iskazivati više razine opće hipohondrije, pri čemu stupanj hipohondrije neće biti ovisan o procjenama vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda.

2.2. Na temelju rezultata provedenih istraživanja koja ukazuju na višu prevalenciju somatizacije kod žena (Kroenke i Spitzer, 1998; Piccinelli i Simon, 1997; Vulić-Prtorić, 2016; Wool i Barsky, 1994), visoku učestalost istodobne pojave anksioznosti i somatizacije (Campo, 2012; Kushwaha i sur., 2014; Noyes i sur., 1995; O'Malley i sur., 1999) te hipohondrije i somatizacije (Barsky i sur, 1992; Escobar i sur., 1998; olde Hartman i sur., 2009), kao i na to da pojedinci skloni somatizaciji rijetko pripisuju doživljene simptome benignim ishodima (Craig i sur., 1993; Dudu i sur., 2006), pretpostavlja se da će više somatskih simptoma doživljavati žene, te općenito pojedinci s višim razinama anksioznosti, kao i hipohondrije, te oni koji daju više procjene vjerojatnosti katastrofalnih ishoda, pri čemu procjene vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda neće predviđati razine somatizacije.

2.3. S obzirom to da dosadašnji istraživački nalazi upućuju da su žene vulnerabilnije u pogledu psihičkog zdravlja u odnosu na muškarce (Kvrgic i sur., 2013; Keyes, 2002; Mache i sur., 2014) te da mjera psihičkog zdravlja korištena u provedenom istraživanju predstavlja dobar instrument za detekciju anksioznih poremećaja i osjećaja anksioznosti (Cuijpers i sur., 2009; Means-Christensen i sur., 2005; Rumpf, Meyer, Hapke i John, 2001), koji imaju ključnu ulogu u pojavi i razvoju hipohondrije (Kellner i sur., 1987; Stewart i Watt, 2000) i somatizacije (Campo, 2012; Kushwaha i sur., 2014; Noyes i sur., 1995; O'Malley i sur., 1999) te značajnog utjecaja hipohondrije i somatizacije na psihosocijalno funkcioniranje pojedinca (Abramowitz i sur., 2007; Hiller i sur., 1997; Escobar i sur; 1998; Katon i sur; 1991; Scharf i sur., 2016), za očekivati je da će žene,

kao i pojedinci s višim razinama anksioznosti, hipohondrije i somatizacije imati lošije psihičko zdravlje.

3. Budući da dosadašnje empirijske spoznaje upućuju na povezanost procesa somatiziranja sa somatosenzornom amplifikacijom neugodnih tjelesnih senzacija (Aronson i sur., 2001; Muramatsu i sur., 2002; Sayar i sur., 2003; Wise i Mann, 1994) koja, između ostalog, uključuje komponentu procjene tih tjelesnih senzacija kao abnormalnih i patoloških i zanemarivanje njihove benigne prirode, što predstavlja rizični faktor za razvoj hipohondrije (Barsky, 1992; Barsky, 2001), moguće je pretpostaviti da će procjena vjerojatnosti katastrofalnih zdravstvenih ishoda posredovati u odnosu između početne percepcije doživljenih somatskih simptoma i konačnih hipohondrijskih strahova, uvjerenja i ponašanja.

3. Metoda

3.1. Sudionici

Istraživanje je provedeno na nekliničkoj populaciji sudionika mlađe odrasle dobi. U istraživanju je sudjelovao 391 sudionik, od čega 46 (11.76%) sudionika muškog spola i 345 (88.24%) sudionika ženskog spola. Raspon dobi sudionika iznosio je 18 do 35 godina (*M*=22,02, *SD*=2,72). Ukupno 351 (89,77%) sudionik iz uzorka naveo je da studira.

3.2. Mjerni instrumenti

3.2.1. Hipohondrija

Skala stavova prema bolesti (eng. *Illness Attitude Scales*; Kellner, 1986) jedna je od najčešće korištenih mjera za samoprocjenu abnormalnih ponašanja vezanih uz bolest te strahova, uvjerenja i stavova povezanih s hipohondrijom. Čestice *Skale stavova prema bolesti* odabrane su na temelju različitih aspekata hipohondrije identificiranima u faktorskim analizama ranijih mjera hipohondrije. S obzirom na to da je navedena skala razvijena u svrhu procjene hipohondrije neovisno od drugih psiholoških poremećaja, čestice koje bi se mogle odnositi na simptome indikativne i za druge psihičke poremećaje, poput teškoća sa spavanjem i disforičnog raspoloženja, nisu uključene u skalu. *Skala stavova prema bolesti* sastoji se od 27 čestica, pri čemu na 24 čestice sudionik vrši samoprocjenu učestalosti određenih hipohondrijskih strahova, uvjerenja i ponašanja na skali od pet stupnjeva (0="ne", 1="rijetko", 2="ponekad", 3="često", 4="većinu vremena"), dok su kod ostale tri čestice koje se odnose na učestalost posjeta liječniku i liječenja stupnjevi prilagođeni sadržaju pitanja. Uz 27 glavnih čestica, skala sadrži i nekoliko dodatnih čestica koje potpomažu procjeni pojedinaca kojima je trenutno dijagnosticirana određena bolest (čestice broj 15a i 15b glase *„Je li Vam liječnik rekao da trenutno imate neku bolest? Ako jest, koju bolest?"* te *„Koliko često razmišljate o toj bolesti"*), pojedinaca koji su u posljednjih godinu dana bili pod određenim tretmanom liječenja (čestica pod pitanjem broj 24 glasi *„Ako jeste, kojim ste tretmanima bili podvrgnuti?"*) te pojedinaca koji su izvijestili o strahu od neke druge bolesti koja nije navedena u prijašnjim pitanjima (čestica pod pitanjem broj 18 glasi *„Koju bolest?")*. Svrha navedenih čestica jest prikupljanje dodatnih informacija te odgovori na njih ne doprinose rezultatu na *Skali stavova prema bolesti*. Autor skale predložio je postojanje devet subskala *Skale stavova prema bolesti*, pri čemu se svaka subskala sastoji od tri čestice grupirane prema dimenziji hipohondrije koju mjere, a to bi bile: *Briga o bolesti, Briga o boli, Zdravstvene navike, Hipohondrijska uvjerenja, Tanatofobija, Strah od bolesti, Tjelesne*

preokupacije, Liječenje te *Učinci simptoma*. S iznimkom subskale *Zdravstvenih navika,* ostale subskale *Skale stavova prema bolesti* uspješno razlikuju ispitanike s dijagnozom hipohondrije prema DSM-u-III od pacijenata obiteljskih liječnika, zaposlenih osoba iz opće populacije te ostalih psihijatrijskih pacijenata. Devet navedenih subskala pokazuje visoku test-retest pouzdanost koja iznosi 0.89, dok vrijednosti pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije variraju ovisno o analiziranoj subskali. Izvorno predložena devetofaktorska struktura *Skale stavova prema bolesti* upitna je zbog činjenice da nije utemeljena na empirijski izvedenoj faktorskoj strukturi, zbog čega je struktura skale naknadno ispitivana od strane različitih autora i na različitim uzorcima ispitanika. Dosadašnje spoznaje dobivene istraživanjima ipak ukazuju na višefaktorsku strukturu *Skale stavova prema bolesti*, pri čemu je u najvećem broju studija utvrđena četverofaktorska struktura skale.

U svrhu ovog istraživanja *Skala stavova prema bolesti* prevedena je na hrvatski jezik i primijenjena na nekliničkoj populaciji sudionika mlađe odrasle dobi te je konfirmatornom faktorskom analizom provjeravana njena struktura prema četverofaktorskom modelu Hadjistavropoulosa i suradnika (1999) također temeljenom na uzorku mlađih odraslih ispitanika iz nekliničke populacije. Model Hadjistavropoulosa i suradnika (1999) pretpostavlja postojanje faktora *Strah od bolesti, boli i smrti* koji se sastoji od devet čestica (npr. *„Plaši li Vas pomisao na tešku bolest?“*), *Učinci simpto*ma (npr. *„Sprečavaju li Vas tjelesni simptomi u obavljanju poslova?“*), *Liječenje* (*npr. „Koliko često posjećujete liječnika?“*) te *Uvjerenje o bolesti* (npr. *„Mislite li da imate fizičku bolest, ali je liječnici nisu točno dijagnosticirali?“*) kojima pripadaju po četiri čestice. Navedene dimenzije *Skale stavova prema bolesti* mogu biti interpretirane zasebno, ali i kao faktor višeg reda opće hipohondrije. Rezultate na pojedinim subskalama, kao i rezultat na ukupnoj *Skali stavova prema bolesti* moguće je dobiti sumom odgovora sudionika na pojedinim česticama, pri čemu viši rezultat upućuje na višu razinu hipohondrijskih, strahova, uvjerenja i ponašanja. Koeficijenti pouzdanosti tipa unutrašnje konzistencije pojedinih subskala dobiveni u istraživanju Hadjistavropoulosa i suradnika (1999) zadovoljavajući su te iznose 0.86 za subskalu *Strah od bolesti, boli i smrti*, 0.80 za subskalu *Učinci simptoma*, 0.64 za subskalu *Liječenje* i 0.58 za subskalu *Uvjerenje o bolesti*.

3.2.2. Disfunkcionalna vjerovanja o zdravlju

Skala simptoma i ishoda (engl. *Symptoms and Outcomes Scale*; Marcus, 1999) razvijena je u svrhu ispitivanja procjena vjerojatnosti određene bolesti na temelju opisanih simptoma. Skala se sastoji od 20 čestica, pri čemu je u svakoj čestici opisan pojedinac s neodređenim

simptomom (npr. glavobolja), a zadatak sudionika jest da procijeni vjerojatnost da taj pojedinac ima navedenu bolest. Polovina opisanih pojedinaca je ženskog spola, a druga polovina muškog spola. Ispitanik daje procjenu vjerojatnosti na skali od pet stupnjeva, pri čemu prvi stupanj označava vjerojatnost od 0%-20%, drugi vjerojatnost od 21%-40%, treći vjerojatnost od 41%-60%, četvrti vjerojatnost od 61%-80%, dok peti stupanj označava vjerojatnost od 81% do 100%. Korišteno je 10 različitih simptoma koji se u skali pojavljuju u dva navrata, pri čemu je svaki od simptoma jednom uparen s relativno benignim ishodom (npr. migrena), a jednom s ozbiljnim ishodom (npr. moždani udar). Primjerice, čestica broj 5 glasi; *„Kristina je na svojoj dojci primijetila nešto što se čini kao kvržica. Koja je vjerojatnost da Kristina ima rak dojke?“,* dok čestica broj 14 glasi; *„Andrea je na svojoj dojci primijetila nešto što se čini kao kvržica. Koja je vjerojatnost da je kvržica benigna (bezopasna)?*“. Poredak simptoma i potencijalnih ishoda slučajan je, pri čemu je između čestica s istim simptomima, ali različitim ishodima ubačeno minimalno pet čestica. Iz *Skale simptoma i ishoda* moguće je dobiti dva rezultata; procjenu vjerojatnosti katastrofalnih ishoda (SOS-CAT) koja se temelji na odgovorima na scenarije koji kao ishod imaju ozbiljnu bolest, te procjenu vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda (SOS-MIN) koja se temelji na odgovorima na scenarije koji kao ishod imaju benigno stanje.

Za potrebe ovog istraživanja *Skala simptoma i ishoda* prevedena je na hrvatski jezik, pri čemu su imena s engleskog govornog područja zamijenjena tipičnim hrvatskim imenima (npr. Ivan, Ana) zbog adaptacije skale na uzorku ispitanika iz Republike Hrvatske. Kako bi se potvrdilo postojanje dvofaktorske strukture adaptirane hrvatske verzije navedene skale, provedena je konfirmatorna faktorska analiza. Pretpostavlja se postojanje faktora *Procjena katastrofalnih ishoda* (SOS-CAT) koji sadrži deset čestica (npr. *„Toni je u posljednja tri tjedna stalno žedan te je primijetio da mora često mokriti. Koja je vjerojatnost da toni ima dijabetes?“*) te faktora *Procjena vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda* (SOS-MIN) koji također uključuje deset čestica (npr. *„Dijani se čini da je jedan od njenih madeža promijenio boju. Koja je vjerojatnost da je Dijana samo nadražila svoj madež te joj to neće uzrokovati probleme?“*). Viši rezultat na obje subskale upućuje na više procjene vjerojatnosti određenih ishoda, kako katastrofalnih tako i manje ozbiljnih. Koeficijenti pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije dobiveni u istraživanjima autora *Skale simptoma i ishoda* (Marcus, 1999; Marcus i Church, 2003; Marcus i sur., 2008) prihvatljivi su te iznose od 0.73 do 0.79 za subskalu *Procjena vjerojatnosti manje katastrofalnih ishoda* te od 0.57 do 0.68 za subskalu *Procjena vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda*.

3.2.3. Somatizacija

Kao mjera somatizacije korištena je jedna od subskala *Kratkog inventara simptoma* (eng. *Brief Symptom Inventory*; Derogatis, 1993), instrumenta za samoprocjenu psihopatologije i psihološke nelagode psihijatrijskih i drugih pacijenata, kao i pojedinaca iz opće populacije. *Kratki inventar simptoma* predstavlja kraći oblik skale *Symptom-Checklist-90-Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 1992) koja se sastoji od 90 čestica. Unatoč relativno kratkom vremenu primjene skale SCL-90-R, mnoge situacije u kliničkom i istraživačkom okružju zahtijevaju iznimno kratko vrijeme primjene, zbog čega je razvijen *Kratki inventar simptoma*. Analizom devet dimenzija simptoma skale SCL-90-R u *Kratki inventar simptoma* uvrštene su 53 čestice koje najbolje reprezentiraju svaku od dimenzija. S obzirom na visoke korelacije među dimenzijama simptoma između dvije navedene skale, *Kratki inventar simptoma* predstavlja iznimno dobru zamjenu svom prethodniku, pri čemu je zbog ekonomičnosti primjene trenutno jako popularna mjera u istraživanjima. Služi procjeni trenutačnog statusa psiholoških simptoma te se pokazao iznimno učinkovitim kao trijažni instrument u medicini, industriji te epidemiološkim istraživanjima gdje je u kratkom vremenu potrebno procijeniti velik broj ljudi. Kao i svoj prethodnik SCL-90-R, *Kratki inventar simptoma* također procjenjuje doživljene simptome na devet dimenzija; *somatizacija, opsesivna-kompulzivnost, osjetljivost u međuljudskim odnosima, depresija, anksioznost, neprijateljstvo, fobičnost, paranoidne ideje i psihoticizam*. Osim rezultata na pojedinim dimenzijama, iz Kratkog inventara simptoma moguće je dobiti tri globalna indeksa; *indeks ukupnih teškoća, indeks prisutnih simptoma nelagode i ukupni prisutni simptomi*, pri čemu svaki od njih zahvaća jedan aspekt psihološke nelagode. Kratki inventar simptoma je na hrvatski jezik prevela te na uzorku ispitanika iz Republike Hrvatske prilagodila Štibrić (2005).

Subskala *Somatizacija* korištena u provedenom istraživanju odražava stupanj psihološke nelagode koji proizlazi iz percepcije tjelesnih disfunkcija. Sastoji se od sedam čestica koje zahvaćaju simptome vezane uz kardiovaskularni (npr. *„Bol u predjelu srca ili u prsima“*), gastrointestinalni (npr. *„Osjećaj mučnine ili uznemirenosti u trbuhu“*) i respiratorni (npr. *„Otežano disanje“*) sustav te druge tjelesne sustave koji su pod snažnim utjecajem autonomnog živčanog sustava. Kao i svim česticama *Kratkog inventara simptoma,* i česticama subskale *Somatizacija* pridružena je skala od pet stupnjeva (0=“nimalo“, 1=“malo“, 2=“umjereno“, 3=“prilično, 4 =“vrlo mnogo“) na kojoj ispitanik mora procijeniti stupanj doživljene nelagode uzrokovane navedenim simptomom u proteklih tjedan dana. Rezultat na subskali *Somatizacija* utvrđuje se zbrajanjem vrijednosti odgovora na svim česticama i

podjelom dobivenog zbroja s brojem čestica na subskali. Korištena subskala pokazuje zadovoljavajuću pouzdanost tipa unutarnje konzistencije koja iznosi 0.81 te je slična ranije dobivenim vrijednostima pouzdanosti ove subskale na hrvatskom uzorku sudionika (Štibrić, 2005).

3.2.4. Anksioznost

Mjera anksioznosti korištena u ovom istraživanju također je jedna od subskala *Kratkog inventara simptoma* (Derogatis, 1993). Subskalu *Anksioznost* sačinjava šest čestica koje uključuju sklop simptoma koji se obično veže uz kliničko poimanje anksioznosti, kao što su nervoza, unutarnja napetost i osjećaj uznemirenosti (npr. *„Osjećaj da ste tako nemirni da ne možete mirno sjediti“*), ali i znakovi paničnih napadaja (npr. *„Iznenada se uplašite bez razloga“, „Osjećaj zastrašenosti“, „Nagli napadi jakog straha ili panike“*). Ispitanik na skali od pet stupnjeva koji se kreću u rasponu od 0 („nimalo) do 4 („vrlo mnogo“) procjenjuje razinu nelagode do koje je doveo navedeni simptom u posljednjih tjedan dana, pri čemu je rezultat na subskali moguće utvrditi zbrojem odgovora na svim česticama te podjelom dobivenog zbroja s brojem čestica koje pripadaju subskali. Pouzdanost tipa unutarnje konzistencije subskale *Anksioznost* zadovoljavajuća je i iznosi 0.88, što je slično vrijednostima pouzdanosti ove subskale ranije dobivenima na hrvatskoj populaciji sudionika (Štibrić, 2005).

3.2.5. Psihičko zdravlje

Inventar psihičkog zdravlja (eng. *Mental Health Inventory*; Berwick i sur., 1991) predstavlja mjeru općeg psihičkog zdravlja koja se temelji na samoprocjeni pojedinca na nekoliko dimenzija psihičkog zdravlja. Skraćeni oblik *Inventara psihičkog zdravlja* od pet čestica (MHI-5) razvijen je iz njegove duže verzije od 38 čestica, pri čemu su u kratki oblik uvrštene one čestice koje najbolje reprezentiraju ukupni rezultat na dužem obliku skale. Ispitanik na skali od šest stupnjeva (1=“uvijek/cijelo vrijeme“, 2=“vrlo često“, 3=“prilično često“, 4=“ponekad“, 5=“gotovo nikad“, 6=“nikad“) procjenjuje učestalost doživljavanja anksioznosti *(„Koliko često ste bili nervozni ili anksiozni?“*), generalnog pozitivnog afekta *(„Koliko često ste se osjećali smireno ili staloženo?“, „Koliko često ste se osjećali sretno?“*), depresije *(„Koliko često ste se osjećali nemoćno ili depresivno?“*) te bihevioralne i emocionalne kontrole *(„Koliko često ste se osjećali toliko potišteno da Vas ništa nije moglo razvedriti?“)* u proteklih mjesec dana. *Inventar psihičkog zdravlja* kratka je mjera koja dobro detektira simptome depresije i osjećaje anksioznosti, ali i odličan instrument za trijažu pojedinaca s poremećajima raspoloženja i anksioznim poremećajima, zbog čega je često

upotrebljavan kako i u istraživanjima, tako i u kliničkoj praksi. Ukupni rezultat na *Inventaru psihičkog zdravlja* moguće je dobiti zbrajanjem odgovora na svim česticama, pri čemu se čestice broj 2 i 5 koje označavaju generalni pozitivni afekt obrnuto boduju. Viši rezultat na skali odražava bolje generalno mentalno zdravlje pojedinca. Utvrđena unutarnja konzistencija od 0.86 *Inventara psihičkog zdravlja* adekvatna je i usporedna s vrijednostima ranije dobivenima primjenom ove skale na uzorku hrvatskih sudionika (Slišković i Penezić, 2016, 2017).

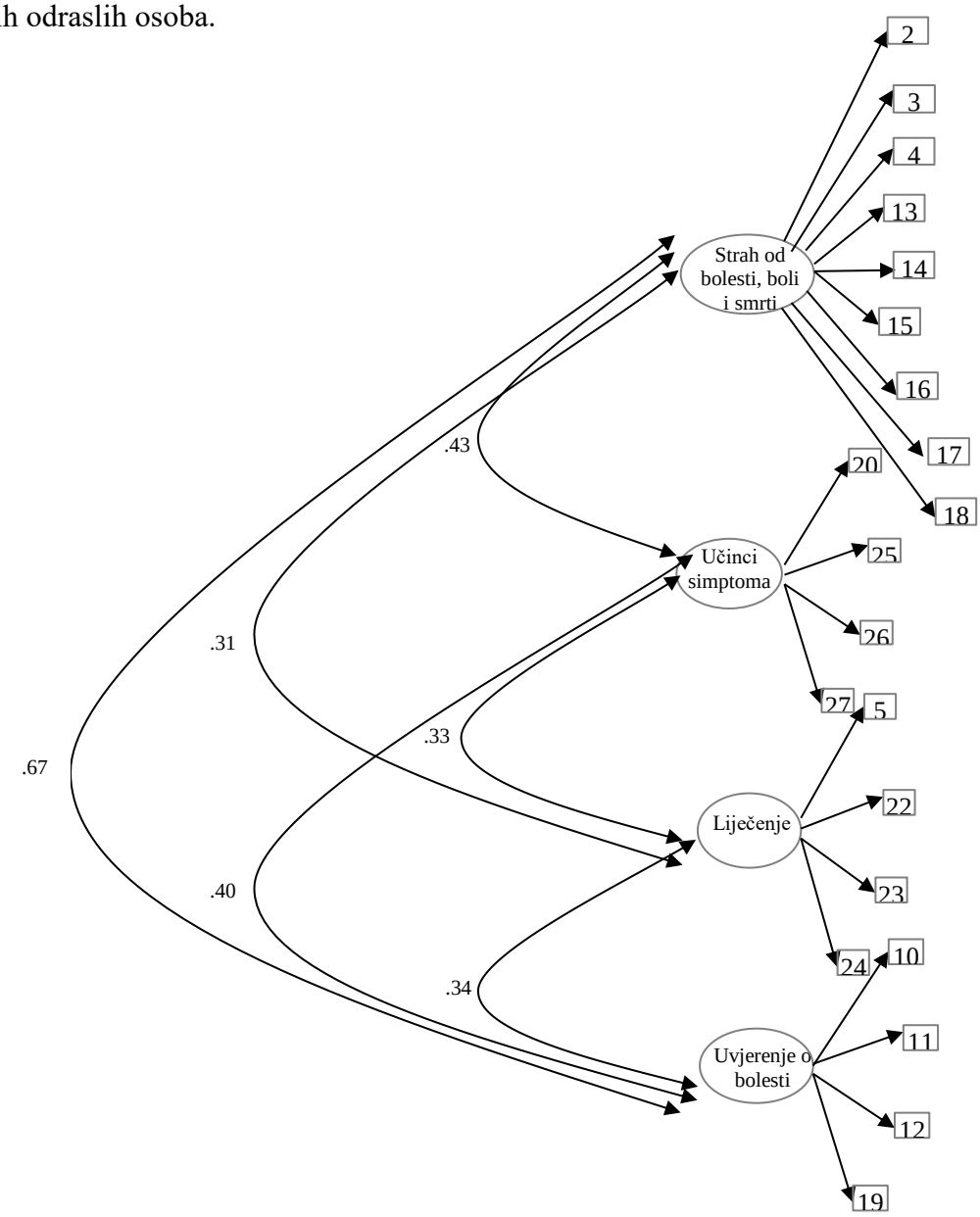
3.3. Postupak

Istraživanje je provedeno u razdoblju od listopada do prosinca 2017. godine. Podaci su prikupljeni online putem, pri čemu je upitnik za istraživanje oglašavan putem društvene mreže *Facebook* te internetskog foruma *Forum.hr*. Prije ispunjavanja upitnika navedena je generalna uputa sudionicima koja je glasila; *„Poštovani, pred Vama se nalazi upitnik na temelju kojeg će se prikupiti podaci za istraživanje u svrhu diplomskog rada studentice psihologije Sveučilišta u Zadru. Sudjelovanje u istraživanju je u potpunosti anonimno, stoga Vas molimo da na pitanja odgovarate što iskrenije. Rezultati će biti korišteni isključivo u znanstvene svrhe, i obrađeni na grupnoj, a ne na individualnoj razini. Također, sudjelovanje je dobrovoljno i u bilo kojem trenutku možete odustati od ispunjavanja upitnika. Nadamo se da će Vam ispunjavanje upitnika biti zanimljivo. Unaprijed hvala na sudjelovanju! Molimo Vas da upisivanjem na crtu ili označavanjem jedne od ponuđenih opcija odgovorite na sljedeća pitanja.“* Nakon davanja informacija o osnovnim sociodemografskim podacima o spolu i dobi te odgovoru na pitanje studiraju li, sudionici su mogli nastaviti s ispunjavanjem upitnika, pri čemu je svakoj korištenoj skali prethodila odgovarajuća uputa.

4. Rezultati

4.1. Provjera faktorske strukture i pouzdanosti Skale stavova prema bolesti

U svrhu odgovora na problem pod brojem 1.1. provedena je konfirmatorna faktorska analiza rezultata dobivenih korištenjem *Skale stavova prema bolesti* prevedene na hrvatski jezik te primijenjene na uzorku ispitanika mlađe odrasle dobi iz nekliničke populacije. Konfimatornom faktorskom analizom testirana je pretpostavljena četverofaktorska struktura navedene skale prema modelu autora Hadjistavropoulos i suradnika (1999) prikazanom u nastavku (Slika 2) također temeljenom na podacima dobivenima na nekliničkoj populaciji mlađih odraslih osoba.



Slika 2 Pretpostavljena četverofaktorska struktura *Skale stavova prema bolesti* s pripadajućim česticama (Hadjistavropoulos i sur., 1999)

U svrhu provjere pretpostavljene četverofaktorske strukture *Skale stavova prema bolesti* (Slika 2; Hadjistavropoulos i sur., 1999) u programu *Mplus 7.0* (Muthen i Muthen. 2013) provedena je konfirmatorna faktorska analiza uz primjenu metode maksimalne vjerojatnosti prilikom procjene parametara u modelu. Stupanj slaganja modela s podacima procijenjen je pomoću sljedećih parametara: omjera χ^2 i stupnjeva slobode, inkrementalnog indeksa slaganja *CFI* (eng. *comparative fit index*), Tucker-Lewisovog indeksa *TLI* te pomoću indeksa *RMSEA* (eng. r*oot-mean-square error of approximation*) i *SRMR* (eng. s*tandaridized root mean residual*). Vrijednosti χ^2/df manje od 3, *CFI* i *TLI* veće od .90 te *RMSEA* i *SRMR* manji od .10 ukazuju na prihvatljivo slaganje modela s podacima, dok omjer χ^2/df manji od 2, *CFI* i *TLI* veće od .95 te *RMSEA* manje od .06 i SRMR manje od .08 upućuju na dobro slaganje modela s podacima (Hu i Bentler, 1999).

Tablica 1 Rezultati CFA: Indeksi slaganja modela s podacima dobivenima korištenjem *Skale stavova prema bolesti*

	1. model	2. model	3. model
χ^2	631.43	492.31	336.82
df	183	164	162
χ^2/df	3.45	3.00	2.08
CFI	0.85	0.89	0.94
TLI	0.83	0.87	0.93
RMSEA	0.08	0.07	0.05
(90% C.I.)	(0.072 – 0.086)	(0.064 – 0.079)	(0.045 – 0.060)
SRMR	0.08	0.06	0.05

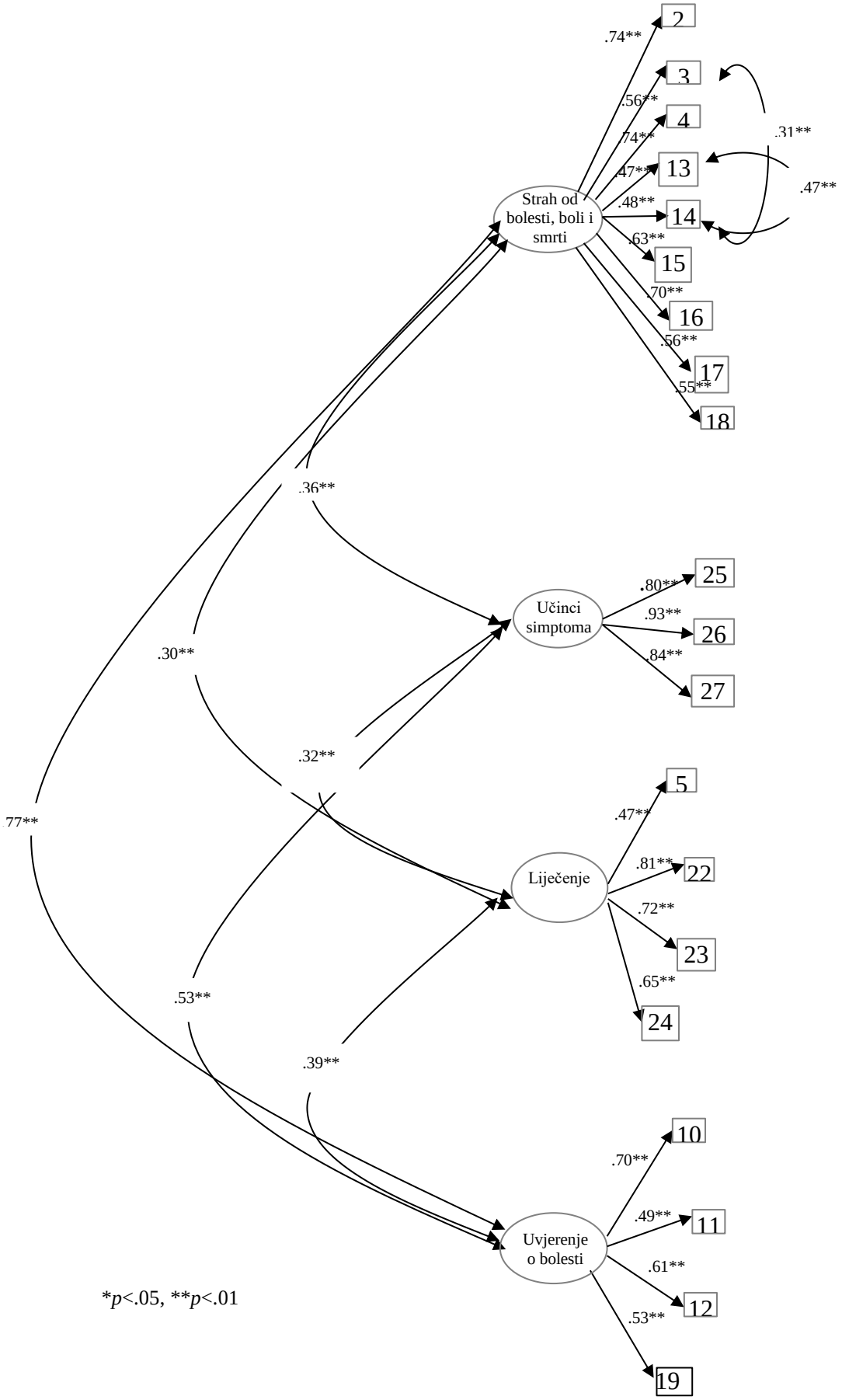
Na temelju uočenih indeksa slaganja modela s podacima vidljivih u Tablici 1 (1.model), moguće je zaključiti da model slabo pristaje podacima, što upućuje na to da pretpostavljena četverofaktorska struktura ne odgovara u potpunosti rezultatima dobivenima na ovom uzorku ispitanika, zbog čega je odlučeno u model uvesti određene modifikacije kako bi se provjerilo hoće li one doprinijeti poboljšanju stupnja slaganja modela s podacima.

Uvidom u faktorska zasićenja pojedinih čestica uočeno je nezadovoljavajuće zasićenje čestice broj 20 ("*Kada osjetite neku promjenu u svom tijelu, je li Vam teško razmišljati o ičem drugom?"*) faktorom *Učinci simptoma*, zbog čega je odlučeno navedenu česticu izbaciti iz daljnje analize. Naime, čestice broj 25, 26 i 27 uvrštene u ovaj faktor formulirane su na način da se direktno odnose na tjelesne simptome (npr. čestica broj 25 glasi *„Sprečavaju li Vas tjelesni simptomi u obavljanju poslova?“*), dok kod čestice broj 20 nije naglasak na tjelesnim simptomima već na tjelesnim promjenama, što je vjerojatno dovelo do nešto slabijeg

uklapanja ove čestice u spomenuti faktor. Nakon uvođenja navedene promjene u model ponovno je provedena konfimatorna faktorska analiza te je dobiveno nešto bolje, ali i dalje ne u potpunosti adekvatno slaganje modela s podacima (2. model; Tablica 1).

Uvidom u predložene modifikacijske indekse odlučeno je da se u model uvedu parametri koji se odnose na korelaciju reziduala između čestica broj 13 (*"Bojite li se vijesti koje Vas podsjećaju na smrt (poput sprovoda, osmrtnica?"*) i 14 (*"Plaši li Vas pomisao na smrt?"*) te čestica broj 3 (*"Plaši li Vas pomisao na tešku bolest?"*) i 14 (*"Plaši li Vas pomisao na smrt?"*). Naime, čestice broj 13 i 14 sadržajno su vrlo slične zbog svog naglaska na strah od smrti, dok čestice broj 3 i 14 imaju vrlo sličnu formulaciju, zbog čega oba para čestica vjerojatno dijele određeni dio varijance koji nije obuhvaćen faktorom *Strah od bolesti, boli i smrti*. Uvođenjem dodatnih parametara u model došlo je do poboljšanja indeksa slaganja modela s podacima, pri čemu je moguće zaključiti da model dobro, ali ne i izvrsno pristaje podacima (3. model; Tablica 1).

Dakle, uz određene preinake potvrđena je pretpostavljena četverofaktorska struktura Skale stavova prema bolesti koja obuhvaće faktore *Strah od bolesti, boli i smrti, Učinci simptoma, Liječenje te Uvjerenje o bolesti*. Konačna verzija skale sastoji se od 21 čestice, pri čemu čestice broj 2, 3, 4, 13, 14, 15, 16, 17 i 18 spadaju pod faktor *Strah od bolesti, boli i smrti*, čestice broj 25, 26 i 27 pod faktor *Učinci simptoma*, čestice broj 5, 22, 23 i 24 pod faktor *Liječenje*, a čestice broj 10, 11, 12 i 19 pod faktor *Uvjerenje o bolesti* (Slika 3; Prilog 1).



Slika 3 Revidirana četverofaktorska struktura *Skale stavova prema bolesti* s pripadajućim česticama

Sve čestice zadovoljavajuće su zasićene pretpostavljenim faktorima (>.40). S obzirom na to da su zajednička podloga svakom od dobivenih faktora strahovi, uvjerenja i ponašanja povezani s hipohondrijom, svi faktori su u međusobno umjerenim do visokim pozitivnim korelacijama koje se kreću u rasponu od 0.30 do 0.77.

Kako bi se odgovorilo na drugi dio problema pod brojem 1.1. računata je pouzdanost tipa unutarnje konzistencije utvrđenih subskala (*Strah od bolesti, boli i smrti, Učinci simptoma, Liječenje, Uvjerenje o bolesti*) te ukupnog rezultata na *Skali stavova prema bolesti*.

Tablica 2 Cronbachovi koeficijenti pouzdanosti dobivenih faktora te ukupnog rezultata na *Skali stavova prema bolesti*

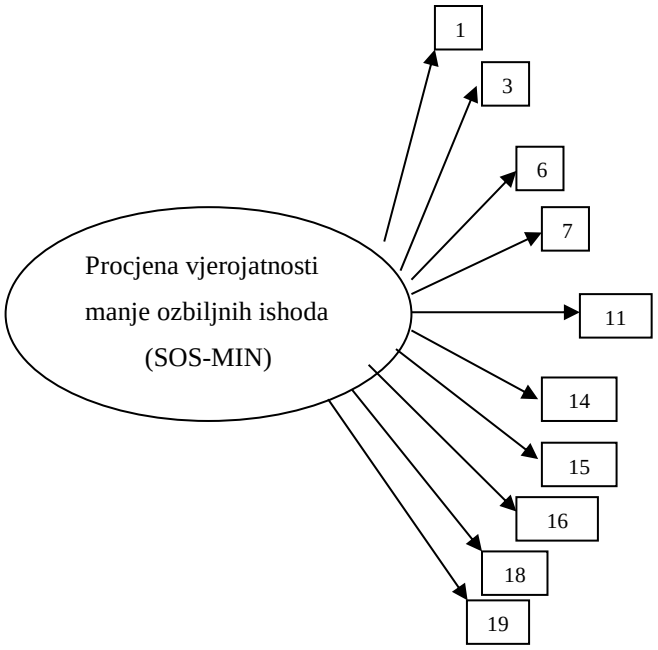
Faktor	*Cronbach α*
Strah od bolesti, boli i smrti	0.85
Učinci simptoma	0.89
Liječenje	0.75
Uvjerenje o bolesti	0.67
Ukupni rezultat	0.87

Cronbachovi koeficijenti pouzdanosti vidljivi u Tablici 2 ukazuju na dobru pouzdanost tipa unutarnje konzistencije (>.80) faktora *Strah od bolesti, boli i smrti* i *Učinci simptoma*, pri čemu faktori *Liječenje* i *Uvjerenje o bolesti* imaju nesto nižu, ali i dalje zadovoljavajuću pouzdanost ovog tipa. Ukupni rezultat na *Skali stavova prema bolesti* također ima visoku pouzdanost tipa unutarnje konzistencije.

4.2. Provjera faktorske strukture i pouzdanosti Skale simptoma i ishoda

U svrhu odgovora na problem pod brojem 1.2. provjerena je dvofaktorska struktura *Skale simptoma i ishoda* (Slika 4) pretpostavljena od strane autora izvorne skale (Marcus, 1999)





Slika 4 Pretpostavljena dvofaktorska struktura *Skale simptoma i ishoda* s pripadajućim česticama (Marcus, 1999)

S ciljem provjere pretpostavljene dvofaktorske strukture *Skale simptoma i ishoda* prikazane na grafičkom prikazu (Slika 4; Marcus, 1999) provedena je još jedna konfirmatorna faktorska analiza u programu *Mplus 7.0* (Muthen i Muthen, 2013) uz primjenu metode maksimalne vjerojatnosti pri procjeni parametara u modelu. Prilikom procjene slaganja modela s podacima korišteni su već spomenuti indeksi slaganja; χ^2/df, *CFI*, *TLI*, *RMSEA* i *SRMR*.

Tablica 3 Rezultati CFA: Indeksi slaganja modela s podacima dobivenima korištenjem *Skale simptoma i ishoda*

	1. model	2. model
χ^2	752.66	680.01
Df	169	167
χ^2/df	4.45	4.07
CFI	0.72	0.75
TLI	0.69	0.72
RMSEA	0.09	0.09
(90% C.I.)	(0.087 – 0.101)	(0.082 – 0.096)
SRMR	0.12	0.12

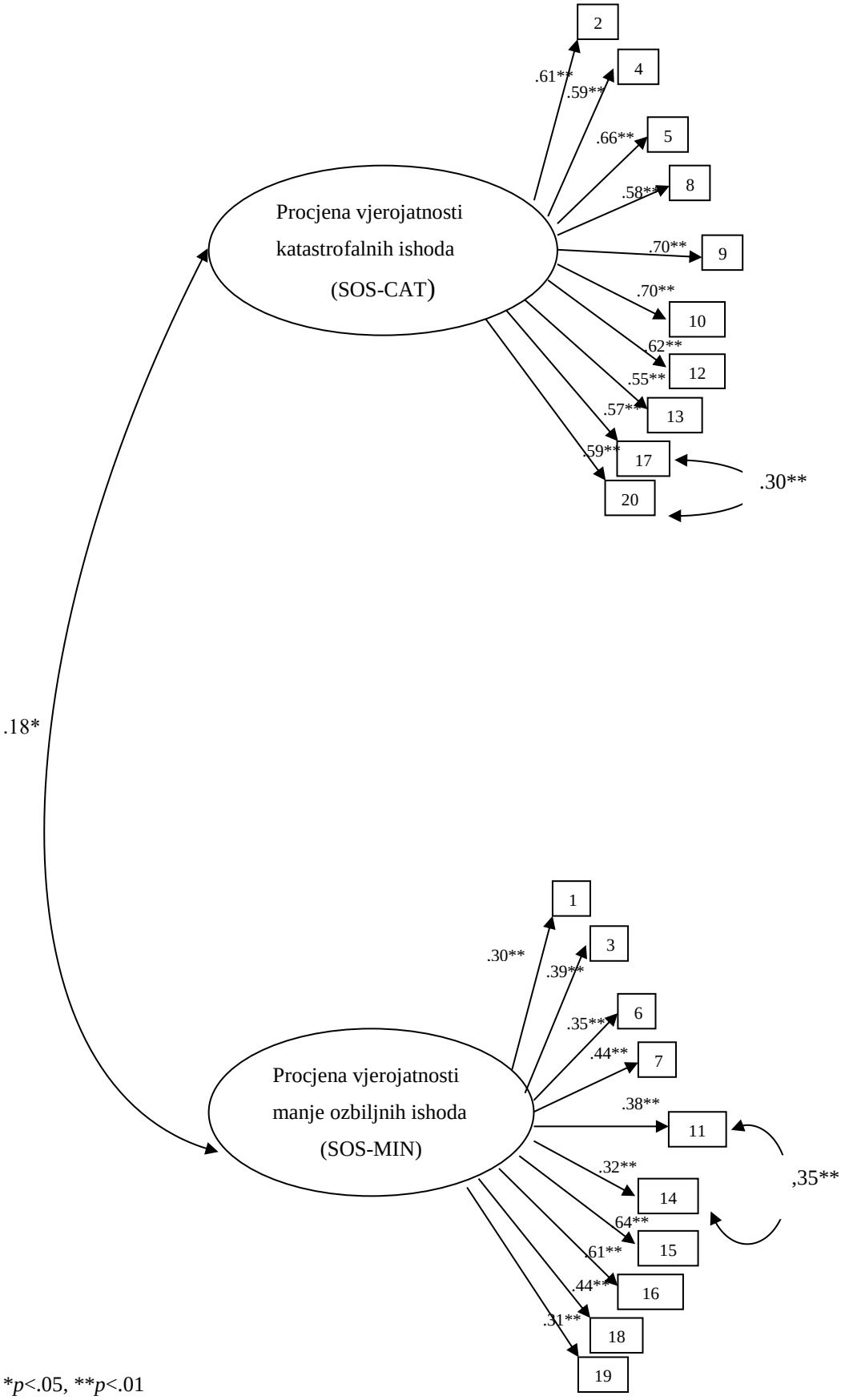
Vrijednosti indeksa slaganja modela s podacima vidljivi u Tablici 3 (1. model) ukazuju na slabo pristajanje pretpostavljenog dvofaktorskog modela podacima dobivenima na korištenom uzorku ispitanika.

S obzirom na nizak stupanj slaganja modela s podacima, razmatrana su faktorska zasićenja pojedinih čestica te je uočena niska zasićenost nekoliko čestica faktorom SOS-MIN, što upućuje na upitnu valjanost ovog faktora. Međutim, zbog nemogućnosti izbacivanja velikog broja čestica iz daljnjih analiza te poštivanja teorijskog polazišta na kojem je temeljena provedena faktorska analiza, odlučeno je pokušati uvesti neke modifikacije u pretpostavljeni dvofaktorski model, kako bi se u daljnjoj obradi ipak mogli koristiti rezultati obje subskale koje je ponudio autor izvorne verzije *Skale simptoma i ishoda*.

Na temelju vrijednosti predloženih modifikacijskih indeksa u model je uveden dodatni parametar koji obuhvaća korelaciju reziduala između čestica broj 5 („*Dijani se čini da je jedan od njenih madeža promijenio boju. Koja je vjerojatnost da je Dijana samo nadražila svoj madež te joj to neće uzrokovati probleme?"*) i 6 („*Andrea je na svojoj dojci primijetila nešto što se čini kao kvržica. Koja je vjerojatnost da je kvržica benigna (bezopasna)?*"). Moguće objašnjenje postojanja navedene korelacije leži u činjenici da scenariji iz obe čestice

upućuju na potpuno bezopasne ishode navedenih simptoma, pri čemu je suprotan ishod oba scenarija mogućnost da je osoba obolila od raka, što je vjerojatno razlog tome što čestice broj 5 i 6 dijele određeni dio varijance koji nije obuhvaćen faktorom SOS-MIN. Nadalje, uvidom u modifikacijske indekse odlučeno je u model uvesti i korelaciju reziduala između čestica broj 17 („*Petar je počeo primjećivati krv u svojoj stolici. Koja je vjerojatnost da Petar ima rak rektuma?*“) i 20 („*Posljednja tri tjedna Mislav ima težak kašalj koji ne prolazi te je u dva navrata iskašljavao krv. Koja je vjerojatnost da Mislav ima rak pluća?*“). Naime, spomenute čestice slično su formulirane zbog svog naglaska na krv kao simptom te navođenje raka kao moguće dijagnoze formirane na temelju ovog simptoma, što je vjerojatno dovelo do dijeljenja varijance ove dvije čestice koja nije pokrivena faktorom SOS-CAT. Usprkos tome što su se indeksi slaganja pretpostavljenog dvofaktorskog modela s podacima uvođenjem spomenutih preinaka nešto povisili (Tablica 3; 2. model), stupanj slaganja modela s podacima i dalje nije u potpunosti adekvatan. Naime, postoji mogućnost da određene scenarije koji pripadaju česticama uvrštenima u faktor SOS-MIN, a kao moguće zdravstvene ishode imaju relativno benigna, ali i dalje ne u potpunosti bezopasna oboljenja koja usprkos tome što nemaju smrtni ishod, mogu značajno omesti svakodnevno funkcioniranje (npr. čestica broj 19 glasi „*Vesna posljednja dva tjedna ima bolnu glavobolju koja ne prolazi. Koja je vjerojatnost da je Vesna imala potres mozga*?“), ovaj uzorak ispitanika ne smatra u tolikoj mjeri benignim da bi ih pripisali manje ozbiljnim bolestima, što se očituje i u relativno niskom zasićenju čestica ovog tipa pretpostavljenim faktorom SOS-MIN.

Međutim, zbog ranije spomenutih razloga, odnosno teorijskog polazišta te zadovoljavajućih pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije subskala SOS-CAT i SOS-MIN (prikazane u daljnjem tekstu), odlučeno je u svrhu ovog rada ostati pri pretpostavljenoj dvofaktorskoj strukturi s navedenim preinakama. Dakle, čestice broj 2, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 17 i 20 pripadaju faktoru SOS-CAT, dok čestice broj 1, 3, 6, 7, 11, 14, 15, 16, 18 i 19 spadaju u faktor SOS-MIN (Slika 5; Prilog 2).



*p<.05, **p<.01

Slika 5 Revidirana dvofaktorska struktura *Skale simptoma i ishoda* s pripadajućim česticama

Sve čestice pod faktorom SOS-CAT imaju zadovoljavajuća faktorska zasićenja (>.50). S druge strane, čestice koje pripadaju faktoru SOS-MIN imaju nešto niža, iako i dalje prihvatljiva zasićenja. Fakori SOS-CAT i SOS-MIN u međusobno su niskoj pozitivnoj korelaciji koja iznosi 0.18, što upućuje na to da osobe u određenoj mjeri daju slične procjene vjerojatnosti katastrofalnih i manje ozbiljnih ishoda.

U svrhu odgovora na drugi dio problema pod brojem 1.2. izračunata je pouzdanost tipa unutarnje konzistencije rezultata na subskali *Procjena katastrofalnih ishoda* (SOS-CAT) te subskali *Procjena manje ozbiljnih ishoda* (SOS-MIN).

Tablica 4 Cronbachovi koeficijenti pouzdanosti subskala *Skale simptoma i ishoda*

Subskala	*Cronbach α*
Procjena katastrofalnih ishoda (SOS-CAT)	0.89
Procjena manje ozbiljnih ishoda (SOS-MIN)	0.68

Cronbachovi koeficijenti pouzdanosti vidljivi u Tablici 4 ukazuju na dobru pouzdanost tipa unutarnje konzistencije (>.80) subskale *Procjena vjerojatnosti katastrofalnih ishoda*, te znatno nižu, ali također zadovoljavajuću pouzdanost subskale *Procjena vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda*.

4.3. Deskriptivni parametri korištenih mjera i njihove međusobne povezanosti

U Tablici 5. prikazani su osnovni deskriptivni parametri svih mjera korištenih u ovom istraživanju.

Tablica 5 Deskriptivni parametri korištenih mjera (*N*=391)

Mjera	*M*	*Sd*	*Min*	*Max*	*K-S d*	*Asimetričnost (stand. pogr.)*	*Spljoštenost (stand. pogr.)*	*Cronbach A*
Strah od bolesti, boli i smrti	8.31	6.10	0	36	0.12**	0.99 (0.12)	0.99 (0.25)	0.85
Učinci simptoma	3.35	2.77	0	12	0.13**	0.46 (0.12)	-0.56 (0.25)	0.89
Liječenje	5.88	3.08	0	14	0.09**	0.18 (0.12)	-0.47 (0.25)	0.75
Uvjerenje o bolesti	2.63	2.63	0	15	0.19**	1.42 (0.12)	1.99 (0.25)	0.67

Opća hipohondrija (ukupni rezultat na *Skali stavova prema bolesti*)	20.17	10.55	0	64	0.13**	1.02 (0.12)	1.25 (0.25)	0.87
Procjena vjerojatnosti katastrofalnih ishoda (SOS-CAT)	20.07	6.62	10	42	0.10**	0.51 (0.12)	-0.39 (0.25)	0.89
Procjena vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda (SOS-MIN)	31.09	5.90	10	46	0.07*	-0.52 (0.12)	0.69 (0.25)	0.68
Somatizacija	0.92	0.71	0	3.71	0.13**	1.13 (0.12)	1.42 (0.25)	0.81
Anksioznost	1.10	0.93	0	4	0.14**	1.06 (0.12)	0.59 (0.25)	0.88
Psihičko zdravlje	20.64	4.59	6	30	0.12**	-0.62 (0.12)	0.02 (0.25)	0.86

*$p<.05$,** $p<.01$

Rezultati dobiveni pomoću *Kolmogorov-Smirnov testa* normalnosti distribucije (Tablica 5) ukazuju da sve mjere značajno odstupaju od normalne raspodjele. Međutim, asimetričnost i spljoštenost nalaze se u rasponu prihvatljivih vrijednosti, zbog čega su u daljnjoj obradi korišteni parametrijski statistički postupci.

Iz Tablice 5 također je vidljivo da se prosječne vrijednosti svih subskala (*Strah od bolesti, boli i smrti, Učinci simptoma, Liječenje, Uvjerenje o bolesti*), kao i ukupnog rezultata na *Skali stavova prema bolesti* kreću prema nižim vrijednostima, što ukazuje na to ovaj uzorak ispitanika u prosjeku ima poprilično niske razine straha od bolesti, povoljna uvjerenja povezana s bolesti te nisku zastupljenost ponašanja vezanih uz bolest. Prosječne vrijednosti subskale SOS-CAT koja se odnosi na procjene vjerojatnosti katastrofalnih ishoda pokazuju tendenciju kretanja prema nešto nižim do srednjim vrijednostima, dok su rezultati na subskali SOS-MIN koja ukazuje na procjene vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda, pomaknuti ka nešto višim vrijednostima, što upućuje na to da su ispitanici bili skloniji višim procjenama vjerojatnosti da osoba ima manje ozbiljnu nego ozbiljnu bolest. Prilično niske prosječne vrijednosti subskala *Anksioznosti* i *Somatizacije* iz *Kratkog inventara simptoma* upućuju na rijetku pojavnost ovih teškoća u korištenom uzorku ispitanika, dok rezultati na *Skali psihičkog zdravlja* upućuju na relativno dobro psihičko zdravlje ispitanika u ovom uzorku.

Vrijednosti koeficijenata pouzdanosti svih korištenih subskala, kao i *Skale psihičkog zdravlja* te ukupnog rezultata na *Skali stavova prema bolesti* zadovoljavajuće su.

Prije provedbe daljnjih analiza u svrhu odgovora na drugi i treći istraživački problem, izračunati su *Pearsonovi* koeficijenti korelacije među mjerama hipohondrije (*Strah od bolesti, boli i smrti, Učinci simptoma, Liječenje, Uvjerenje o bolesti* te opća hipohondrija), zdravstvenih uvjerenja (*Procjena vjerojatnosti katastrofalnih ishoda* i *Procjene vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda*), somatizacije, anksioznosti, psihičkog zdravlja te demografskih varijabli spola i dobi.

Tablica 6 Pearsonovi koeficijenti korelacije među korištenim varijablama (*N*=391)

		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Spol	.04	.14*	.10	.05	.02	.12*	-.01	-.08	.08	.05	-.08
2	Dob		-.02	.02	.01	-.11*	-.03	-.15**	-.02	-.03	-.01	.07
3	Strah od bolesti, boli i smrti			.31**	.22**	.53**	.86**	.24**	.04	.47**	.46**	-.39**
4	Učinci simptoma				.25**	.42**	.62**	.04	.03	.46**	.44**	-.41**
5	Liječenje					.24**	.54**	.05	.02	.17**	.11*	-.12*
6	Uvjerenje o bolesti						.74**	.20**	-.01	.44**	.39**	-.39**
7	Opća hipohondrija							.21**	.03	.55**	.51**	-.46**
8	SOS-CAT								.19**	.11*	.05	-.12*
9	SOS-MIN									.11*	.09	-.04
10	Somatizacija										.70**	-.55**
11	Anksioznost											-.71**
12	Psihičko zdravlje											

*p< ,05, **p< ,01

U matrici korelacija prikazanoj u Tablici 6 vidljiva je umjerena do visoka povezanost svih dimenzija hipohondrije (strah od bolesti, boli i smrti, učinci simptoma, liječenje i uvjerenje o bolesti) međusobno, kao i povezanost s ukupnim rezultatom na *Skali stavova prema bolesti*, što je i očekivano zbog činjenice da su sve mjere namijenjene procjeni hipohondrije. Najnižu povezanost s ukupnim rezultatom te ostalim dimenzijama hipohondrije ima faktor *Liječenje*, što je vjerojatno rezultat činjenice da čestice navedene subskale ne ispituju kognitivne aspekte i posljedice hipohondrije, već su isključivo usmjerene na učinke koje hipohondrija ima na ponašanje u obliku pretjerane uporabe zdravstvene skrbi. Izuzev međusobnih povezanosti, dimenzije hipohondrije koje se odnose na strah od bolesti, boli i smrti i uvjerenje o bolesti te ukupni rezultat na *Skali stavova prema bolesti* koji se odnosi na opću hipohondriju u niskim su do umjerenim korelacijama s procjenama vjerojatnosti katastrofalnih ishoda, pri čemu nijedna od korištenih mjera hipohondrije nije povezana s procjenama vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda. Više procjene vjerojatnosti da pojedinac ima ozbiljnu bolest kod osoba s višim razinama hipohondrijskih strahova i uvjerenja te generalnoj sklonosti ka hipohondriji te nepovezanost hipohondrije s uvjerenjima o učestalosti manje ozbiljnih bolesti podupire rizičnost disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja o učestalosti ozbiljnih bolesti, a ne bolesti općenito, za pojavu hipohondrije. Dimenzije hipohondrije koje se odnose na liječenje te na učinke simptoma nisu ovisne o disfunkcionalnim zdravstvenim uvjerenjima, što je ponovno moguće objasniti spomenutom činjenicom da se one u većoj mjeri odnose na bihevioralne aspekte hipohondrije, kao i na određene radnje koje ne moraju nužno biti indikativne isključivo za hipohondriju. Nadalje, umjerene povezanosti svih mjera hipohondrije sa somatizacijom i anksioznošću upućuju na visoku učestalost istodobnog pojavljivanja somatskih simptoma te hipohondrijskih strahova, uvjerenja i ponašanja, kao i na ključnu ulogu anksioznosti u razvoju hipohondrije. Također, učinak hipohondrije na svakodnevno funkcioniranje uočljiv je u umjerenim razinama povezanosti svih aspekata hipohondrije te generalne hipohondrije s psihičkim zdravljem, pri čemu pojedinci skloniji hipohondriji imaju lošije psihičko zdravlje.

Osim povezanosti s mjerama hipohondrije, zdravstvena uvjerenja o učestalosti ozbiljnih i manje ozbiljnih bolesti u međusobno su niskoj povezanosti, što ukazuje na određenu tendenciju davanja viših procjena vjerojatnosti pojavljivanja određenih bolesti, neovisno o njihovoj benignosti. Suprotno očekivanjima, procjene vjerojatnosti katastrofalnih ishoda, kao ni procjene vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda nisu povezane s anksioznošću, ali su u niskim povezanostima sa somatizacijom, što je i očekivano, zbog čega je moguće zaključiti da

pojedinci s određenim nejasnim simptomima ne moraju doživljene simptome uvijek pripisivati ozbiljnim bolestima, već i nekim bezazlenijim ishodima, pri čemu disfunkcionalna uvjerenja o bolesti ne moraju nužno izazivati ili biti izazvana osjećajima anksioznosti. Dok procjene vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda nemaju ulogu u psihičkom zdravlju pojedinca, nešto lošije psihičko zdravlje imati će pojedinci skloniji višim procjenama vjerojatnosti katastrofalnih ishoda, što je vjerojatno u određenoj mjeri povezano s rizičnošću tih procjena za razvoj hipohondrije i somatizacije.

Kao i hipohondrija, somatizacija je u umjerenoj do visokoj povezanosti s anksioznošću i psihičkim zdravljem, što ukazuje na to da su osobe koje doživljavaju više somatskih simptoma ujedno i anksioznije, pri čemu taj odnos vjerojatno dodatno doprinosi nižim razinama psihičkog zdravlja pojedinaca sklonih somatizaciji, na što upućuje i visoka korelacija anksioznosti s psihičkim zdravljem.

Što se tiče demografskih varijabli spola i dobi, utvrđeno je nekoliko relativno niskih korelacija spomenutih demografskih karakteristika s korištenim mjerama. Naime, osobe ženskog spola izvještavaju o višim razinama straha od bolesti, boli i smrti te višim razinama opće hipohondrije koja je izražena kao ukupni rezultat na *Skali stavova prema bolesti*, u odnosu na pojedince muškog spola, što ukazuje na nešto veću vulnerabilnost žena u korištenom uzorku za razvoj hipohondrije. Nadalje, nešto stariji ispitanici postizali su niže rezultate na subskali uvjerenja o bolesti, te su davali niže procjene vjerojatnosti katastrofalnih ishoda u odnosu na mlađe ispitanike, što upućuje na to da u ovom uzorku s dobi opadaju razine uvjerenja o bolesti te razine disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja.

4.4. Doprinosi korištenih prediktorskih mjera u objašnjenju hipohondrije, somatizacije i psihičkog zdravlja

U svrhu odgovora na drugi istraživački problem provedene su tri hijerarhijske regresijske analize kako bi se ispitao prediktivni doprinos korištenih mjera u objašnjenju kriterijskih mjera hipohondrije, somatizacije i psihičkog zdravlja.

S ciljem odgovora na problem pod brojem 2.1. provedena je hijerarhijska regresijska analiza u kojoj se ispitivao doprinos prediktorskih varijabli spola, anksioznosti, somatizacije te procjena vjerojatnosti katastrofalnih (SOS-CAT) i manje ozbiljnih ishoda (SOS-MIN) u objašnjenju kriterijske varijable opće hipohondrije definirane kao ukupni rezultat na *Skali stavova prema bolesti*. U prvom koraku hijerarhijske regresijske analize uvedena je demografska varijabla

spola, u drugom koraku anksioznost, u trećem somatizacija, dok su u posljednjem, četvrtom koraku uvedena zdravstvena uvjerenja (SOS-CAT i SOS-MIN).

Tablica 7 Rezultati hijerarhijske regresijske analize sa spolom, anksioznosti, somatizacijom i zdravstvenim uvjerenjima (SOS-CAT i SOS-MIN) kao prediktorskim varijablama kriterijske varijable opće hipohondrije (*N*=391)

Korak	Prediktor	1. korak β	2. korak β	3. korak β	4. korak β
1. korak	Spol	0.12*	0.10*	0.08*	0.08
2. korak	Anksioznost		0.51**	0.25**	0.26**
3. korak	Somatizacija			0.37**	0.35**
4. korak	SOS-CAT				0.17**
	SOS-MIN				-0.06
	Korigirani R^2		0.27	0.34	0.36
	ΔR^2		0.26	0.07	0.03

*p<,.05, **p< ,01

Legenda: β – standardizirani regresijski koeficijent, korigirani R^2 - korigirani koeficijent multiple determinacije ΔR^2 - promjena u proporciji objašnjene varijance nakon uvođenja nove skupine varijabli

U prvom koraku hijerarhijske regresijske analize uveden je spol koji se pokazao prediktivnim u objašnjenju varijabliteta opće hipohondrije, pri čemu ispitanici ženskog spola izvještavaju o višim razinama opće hipohondrije u odnosu na ispitanike muškog spola. Uvođenjem varijable anksioznosti došlo je do značajnog povećanja objašnjene varijance opće hipohondrije za 26%, dok je uvođenjem varijable somatizacije u sljedećem koraku došlo do značajnog dodatnog povećanja objašnjene varijance za 7%. Značajni prediktivni doprinos anksioznosti i somatizacije u objašnjenju opće hipohondrije upućuje na to da anksiozniji pojedinci, kao i oni koji češće doživljavaju somatske simptome iskazuju i više razine generalne hipohondrije. U posljednjem koraku kao prediktori su uvedena zdravstvena uvjerenja te je njihovim uvođenjem postotak objašnjene varijance značajno porastao za 3%, pri čemu se procjena vjerojatnosti katatrofalnih ishoda (SOS-CAT) pokazala značajnim prediktorom, dok procjena vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda (SOS-MIN) nije značajno doprinijela objašnjenju varijabiliteta opće hipohondrije, što ukazuje na više procjene vjerojatnosti katastrofalnih ishoda kod pojedinaca sklonih hipohondriji. Međutim, uvođenjem zdravstvenih uvjerenja u posljednjem koraku, regresijski koeficijent spola postao je statistički neznačajan te demografska varijabla spola više nije značajno doprinosila objašnjenju hipohondrije. Konačnom regresijskom jednadžbom moguće je objasniti 36% varijance opće hipohondrije.

Dakle, pojedinci s višim razinama anksioznosti, oni s učestalijim somatskim simptomima te oni skloniji davanju viših procjena vjerojatnosti katastrofalnih zdravstvenih ishoda ujedno imaju i izraženije hipohondrijske strahove, uvjerenja i ponašanja.

Nadalje, kako bi se odgovorilo na problem pod brojem 2.2. provedena je hijerarhijska regresijska analiza sa svrhom ispitivanja doprinosa spola, anksioznosti, dimenzija hipohondrije (strah od bolesti, boli i smrti, učinci simptoma, liječenje i uvjerenje o bolesti) te procjena vjerojatnosti katastrofalnih (SOS-CAT) i manje ozbiljnih ishoda (SOS-MIN) u objašnjenju kriterijske varijable somatizacije. U prvom koraku hijerarhijske regresijske analize uvedena je varijabla spola, u drugom koraku varijabla anksioznosti, treću skupinu prediktora sačinjavale su dimenzije hipohondrije (strah od bolesti, boli i smrti, učinci simptoma, liječenje i uvjerenje o bolesti), a četvrtu, ujedno i posljednju skupinu prediktora činila su zdravstvena uvjerenja (SOS-CAT i SOS-MIN).

Tablica 8 Rezultati hijerarhijske regresijske analize sa spolom, anksioznosti, dimenzijama hipohondrije (strah od bolesti, boli i smrti, učinci simptoma, liječenje, uvjerenje o bolesti) te zdravstvenim uvjerenjima (SOS-CAT i SOS-MIN) kao prediktorskim varijablama kriterijske varijable somatizacije (*N*=391)

Korak	Prediktor	1. korak *β*	2. korak *β*	3. korak *β*	4. korak *β*
1. korak	Spol	0.08	0.04	0.02	0.02
2. korak	Anksioznost		0.70**	0.54**	0.54**
3. korak	Strah od bolesti, boli i smrti			0.12**	0.11*
	Učinci simptoma			0.14**	0.14**
	Liječenje			0.02	0.02
	Uvjerenje o bolesti			0.10*	0.10*
4. korak	SOS-CAT				0.02
	SOS-MIN				0.06
	Korigirani R^2		0.49	0.54	0.54
	ΔR^2		0.48	0.06	0.00

*p<.05, **p< .01

Legenda: β – standardizirani regresijski koeficijent, korigirani R^2 - korigirani koeficijent multiple determinacije ΔR^2 - promjena u proporciji objašnjene varijance nakon uvođenja nove skupine varijabli

Varijabla spola uvedena u prvom koraku provedene hijerarhijske regresijske analize nije se pokazala značajnim prediktorom somatizacije. U slijedećem koraku uvedena je varijabla anksioznosti nakon čega je došlo do značajnog povećanja objašnjene varijance somatizacije za 48%, pri čemu pozitivan predznak regresijskog koeficijenta anksioznosti upućuje na veću sklonost doživljavanja somatskih simptoma kod anksioznih pojedinaca. Uvođenjem dimenzija hipohondrije u trećem koraku došlo je do značajnog dodatnog povećanja objašnjene varijance za 6%, te su se dimenzije hipohondrije koje se odnose na strah od bolesti, boli i smrti, učinke simptoma i uvjerenje o bolesti pokazale prediktivnima u objašnjenju somatizacije, dok aspekt hipohondrije koji se odnosi na liječenje nije ostvario značajan doprinos u objašnjenju somatizacije, što ukazuje na povišene razine određenih aspekata hipohondrije kod pojedinaca sa somatizacijom. Nakon što su u četvrtom, ujedno i posljednjem koraku uvedena zdravstvena uvjerenja postotak objašnjene varijance nije dodatno porastao, pri čemu ni procjene

vjerojatnosti katastrofalnih ishoda (SOS-CAT) ni procjene vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda (SOS-MIN) nisu značajno doprinosile objašnjenju somatizacije. Konačnom regresijskom jednadžbom moguće je objasniti 54% varijance somatizacije. Moguće je zaključiti da će anksiozniji pojedinci, te oni s višim razinama straha od bolesti, boli i smrti, štetnijim učincima simptoma na svakodnevno funkcioniranje, kao i oni s višim stupnjem uvjerenja o bolesti vjerojatnije imati učestalije somatske simptome.

U svrhu odgovora na problem pod naznakom 2.3. provedena je hijerarhijska regresijska analiza s psihičkim zdravljem kao kriterijskom varijablom, te spolom, anksioznošću, dimenzijama hipohondrije (strah od bolesti, boli i smrti, učinci simptoma, liječenje, uvjerenje o bolesti) te somatizacijom kao prediktorima. Varijabla spola uvedena je u prvom koraku, varijabla anksioznosti u drugom koraku, dimenzije hipohondrije (strah od bolesti, boli i smrti, učinci simptoma, liječenje, uvjerenja o bolesti) bile su treća skupina prediktora, dok je varijabla somatizacije uvedena u četvrtom, ujedno i posljednjem koraku.

Tablica 9 Rezultati hijerarhijske regresijske analize sa spolom, anksioznosti, dimenzijama hipohondrije (strah od bolesti, boli i smrti, učinsci simptoma, liječenje, uvjerenje o bolesti) i somatizacijom kao prediktivnim varijablama kriterijske varijable psihičkog zdravlja (*N*=391)

Korak	Prediktor	1. korak *β*	2. korak *β*	3. korak *β*	4. korak *β*
1. korak	Spol	-0.08	-0.04	-0.03	-0.03
2. korak	Anksioznost		-0.71**	-0.62**	-0.59**
3. korak	Strah od bolesti, boli i smrti			-0.02	-0.01
	Učinci simptoma			-0.09*	-0.08
	Liječenje			0.00	0.00
	Uvjerenje o bolesti			-0.10*	-0.10*
4. korak	Somatizacija				-0.05
	Korigirani R^2		0.50	0.51	0.51
	ΔR^2		0.50	0.02	0.00

*p<.05, **p<.01

Legenda: β – standardizirani regresijski koeficijent, korigirani R^2 - korigirani koeficijent multiple determinacije ΔR^2 - promjena u proporciji objašnjene varijance nakon uvođenja nove skupine varijabli

Dok se u prvom koraku hijerarhijske regresijske analize uvedena varijabla spola nije pokazala prediktivnom za objašnjenje varijance psihičkog zdravlja, varijabla anksioznosti ostvarila je značajan doprinos u objašnjenju psihičkog zdravlja, pri čemu je njenim uvođenjem u drugom koraku postotak objašnjene varijance porastao za visokih 50%. Regresijski koeficijent anksioznosti je negativnog predznaka, što upućuje na lošije psihičko zdravlje pojedinaca s višim stupnjem anksioznosti. Nadalje, uvođenjem dimenzija hipohondrije (strah od bolesti, boli, i smrti, liječenje i uvjerenje o bolesti) postotak objašnjene varijance psihičkog zdravlja značajno je porastao za dodatnih 2%. Dok aspekti hipohondrije koji se odnose na strah od bolesti, boli i smrti nisu ostvarili značajan doprinos u objašnjenju varijabiliteta psihičkog zdravlja, regresijski koeficijenti dimenzija hipohondrije koji obuhvaćaju učinke simptoma i uvjerenja o bolesti ukazuju na negativan doprinos spomenutih aspekata na psihičko zdravlje. U posljednjem koraku u analizu je uvedena varijabla somatizacije koja se nije pokazala značajnim prediktorom psihičkog zdravlja, te njenim uvođenjem nije došlo do dodatnog porasta objašnjene varijance psihičkog zdravlja. Također, uvođenjem somatizacije u četvrtom koraku regresijski koeficijent dimenzije hipohondrije koja se odnosi na učinke simptoma postao je statistički neznačajan te više nije značajno doprinosio objašnjenju psihičkog zdravlja. Konačnom regresijskom jednadžbom može se objasniti 51% varijance psihičkog zdravlja. Lošije psihičko zdravlje vjerojatnije će imati pojedinci koji doživljavaju više osjećaja anksioznosti te pojedinci skloniji hipohondrijskim uvjerenjima.

4.5. Medijacijska uloga disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju u odnosu između somatizacije i hipohondrije

S ciljem odgovora na treći problem u programu *Mplus 7.0* (Muthen i Muthen, 2013) testirana je medijacijska uloga disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju očitovanih u procjenama vjerojatnosti katastrofalnih ishoda (SOS-CAT) u odnosu između somatizacije i opće hipohondrije (promatrane kao ukupni rezultat na *Skali stavova prema bolesti*) uz primjenu metode maksimalne vjerojatnosti prilikom procjene parametara u modelu. Testiran je model potpune medijacije koji pretpostavlja da disfunkcionalna zdravstvena uvjerenja u potpunosti posreduju odnos između doživljenih somatskih simptoma i konačnih hipohondrijskih strahova, uvjerenja i ponašanja, kao i model djelomične medijacije prema kojem razine somatizacije doprinose razinama hipohondrije ne samo posredno preko disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja, već i izravnim putem. Kako bi se procijenio stupanj slaganja modela s podacima u obzir su uzeti ranije spomenuti indeksi slaganja; χ^2/df, *CFI*, *TLI*, *RMSEA* i *SRMR*.

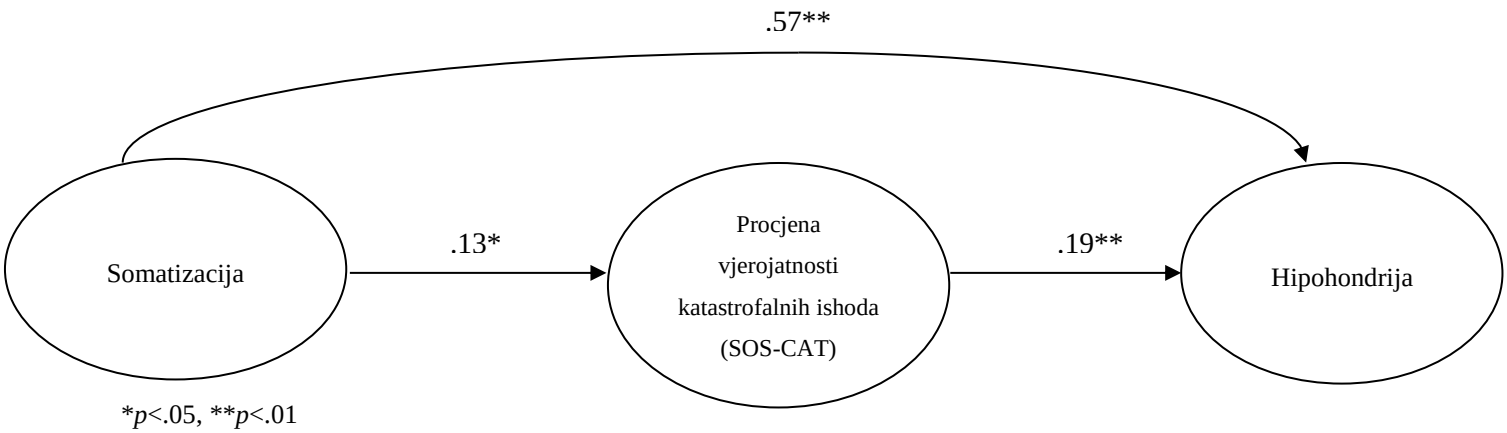
Tablica 10 Indeksi slaganja modela s podacima

	Mjerni model	Model potpune medijacije	Model djelomične medijacije
χ^2	1150.38	1285.19	1150.38
Df	620	621	620
χ^2/df	1.86	2.07	1.86
CFI	0.90	0.87	0.90
TLI	0.90	0.86	0.90
RMSEA	0.05	0.05	0.05
(90% C.I.)	(0.043 – 0.051)	(0.048 – 0.056)	(0.043 – 0.051)
SRMR	0.06	0.10	0.06

Prije testiranja navedenih modela potpune i djelomične medijacije disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja u odnosu između somatizacije i hipohondrije testiran je mjerni model s latentnim faktorima somatizacije, procjene katastrofalnih ishoda i dimenzijama hipohondrije (strah od bolesti, boli i smrti, učinci simptoma, liječenje, uvjerenje o bolesti) čiji su indikatori čestice na pripadajućim subskalama *Kratkog inventara simptoma, Skale simptoma i ishoda* te *Skala stavova prema bolesti* te latentnim faktorom opće hipohondrije čiji su indikatori utvrđene subskale *Skale stavova prema bolesti* (*Strah od bolesti, boli i smrti, Učinci simptoma, Liječenje, Uvjerenje o bolesti*). U model su također uvedene korelacije reziduala između čestica subskale *Skale stavova prema bolesti* imenovane *Strah od bolesti, boli i smrti* broj 13 i 14 te 3 i 14, za koje je u ranije provedenoj konfirmatornoj faktorskoj analizi *Skale stavova prema bolesti* utvrđeno da značajno povećavaju stupanj slaganja modela s podacima (3. model; Tablica 1). Uvidom u dobivene indekse slaganja modela s podacima (Mjerni model; Tablica 10) moguće je govoriti o dobrom pristajanju navedenog modela podacima, pri čemu su svi indikatori zadovoljavajuće zasićeni pretpostavljenim faktorom (>.40), a faktori su u međusobno niskim do visokim korelacijama čije se vrijednosti kreću u rasponu od 0.14 do 0.71.

U slijedećem koraku provjeravan je model potpune medijacije koji pretpostavlja da disfunkcionalna zdravstvena uvjerenja promatrana kao procjene katastrofalnih ishoda (SOS-CAT) u potpunosti posreduju odnos somatizacije i hipohondrije. Osnovna pretpostavka ovog modela bila bi da pojedinci koji učestalo doživljavaju određene somatske simptome razviju strahove, uvjerenja i ponašanja povezana s hipohondrijom jedino onda kada procijene da su njihovi simptomi znak ozbiljne bolesti. Unatoč tome što svi indeksi slaganja modela s podacima to ne upućuju, vrijednosti većine indeksa ukazuju na prihvatljivo pristajanje modela podacima (Model potpune medijacije, Tablica 10).

Nadalje, kako bi se ustanovila daljnja priroda odnosa somatizacije i hipohondrije, provjeravan je model djelomične medijacije koji pretpostavlja, da su osim posredstvom disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja, somatizacija i hipohondrija u direktnoj vezi. Uvođenjem direktnih efekata somatizacije na hipohondriju došlo je do značajnog poboljšanja slaganja modela s podacima, što je utvrđeno χ^2 testom (χ^2_{diff}=134.81, df=1, p<.05). Dakle, razine somatizacije imaju doprinos u objašnjenju razina hipohondrije i posredno, preko disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju, ali i izravnim putem. Naime, pojedinci koji doživljavaju učestalije somatske simptome biti će skloniji višim procjenama vjerojatnosti da su određeni simptomi znak ozbiljne bolesti, pri čemu te procjene vjerojatnosti doprinose višim razinama strahova, uvjerenja i ponašanja povezanih s hipohondrijom. Međutim, neovisno o procjenama vjerojatnosti ozbiljnih bolesti, osobe sklone somatizaciji imati će više razine hipohondrije, što je utvrđeno i u prijašnjoj regresijskoj analizi (Tablica 7). U nastavku (Slika 6) je prikazan model djelomične medijacije koji najbolje pristaje podacima dobivenima na ovom uzorku ispitanika s pripadujućim odnosima među provjeravanim konstruktima.



Slika 6 Model djelomične medijacije s procjenom katastrofalnih ishoda kao medijatorom u odnosu somatizacije i hipohondrije te direktnim efektima somatizacije na hipohondriju

5. Rasprava

U središtu kognitivnih pristupa hipohondriji stavljaju se brojni čimbenici, među kojima se posebno ističe koncept disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja kojeg se smatra ključnim u etiologiji hipohondrije, pri čemu priroda njegova odnosa sa somatizacijom još nije u potpunosti razjašnjena. Međutim, u literaturi se uvelike spominje važnost kognitivnih faktora i u nastanku somatizacije, kao što su somatosenzorna amplifikacija i globalni somatski atribucijski stil, zbog čega se može pretpostaviti da disfunkcionalna zdravstvena uvjerenja imaju ulogu i u somatizaciji, kao predisponirajući ili posljedični čimbenici navedenih kognitivnih procesa. Anksioznost je kao važan čimbenik nastanka i održavanja somatizacije i hipohondrije prisutan u svim kognitivnim modelima navedenih fenomena, zbog čega njena uloga ne smije biti zanemarena. Visoke razine somatizacije i hipohondrije značajno remete funkcioniranje pojedinca u svim domenama svakodnevnog života te njihov učinak mora biti uočljiv u cjelokupnom psihičkom zdravlju pojedinca. Zbog svega navedenog, cilj provedenog istraživanja bio je ispitivanje prirode odnosa hipohondrije, somatizacije i disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju, kao i odnosa hipohondrije i somatizacije s anksioznosti. Nadalje, ispitivan je doprinos anksioznosti, hipohondrije i somatizacije u objašnjenju psihičkog zdravlja te uloga disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja u odnosu između somatizacije i hipohondrije. Uz navedene ciljeve, provjeravana je faktorska struktura i pouzdanost mjera samoprocjene hipohondrije i disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja adaptiranih na hrvatski jezik, preciznije, *Skale stavova prema bolesti* (Kellner, 1986) te *Skale simptoma i ishoda* (Marcus, 1999). Kako bi se mogle oblikovati učinkovite mjere prevencije, ali i metode liječenja hipohondrije i somatizacije, ključno je pobliže upoznavanje s njihovom etiologijom te održavajućim faktorima. Dostupnost kvalitetnih mjera samoprocjene hipohondrije te mjera zdravstvenih uvjerenja na kojima se ona temelji može uvelike pripomoći u identifikaciji pojedinaca koji su pod većim rizikom za njen razvoj, kao i njenom otkrivanju u ranom stadiju dok još nije prešla u teže oblike i počela narušavati funkcioniranje pojedinca.

Skala stavova prema bolesti (Kellner, 1986) te *Skala simptoma i ishoda* (Marcus 1999) su za potrebe ovog istraživanja prevedene na hrvatski jezik te primijenjene na nekliničkoj populaciji mlađih odraslih osoba, zbog čega je prvi problem provedenog istraživanja bio provjera faktorske strukture i pouzdanosti navedenih skala. *Skala stavova prema bolesti* široko je korištena mjera samoprocjene hipohondrije čija je valjanost utvrđena i kod pacijenata s dijagnozom hipohondrije (Kellner i sur., 1987), kao i kod pojedinaca iz

nekliničke populacije sklonih hipohondriji (Hitchcock i Mathews, 1992; Marcus, 1999). S obzirom na to da statistički pokazatelji upućuju na to da devetofaktorska struktura *Skale stavova prema bolesti* izvorno predložena od strane njenog autora (Kellner, 1986) nije prihvatljiva (Crössmann i Pauli, 2006; Ferguson i Daniel, 1995; Kellner i sur., 1987, Longley i sur., 2005) u brojnim faktorsko-analitičkim studijama ponovno je provjeravana njena faktorska struktura na kliničkim i nekliničkim uzorcima ispitanika (npr. Ferguson i Daniel, 1995; Hiller i sur., 2002; Speckens i sur., 1996; Stewart i Watt, 1998). U najvećem broju istraživanja podršku je dobila četvrofaktorska struktura *Skale stavova prema bolesti*, ali s nešto različitim rasporedom faktora te pripadajućih čestica (Cox i sur., 2000; Crössmann i Pauli, 2006; Ferguson i Daniel, 1995; Hadjistavropoulos i sur., 1999; Stewart i Watt, 1998) zbog čega još uvijek nije moguće govoriti o zajedničkoj faktorskoj soluciji ove skale. U svrhu provjere faktorske strukture adaptirane hrvatske verzije *Skale stavova prema bolesti* korišten je četverofaktorski model Hadjistavropoulosa i suradnika (1999; Slika 2) utvrđen na nekliničkoj populaciji ispitanika mlađe odrasle dobi, što je uzorak ispitanika usporedan onome u ovom istraživanju. Nakon uvođenja preinaka u provjeravani model koje uključuju izbacivanje čestice slabo zasićene pretpostavljenim faktorom te uključivanje korelacije reziduala između dva para čestica sa sličnim sadržajem i formulacijom moguće je govoriti o dobrom pristajanju pretpostavljenog modela podacima dobivenima na hrvatskoj populaciji ispitanika (Tablica 1). Dakle, utvrđena je valjanost četverofaktorskog modela adaptirane hrvatske verzije *Skale stavova prema bolesti* s faktorima; *Strah od bolesti, boli i smrti*, *Učinci simptoma*, *Liječenje* i *Uvjerenje o bolesti* (Slika 3). Vrijednosti unutarnje konzistencije pojedinih faktora tj. subskala, ali i ukupnog rezultata na *Skali stavova prema bolesti* kreću se u zadovoljavajućem rasponu (Tablica 2), što ukazuje na mogućnost interpretacije rezultata na svakoj od četiri subskale zasebno te rezultata na ukupnoj skali kao globalne mjere hipohondrije. Hadjistavropoulos i suradnici (1999) također predlažu mogućnost zasebne interpretacije rezultata na svakoj subskali, ali i promatranje pojedinačnih subskala kao faktora nižeg reda koji predstavljaju dimenzije faktora višeg reda opće hipohondrije. Međutim, napominju da je jednodimenzionalni koncept opće hipohondrije u određenoj mjeri definira hipohondriju suviše pojednostavljeno, zbog čega je prilikom njegove upotrebe potreban oprez. S obzirom na to da su sve subskale *Skale stavova prema bolesti* namijenjene procjeni hipohondrije, ne iznenađuju vrijednosti koeficijenata korelacije (Tablica 6) koje upućuju na to da će pojedinci s višim rezultatom na pojedinoj subskali imati više rezultate i na drugim subskalama, kao i ukupni rezultat na *Skali stavova prema bolesti*. Potrebno je spomenuti da najnižu povezanost s drugim subskalama, kao i s globalnim rezultatom na skali ima subskala

Liječenje, što ukazuje na to da ona zahvaća neke aspekte hipohondrije koji nisu prisutni u česticama koje pripadaju drugim faktorima. Naime, dok su ostale subskale prvenstveno usmjerene na emocionalne i kognitivne čimbenike hipohondrije, kao što su strahovi i uvjerenja, čestice koje pripadaju subskali *Liječenje* odnose se na ponašajne aspekte hipohondrije koji se manifestiraju učestalom uporabom zdravstvene skrbi, u obliku posjeta liječniku, medicinskih postupaka te tretmana.

Kao i *Skala stavova prema bolesti*, i *Skala simptoma i ishoda* primjenjiva je na kliničkim (Weck i sur., 2012) i nekliničkim uzorcima (Marcus, 1999; Marcus i Church, 2003) ispitanika u svrhu procjene disfunkcionalnosti zdravstvenih uvjerenja o učestalosti ozbiljnih bolesti. U provedenom istraživanju provjeravana je dvofaktorska struktura *Skale simptoma i ishoda* izvorno predložena od strane njenog autora (Marcus, 1999) s faktorima *Procjena vjerojatnosti katastrofalnih ishoda* i *Procjena vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda* (Slika 4). Međutim, stupanj slaganja dvofaktorskog modela s podacima dobivenima na ovom uzorku ispitanika nije u potpunosti prihvatljiv ni nakon uvođenja modifikacija u model koje uključuju korelaciju reziduala između dva para sadržajno i formulacijski sličnih čestica (Tablica 3). Naime, postoji mogućnost da ispitanici u ovom uzorku ishode scenarija koji pripadaju faktoru *Procjena vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda* ne percipiraju u tolikoj mjeri bezazlenima kao što je to očekivano, zbog čega je upitna valjanost ovog faktora. Usprkos tome, kako bi se poštivalo teorijsko polazište na kojem počiva provjeravani model te zbog zadovoljavajućih vrijednosti unutarnje konzistencije pojedinih faktora (Tablica 4), u svrhu ovog istraživanja ipak je odlučeno adaptiranu hrvatsku verziju *Skale simptoma i ishoda* koristiti kao mjeru s dvije subskale (Slika 5). Na temelju rezultata na navedenim subskalama moguće je zaključivati o disfunkcionalnim zdravstvenima uvjerenjima pojedinca, pri čemu su se procjene vjerojatnosti katastrofalnih ishoda pokazale indikativnima za razvoj hipohondrije (npr. Marcus, 1999; Marcus i Church, 2003; Weck i sur., 2012). Utvrđena korelacija (Tablica 6) među dvjema subskalama *Skale simptoma i ishoda*, iako niska, ukazuje na određenu tendenciju davanja viših procjena vjerojatnosti svih bolesti, neovisno o njihovoj ozbiljnosti. S obzirom na prihvaćanje pretpostavljenih faktorskih struktura *Skale stavova prema bolesti* te *Skale simptoma i ishoda* kao i utvrđivanja zadovoljavajućih vrijednosti pouzdanosti svih dobivenih mjera, moguće je potvrditi prvu hipotezu. *Skala stavova prema bolesti* pruža mogućnost mjerenja hipohondrije kao multidimenzionalnog konstrukta te procjenu njene generalne razine, dok *Skala simptoma i ishoda* na jednostavan način omogućava procjenu zdravstvenih uvjerenja koji imaju ulogu u nastanku hipohondrije.

S ciljem boljeg upoznavanja s čimbenicima prediktivnima za pojavu hipohondrije i somatizacije ali i onih prediktivnih za generalno psihičko zdravlje, postavljen je drugi problem istraživanja koji se odnosi na ispitivanje doprinosa korištenih mjera u objašnjenju kriterijskih varijabli hipohodrije, somatizacije i psihičkog zdravlja. Uz tri navedena konstrukta, kao prediktori su u analize još uvrštene varijable spola, anksioznosti te disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja. Na temelju prosječnih vrijednosti rezultata na dimenzijama hipohondrije, kao i ukupnog rezultata na *Skali stavova prema bolesti* koji se odnosi na opću razinu hipohondrije (Tablica 5), moguće je zaključiti da ova populacija ispitanika ima relativno niske razine hipohondrijskih strahova, uvjerenja i ponašanja. Sličan obrazac uočen je i kod prosječnih razina anksioznosti te somatizacije koje upućuju na rijetko doživljavanje osjećaja anksioznosti te somatskih simptoma kod ovog uzorka ispitanika. Što se tiče vjerovanja o zdravlju, prosječne vrijednosti procjena katastrofalnih i manje ozbiljnih ishoda ukazuju na tendenciju ispitanika za davanjem nešto viših procjena vjerojatnosti da pojedinac ima manje ozbiljnu nego ozbiljnu bolest, što ukazuje na relativno niske razine disfunkcionalnosti zdravstvenih uvjerenja unutar ove populacije ispitanika. Navedeni obrazac rezultata nije u skladu s ranijim istraživanjima koji su kod ispitanika uočili tendenciju precjenjivanja vjerojatnosti katastrofalnih ishoda (Ahmad i sur., 1992; Marcus, 1999). Međutim, s obzirom na to da su prosječne razine hipohondrije i somatizacije ispitanika u ovome uzorku relativno niske, ne iznenađuje povoljnost njihovih zdravstvenih uvjerenja, što se vjerojatno očitovalo i u njihovom dobrom psihičkom zdravlju.

U svrhu odgovora na prvi dio prvog problema ispitivan je doprinos spola, anksioznosti, somatizacije te procjena vjerojatnosti katatstrofalnih i manje ozbiljnih ishoda u objašnjenju opće hipohondrije. Prema kognitivno-bihevioralnom modelu hipohondrije Salkovskisa i Warwick (1986; Warwick i Salkovskis, 1990) najvažniji rizični faktori za nastanak hipohondrije jesu disfunkcionalna zdravstvena uvjerenja, koja, jednom kad su aktivirana, dovode do pojave anksioznosti čija je uloga ključna u održavanju razina hipohondrije. U provedenom istraživanju kao mjera disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju korištena je procjena vjerojatnosti katastrofalnih ishoda, dok je procjena vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda upućivala na povoljna vjerovanja o zdravlju. Izuzev dimenzija hipohondrije koje se odnose na liječenje i učinke simptoma, ostale dimenzije hipohondrije te opća hipohondrija pokazale su se povezanima s procjenama vjerojatnosti katastrofalnih ishoda (Tablica 6), što ide u prilog kognitivno-bihevioralnom modelu hipohondrije (Salkovskis i Warwick, 1986; Warwick i Salkovskis, 1990). Neovisnost dimenzija hipohondrije koje se odnose na liječenje te učinke simptoma o disfunkcionalnim zdravstvenim uvjerenjima moguće je objasniti time

da navedene dimenzije zahvaćaju određene aspekte hipohondrije koje se odnose na ponašanje i svakodnevno funkcioniranje, a koji ne moraju nužni biti indikativni za hipohondriju, već se mogu javljati i kod osoba sa stvarnom dijagnozom fizičke bolesti. Utvrđeni rezultati ukazuju na značajan doprinos anksioznosti, somatizacije te procjena vjerojatnosti katastrofalnih ishoda u objašnjenju opće hipohondrije (Tablica 7). Kao najbolji prediktor opće hipohondrije pokazala se somatizacija, pri čemu su pojedinci koji učestalije doživljavaju somatske simptome ujedno i izražavali više razine opće hipohondrije, što je u skladu s nalazom o tome da razine somatizacije predviđaju tijek poremećaja hipohondrije (olde Hartman i sur, 2009). Iako je opravdana dijagnoza somatizacije i hipohondrije kao zasebnih poremećaja te njihova distinkcija u nekliničkim populacijama (Leibbrand i sur., 2000), prvenstveno zbog značajnog dijela psihopatologije koji im nije zajednički, simptomatologija dva navedena fenomena u značajnoj mjeri se preklapa te je međusobno ovisna (Creed i Barsky, 2004), na što ukazuje i ovo istraživanje. Naime, strah od bolesti kao dominantan simptom hipohondrije proizlazi iz doživljavanja određenih fizičkih simptoma, dok neobjašnjeni fizički simptomi koji se javljaju unutar somatizacije mogu voditi ka pojavi straha od bolesti (Leibbrand i sur., 2000), zbog čega se hipohondrija i somatizacija učestalo javljaju u komorbiditetu (Barsky i sur., 1992; Escobar i sur., 1998). Zbog svega navedenog, ne iznenađuje činjenica da su u DSM-u-5 poremećaj hipohondrije sa somatskim simptomima te poremećaj somatizacije svedeni na jedinstvenu dijagnozu poremećaja somatskih simptoma (Dimsdale i sur., 2013). Iako nešto slabije predviđa opću hipohondriju nego somatizacija, razina anksioznosti također je ostvarila značajan doprinos u objašnjenju hipohondrije, što ne iznenađuje zbog utvrđenih korelacija svih mjera hipohondrije s anksioznošću (Tablica 6). Točnije, pojedinci s višim razinama anksioznosti skloniji su hipohondrijskim strahovima, uvjerenjima i ponašanjima, što je u skladu s istraživačkim spoznajama o bliskoj povezanosti anksioznosti i hipohondrije (npr. Barsky i sur., 1986; Barsky i Wyshak, 1990; Kellner i sur., 1987; Weck i sur., 2012) te neuroticizma i hipohondrije (Cox i sur., 2000; Ferguson, 2000; Kirmayer i sur., 1994). Navedeni nalaz također je moguće potkrijepiti empirijskim spoznajama o visokoj učestalosti pojave hipohondrije i anksioznih poremećaja u komorbiditetu (Barsky i sur., 1992; Noyes i sur., 1999; Noyes i sur., 1994) te vrlo sličnim razinama anksioznosti kod pacijenata s dijagnozom hipohondrije i pacijenata s dijagnozom nekog od anksioznih poremećaja (Weck i sur., 2011). Prediktivna uloga anksioznosti u objašnjenju hipohondrije ide u prilog temeljnim postavkama kognitivno-bihevioralnog pristupa hipohondriji (Salkovskis i Warwick, 1986; Warwick i Salkovskis, 1990) koji ističe da anksioznost djeluje na pojavu hipohondrije putem mehanizma povećane svjesnosti o tijelu koji posljedično dovodi do primjećivanja blagih

tjelesnih fluktuacija benigne prirode koje zatim pojedinac interpretira kao znakove bolesti od koje strahuje, što vodi daljnjem povećanju anksioznosti. U kontekstu odnosa anksioznosti i hipohondrije potrebno je također spomenuti fiziološku komponentu samog doživljaja anksioznosti koja se očituje u brojnim tjelesnim senzacijama (Vulić-Prtorić, 2006) koje pojedinac može percipirati kao neočekivane i intenzivne. Pojedinac sklon hipohondriji tim senzacijama pridaje katastrofične interpretacije, što predstavlja još jedan obrazac putem kojeg se anksioznost i prateće tjelesne promjene dalje pojačavaju, što na koncu dodatno osnažuje uvjerenje pojedinca da je bolestan (Marcus i sur., 2007; Warwick i Salkovskis, 1990). Konačno, disfunkcionalna zdravstvena uvjerenja o učestalosti teških bolesti značajno doprinose objašnjenju razine opće hipohondrije, s višim procjenama vjerojatnosti katastrofalnih ishoda pojedinaca sklonijih hipohondriji. Naime, dok procjene vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda nisu ostvarile značajan doprinos u objašnjenju hipohondrije, procjene vjerojatnosti katastrofalnih ishoda pokazala su se prediktivnima za pojavu hipohondrije i nakon kontrole razina anksioznosti te somatizacije, što ukazuje na njihovu specifičnost za hipohondriju. Utvrđivanje očekivanih sklonosti ka davanju katastrofičnih interpretacija nejasnim tjelesnim simptomima kod pojedinaca s višim razinama hipohondrije indirektan je pokazatelj valjanosti adaptiranih hrvatskih verzija *Skale simptoma i ishoda* te *Skale stavova prema bolesti*. Također, iako Hadjistavropoulos i suradnici (1999) napominju oprez prilikom upotrebe globalne mjere hipohondrije, navedeni nalaz predstavlja dobar indikator mogućnosti korištenja mjere opće hipohondrije u budućim istraživanjima. Iza dobivenih rezultata o ulozi disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja u razvoju hipohondrije stoji široka empirijska podrška, temeljena na korelacijskim istraživanjima koja su koristila istu mjeru zdravstvenih uvjerenja (Marcus i Church, 2003; Marcus i sur., 2008; Marcus, 1999; Weck i sur., 2012) ili slične mjere s nešto drukčijom operacionalizacijom zdravstvenih uvjerenja (Fergus, 2014; Hadjistavropoulos i sur., 2012; Haenen i sur., 2000; Hitchcock i Mathews, 1992) te na indirektnijim ekperimentalnim istraživanjima (Brown i sur., 1999; Hitchcock i Mathews, 1992; Owens i sur, 2004 Pauli i Alpers, 2002). U konačnici, ukazujući na rizičnost disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja o učestalosti teških bolesti za razvoj hipohondrije, dobiveni rezultati ponovno upućuju na valjanost kognitivno-bihevioralnog gledišta na hipohondriju (Salkovskis i Warwick, 1986; Warwick i Salkovskis, 1990) kao empirijski utemeljenog modela primjenjivog i izvan kliničkog okružja. Potrebno je dodati da je uvođenjem disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja doprinos spola objašnjenju opće hipohondrije postao neznačajan, što je u skladu s nalazima prijašnjih istraživanja o jednakoj prevalenciji hipohondrije kod muškaraca i žena (Bleichhardt i Hiller, 2007; Escobar i sur.,

1998; Gureje i sur., 1997). Zbog utvrđivanja očekivanih prediktivnih doprinosa u objašnjenju opće hipohondrije, moguće je potvrditi prvi dio druge hipoteze.

Kao kriterijska varijabla u drugom dijelu drugog problema korištena je somatizacija, dok su kao prediktivne mjere korištene anksioznost, dimenzije hipohondrije (strah od bolesti, boli i smrti, učinci simptoma, liječenje, uvjerenje o bolesti) te procjena vjerojatnosti katastrofalnih i manje ozbiljnih ishoda. Iako su ponajviše bili usmjereni na somatosenzornu amplifikaciju (Barsky i Borus, 1999), u kognitivnim modelima somatizacije anksioznost je, poglavito zbog svoje fiziološke komponente, također isticana kao bitan čimbenik u procesu somatizacije. Odnos disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja i somatskih simptoma slabo je proučavan u literaturi, zbog čega još uvijek nije u potpunosti razjašnjen. Usprkos tome, na temelju nekih drugih dimenzija somatizacije koje su empirijski provjeravane, kao što je somatski atribucijski stil (Bridges i sur., 1991; Craig i sur., 1993), moguće je zaključivati o tome da disfunkcionalna zdravstvena uvjerenja imaju ulogu i u etiologiji somatizacije. Međutim, kao značajni prediktori somatizacije pokazali su se samo anksioznost te dimenzije hipohondrije koje se odnose na strah od bolesti, boli i smrti, učinke simptoma te uvjerenje o bolesti (Tablica 8). Najveći doprinos u objašnjenju somatizacije ostvarila je anksioznost, pri čemu će pojedinci s izraženijim osjećajima anksioznosti ujedno imati i učestalije somatske simptome. U prilog navedenom nalazu idu brojne empirijske spoznaje o bliskoj povezanosti anksioznosti sa somatskim simptomima utvrđenoj kod različitih populacija ispitanika (Campo, 2012; Fink, 1995; Gureje i sur., 1997; Kushwaha i sur., 2014 Noyes i sur., 1995; Noyes i sur., 1986; O'Malley i sur., 1999), o povezanosti svih skupina somatskih simptoma sa svim anksioznim poremećajima (Bekhuis i sur., 2015) te o ulozi neuroticizma u pojavi somatskih simptoma (De Gucht i sur., 2004; Tanum i Malt, 2001; Watson i Pennebaker, 1989). Unatoč tome što je ovo istraživanje provedeno na nekliničkoj populaciji ispitanika, moguće je govoriti o tome da ostvareni prediktivni doprinos anksioznosti u objašnjenju somatizacije ide u prilog *antecedentnoj hipotezi* o odnosu anksioznih poremećaja i somatskih simptoma (Larson i sur., 2004). Naime, iako zbog korelacijske prirode ovog istraživanja nije isključen utjecaj somatskih simptoma na razvoj anksioznosti, u skladu s navedenom hipotezom moguće je pretpostaviti da anksioznost putem mehanizama povećane svjesnosti o tijelu te izmijenjene percepcije tjelesnih senzacija može dovesti do pojave somatskih simptoma (Rief i Barsky, 2005). Međutim, pritom nije isljućena ni mogućnost medijacijske ulogu anksioznosti u odnosu između aleksitimije ili nekih drugih predispozicija i somatizacije. Zbog svega navedenog, na anksioznost je moguće gledati kao na predisponirajući, precipitirajući, ali i

održavajući čimbenik somatizacije. Također, više razine aspekata hipohondrije koji se odnose na strah od bolesti, boli i smrti, učinke simptoma te uvjerenje o bolesti predviđale su veću učestalost somatskih simptoma i nakon kontrole anksioznosti, dok dimenzija hipohondrije koja obuhvaća liječenje nije značajno doprinosila objašnjenju somatizacije. S obzirom na ranije utvrđeni prediktivni doprinos somatizacije općoj hipohondriji (Tablica 7), moguće je zaključiti da su razine hipohondrije i somatizacije međusobno ovisne jedna o drugoj uz obostrane utjecaje, što je također u skladu sa nalazima o učestalosti njihova komorbiditeta (Barsky i sur., 1992; Escobar i sur., 1998). Također, ostvareni doprinos gotovo svih dimenzija hipohondrije u objašnjenju somatizacije, ne samo dimenzije koja zahvaća somatske simptome, ukazuje na to da različiti emocionalni i kognitivni aspekti hipohondrije također doprinose razinama somatizacije, predstavljući bitne čimbenike u njenom razvoju i održavanju. Naime, pojedinac sa snažnim uvjerenjem o tome da boluje od određene bolesti, djelomično temeljenim na izraženom strahu od te bolesti, vjerojatno će zbog tih disfunkcionalnih kognicija i intenzivnih emocija, među kojima se ističe anksioznost, razviti određene simptome ili preuveličati postojeće, što će dovesti do daljnje interpretacije tih simptoma kao znakova bolesti od koje strahuje. Kao što je ranije spomenuto, dimenzija hipohondrije koja se odnosi na liječenje zahvaća određene ponašajne komponente hipohondrije koje, iako mogu upućivati na hipohondriju, ne moraju nužno biti specifični za njenu pojavu, već mogu biti znak nekih drugih medicinskih stanja. Naime, iako pojedinci skloni somatizaciji učestalo traže liječničku pomoć (Duddu i sur., 2006), u ovom slučaju aspekt liječenja nije se pokazao indikativnim za somatizaciju, vjerojatno zbog njegove niske povezanosti s drugim dimenzijama hipohondrije i generalnom hipohondrijom (Tablica 6). Također, postoji mogućnost da zbog općenite niske razine somatizacije pojedinaca u ovom uzorku (Tablica 5), traženje liječničke pomoći nije bilo potrebno, što se očitovalo i u generalno niskim rezultatima ove populacije ispitanika na subskali *Liječenje* (Tablica 5). Usprkos ponuđenim pretpostavkama o sklonosti ka disfunkcionalnim zdravstvenim uvjerenjima i kod pojedinaca sklonih somatizaciji temeljenih na njihovoj preferenciji korištenja somatskih atribucija (Kirmayer, 1984; Rief i sur., 2004), zdravstvena uvjerenja nisu se pokazala značajnim prediktorima somatizacije. Naime, potrebno je uzeti u obzir mogućnost da ispitanici u ovome uzorku možda nisu preferirali organske atribucije svojih simptoma te su bili skloniji njihovom pripisivanju psihološkim ili drugim uzrocima, zbog čega su se posljedično više oslanjali na objašnjenja svojih simptoma situacijskim ili psihološkim faktorima. S obzirom na prijašnje istraživačke nalaze o povezanosti psiholoških atribucijskih stilova sa istodobnom pojavom somatskih simptoma i anksioznosti te depresije (Duddu i sur.,

2006; Rief i sur., 2004), na preferenciju ispitanika u ovome uzorku prema korištenju psiholoških atribucija navodi i utvrđeni značajan doprinos anksioznosti u objašnjenju somatizacije. Kao i provedena analiza, na nemogućnost zaključivanja o rizičnosti disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja za razvoj somatizacije također upućuje povezanost somatizacije s procjenama vjerojatnosti i katastrofalnih i manje ozbiljnih ishoda (Tablica 6). Naime, pojedinci s učestalijim somatskim simptomima davali su više procjene vjerojatnosti obolijevanja i od benignih i od ozbiljnih medicinskih stanja, što ukazuje na njihovu tendenciju precjenjivanja svih zdravstvenih ishoda vjerojatno temeljenu na određenim vjerovanjima o zdravlju, zasigurno manje disfunkcionalnima i povoljnijima od onih prisutnih kod hipohondrije. Iako postoji mnogo sličnosti u etiologiji hipohondrije i somatizacije, pri čemu su njihove razine međusobno ovisne, izgledno je da se mehanizmi u podlozi dva navedena fenomena ipak ponešto razlikuju, sa disfunkcionalnim zdravstvenim uvjerenjima kao jasno specifičnima za hipohondriju, zbog čega je opravdana njihova distinkcija. Suprotno očekivanjima temeljenima na istraživanjima u kojima je utvrđena veća prevalencija somatizacije kod žena (Campo, 2012; Kroenke i Spitzer, 1998; Piccinelli i Simon, 1997; Scharf, Mayseless i Rousseau, 2016; Vulić-Prtorić, 2016; Wool i Barsky, 1994), spol nije značajno predviđao razine somatizacije. Kao što je ranije spomenuto, ispitanici u ovome uzorku generalno su izvijestili o rijetkoj pojavnosti somatskih simptoma (Tablica 5), što je možda moglo dovesti do nemogućnosti manifestacije spolnih razlika na ovome uzorku ispitanika. Važno je također napomenuti da se u korištenome uzorku ispitanika omjer muškaraca i žena bitno razlikovao, sa znatno većom zastupljenosti žena u uzorku. U konačnici, zbog utvrđivanja samo jednog dijela očekivanih prediktivnih doprinosa somatizaciji, drugi dio druge hipoteze tek je djelomično potvrđen.

Kako bi se utvrdili doprinosi hipohondrije i somatizacije psihičkom funkcioniranju pojedinca, u svrhu odgovora na treći dio drugog problema ispitivan je prediktivni doprinos spola, anksioznosti, dimenzija hipohondrije (strah od bolesti, boli i smrti, učinci simptoma, liječenje, uvjerenje o bolesti) te somatizacije u objašnjenju psihičkog zdravlja. Visoke razine psihičkog zdravlja iskazuju se u prisustvu pozitivnih emocija te dobrim psihosocijalnim funkcioniranjem pojedinca. Pojava negativnih osjećaja anksioznosti koji dominiraju simptomatologijom i hipohondrije i somatizacije, fenomena koji mogu značajno sniziti optimalne razine psihosocijalnog funkcioniranja, trebala bi se očitovati u smanjenim razinama psihičkog zdravlja pojedinca. Međutim, kao značajni prediktori psihičkog zdravlja utvrđeni su samo anksioznost te dimenzija hipohondrije koja se odnosi na uvjerenje o bolesti, pri čemu

pojedinci s većom sklonosti ka anksioznosti te izraženijim uvjerenjima o bolesti ujedno imaju i lošije psihičko zdravlje (Tablica 9). Boljim prediktorom se pokazala anksioznost, što ne iznenađuje prvenstveno zbog toga što se korištena mjera psihičkog zdravlja pokazala iznimno korisnim instrumentom za detekciju osjećaja anksioznosti, ali i identifikaciju pojedinaca s anksioznim poremećajima (Cuijpers, 2009; Means-Christensen i sur., 2005; Rumpf i sur., 2001). Naime, jedna čestica korištenog instrumenta za procjenu psihičkog zdravlja izravno traži od ispitanika procjenu učestalosti osjećaja nervoze ili anksioznosti u proteklih mjesec dana. Utvrđenom doprinosu anksioznosti u objašnjenju psihičkog zdravlja neizravno idu u prilog i nalazi o negativnom utjecaju anksioznih poremećaja na svakodnevno funkcioniranje pojedinca u različitim životnim domenama (Alonso i sur., 2011; Antunes i sur., 2018). Naime, s približavanjem prema kraju spektra koji se proteže od normalne do patološke anksioznosti, narušava se i funkcioniranje pojedinca (Begić, 2011), što se očituje u sniženim razinama psihičke dobrobiti. Iako je ostvarila niski doprinos objašnjenju psihičkog zdravlja, dimenzija uvjerenja o bolesti pokazala se kao jedini značajni indikator hipohondrije koji je predviđao psihičko zdravlje, što je ipak u određenoj mjeri u skladu s istraživačkim spoznajama o negativnim učincima hipohondrije na psihosocijalno funkcioniranje pojedinca (Abramowitz i sur., 2007; Hiller i sur., 1997; Escobar i sur; 1998; Katon i sur; 1991; Scharf i sur., 2016). Utvrđeni doprinos moguće je objasniti činjenicom da je kognitivna komponenta uvjerenja o bolesti dimenzija hipohondrije koja počiva na duboko utemeljenim vjerovanjima pojedinca koje je najteže iskorijeniti, zbog čega pojedinac ima minimalnu mogućnost njihove kontrole, što zatim dovodi do narušavanja psihičkog zdravlja. Naime, unutar hipohondrije uvjerenja o bolesti opstaju i nakon provođenja medicinskih postupaka koji ukazuju na to da pojedinac nije fizički bolestan zbog čega hipohondrični pojedinci počnu sumnjati u neadekvatnost medicinski službi u dijagnozi i liječenju njhovih simptoma. Aspekt uvjerenja o bolesti zasigurno se temelji na disfunkcionalnim vjerovanjima u zdravlju koja su se i u ovom istraživanju pokazala rizičnim faktorima za nastanak hipohondrije. Ostale dimenzije hipohondrije kod ovog uzorka ispitanika možda ne dovode u tolikoj mjeri do viših razina negativnih emocija kod pojedinca da bi se to izrazilo u njegovoj cjelokupnoj psihičkoj dobrobiti. Nadalje, iako istraživanja ukazuju na to da somatizacija značajno narušava sposobnost svakodnevnog funkcioniranja (Abramowitz i sur., 2007; Scharf i sur., 2016), nije utvrđen značajan doprinos somatizacije u objašnjenju psihičkog zdravlja. Prijašnja istraživanja ukazuju na to da je odnos somatizacije sa svakodnevnim funkcioniranjem djelomično moguće objasniti pojavom anksioznih i depresivnih poremećaja. Naime, kontrolom anksioznih i depresivnih poremećaja snižava se učinak somatizacije na

funkcioniranje pojedinca, vjerojatno zbog povezanosti somatizacije s anksioznosti i depresijom s jedne strane, te utjecajima anksioznosti i depresije na funkcioniranje s druge strane (van der Leeuw i sur, 2015). Navedenom nalazu u prilog idu i empirijske spoznje o većoj narušenosti svakodnevnog funkcioniranja kod pojedinaca koji uz medicinski neobjašnjene simptome, imaju i anksioznost i/ili depresiju (Kroenke i Rosmalen, 2006; Löwe i sur., 2008). Zbog svega navedenog, uzimajući u obzir ranije utvrđene značajne doprinose anksioznosti razinama somatizacije te anksioznosti psihičkom zdravlju, moguće je zaključiti da somatizacija u ovom slučaju nije ostvarila prediktivni doprinos psihičkom zdravlju upravo zbog kontrole anksioznosti, koja je vjerojatno oduzela značajan dio učinka somatizacije na svakodnevno funkcioniranje. Nadalje, potrebno je uzeti u obzir objašnjenje utvrđenog rezultata tezom o idiomu nelagode. Naime, postoji mogućnost da ispitanici u ovome uzorku koriste somatizaciju u formi mehanizma sublimacije, preusmjeravajući psihološku nelagodu u fizičke simptome, što može povoljno utjecati na zdravlje pojedinca (Keyes i Ryff, 2003). Iako se prevladavajuću kulturu u Hrvatskoj ne može smatrati kolektivističkom, moguće je da je ovaj uzorak ispitanika ipak usvojio somatizaciju kao prilagođeni način reagiranja, zbog čega se njena pojava nije očitovala u lošem psihičkom zdravlju. Generalno, neostvarivanje značajnog doprinosa većine aspekata hipohondrije te somatizacije objašnjenju psihičkog zdravlja može biti posljedica korištene mjere psihičkog zdravlja koja se pokazala lošom u trijaži pacijenata sa somatoformnim poremećajima, poglavito u situacijama u kojima se oni javljaju zasebno, bez komorbiditeta s anksioznim i depresivnim poremećajima (Rumpf i sur., 2001). Potrebno je uzeti u obzir i mogućnost da generalno niske prosječne razine hipohondrije i somatizacije u ovome uzorku ispitanika (Tablica 5) nisu mogle dovesti do iskazivanja njihovih značajnih učinaka na psihičko zdravlje. Također, spol se nije pokazao značajnim prediktorom psihičkog zdravlja, što se kosi s nalazima prijašnjih istraživanja o boljem psihičkom zdravlju muškaraca (Kvrgic i sur., 2013; Keyes, 2002; Mache i sur., 2014). Jedno od objašnjenja pojave spolnih razlika u psihičkom zdravlju temelji se na činjenici da su žene spremnije izvještavati o brojnijim fizičkim i psihološkim simptomima te skloniji traženju liječničke pomoći (WHO, 2001). Međutim, u ovom istraživanju ne nalazi se povezanost između spola i učestalosti somatskih simptoma, kao i spola te dimenzije hipohondrije koja se odnosi na traženje liječničke pomoći, zbog čega ne iznenađuje neznačajnost spola u predikciji psihičkog zdravlja. U objašnjenju utvrđenog rezultata potrebno je ponovno spomenuti nesrazmjer muškaraca i žena u ovom uzorku ispitanika, sa značajno većim brojem žena u uzorku, što je moglo utjecati na nemogućnost ostvarivanja doprinosa spola u objašnjenju psihičkog zdravlja. Iako nije utvrđeno nekoliko očekivanih prediktivnih doprinosa psihičkom

zdravlju, zbog ostvarivanja doprinosa anksioznosti te uvjerenja o bolesti u njegovom objašnjenju, ipak je moguće djelomično potvrditi treći dio druge hipoteze.

Konačno, u svrhu ispitivanja uloge disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju u odnosu između početne percepcije somatskih simptoma i hipohondrijskih strahova, uvjerenja i ponašanja, testiran je model potpune i model djelomične medijacije. Prema modelu potpune medijacije, pojedinci s učestalim somatskim simptomima imati će veću sklonost prema hipohondriji onda kada procijene da njihovi simptomi ukazuju na tešku bolest, što upućuje na povezanost somatizacije i hipohondrije isključivo posredstvom disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja. S druge strane, model djelomične medijacije, uz medijatorsku ulogu zdravstvenih uvjerenja u odnosu između somatizacije i opće hipohondrije, pretpostavlja da će, neovisno o zdravstvenim uvjerenjima, pojedinci s učestalijim somatskim simptomima imati i više razine opće hipohondrije. Provjerom stupnja slaganja oba modela s podacima dobivenima na ovom uzorku ispitanika, utvrđeno je da model djelomične medijacije bolje pristaje podacima (Tablica 10). Iako je slaganje modela potpune medijacije s podacima bilo prihvatljivo, odlučeno je prihvatiti model djelomične medijacije zbog toga što je uvođenjem direktnih utjecaja somatizacije na hipohondrije stupanj slaganja modela s podacima znatno porastao. Prihvaćeni model djelomične medijacije može pripomoći u objašnjenju bliskog odnosa somatizacije i hipohondrije te razjašnjavanju mehanizama koji vode od pojave određenih simptoma do razvoja strahova, uvjerenja i ponašanja vezanih uz bolest. Naime, navedeni model ukazuje na to da će pojedinci s učestalijim somatskim simptomima biti skloniji precjenjivanju vjerojatnosti obolijevanja od teških bolesti, zbog čega će svoje simptome atribuirati ozbiljnim bolestima, pri čemu će te katastrofične interpretacije u konačnici vjerojatno voditi razvoju hipohondrije. U opisanom mehanizmu utjecaja somatizacije na hipohondriju važnu ulogu može imati somatosenzorna amplifikacija benignih tjelesnih senzacija koja će prvotno predisponirati pojedinca za zamjećivanje blagih simptoma putem pretjerane usmjerenosti na tijelo, a zatim utjecati na procjenu tih senzacija kao abnormalnih i patoloških (Duddu i sur., 2006), što će se vjerojatno očitovati u precjenjivanju vjerojatnosti katastrofalnih ishoda. U navedenom procesu preuveličava se intenzitet, štetnost i problematičnost simptoma, što vodi pojačavanju uvjerenja o bolesti te javljanju samoodržavajućeg ciklusa somatosenzorne amplifikacije kojim se dalje intenziviraju hipohondrijski strahovi, vjerovanja i ponašanja (Barsky i Borus, 1999). Kod razjašnjavanja uloge disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja u odnosu somatizacije i hipohondrije ne smije se zanemariti ni potencijalan utjecaj somatskog atribucijskog stila. Pojedinci skloni

somatizaciji preferiraju navedeni stil atribucije, za kojeg je karakteristično zanemarivanje benignih ishoda doživljenih simptoma (Kirmayer, 1984; Rief i sur., 2004), što također može imati temelje u disfunkcionalnim zdravstvenim uvjerenjima i voditi razvoju hipohondrije. Budući da nije utvrđen značajan prediktivni doprinos zdravstvenih uvjerenja somatizaciji, na temelju njihove relacije utvrđene u prihvaćenom modelu moguće je zaključivati o nešto drukčijem smjeru utjecaja. Naime, na temelju dobivene relacije moguće je zaključiti da disfunkcionalna zdravstvena uvjerenja ne predisponiraju pojedinca za razvoj somatizacije, već učestali somatski simptomi mogu navesti pojedinca da razvije određena vjerovanja o zdravlju koja će mu pomoći u objašnjenju doživljenih simptoma, pri čemu će ona vjerojatno biti disfunkcionalna. Dakle, dok je o disfunkcionalnim zdravstvenim uvjerenjima u terminima hipohondrije moguće govoriti kao o rizičnim faktorima, na njh se unutar somatizacije može gledati kao na posljedične čimbenike. Izuzev povezanosti somatizacije s hipohondrijom putem disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja, somatizacija ima i izravne učinke na opću hipohondriju, pri čemu će pojedinci s učestalijim somatskim simptomima ujedno i izražavati više razine hipohondrije, na što ukazuje i ranije utvrđeni prediktivni doprinos somatizacije općoj hipohondriji. Utvrđeni nalaz još je jedan dokaz o bliskom odnosu somatizacije i hipohondrije, koji opstaje i nakon kontrole ostalih varijabli koji bi mogli doprinijeti tom odnosu te je sukladan ranijim istraživačkim spoznajama o prediktivnoj ulozi somatizacije u tijeku poremećaja hipohondrije (olde Hartman i sur, 2009) te nalazima o učestalosti komorbiditeta somatizacije i hipohondrije (Barsky i sur., 1992; Escobar i sur., 1998). S obzirom na utvrđenu medijatorsku ulogu disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja u odnosu između somatizacije i hipohondrije, ali i utvrđene direktne efekte somatizacije na hipohondriju, treća hipoteza se djelomično prihvaća.

5.1. Završna razmatranja

Na temelju spoznaja dobivenih provedenim istraživanjem moguće je izvući nešto jasnije zaključke o odnosu hipohondrije, somatizacije i disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju. S obzirom na utvđivanje očekivanih relacija između hipohondrije i disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja, *kognitivno-bihevioralni model hipohondrije* (Salkovskis i Warwick, 1986; Warwick i Salkovskis, 1990) kao polazišna točka ovog istraživanja još jednom se dokazao valjanim teorijskim okvirom za objašnjenje razvoja hipohondrije. Unatoč dobivenim nalazima koji ukazuju na međusobnu ovisnost hipohondrije i somatizacije, disfunkcionalna

zdravstvena uvjerenja su se u ovom slučaju pokazala specifičnima za hipohondriju, pri čemu imaju ulogu u mehanizmu koji vodi od pojave somatskih simptoma do razvoja hipohondrije. Nadalje, na ključnu ulogu koju anksioznost ima u etiologiji i održavanju hipohondrije i somatizacije najbolje ukazuje činjenica da njenom kontrolom razine somatizacije te većina dimenzija hipohondrije ne ostvaruju zapažen učinak na psihičko zdravlje. Uz navedene istraživačke spoznaje, ovo istraživanje ukazuje na mogućnost upotrebe adaptirane hrvatske verzije *Skale stavova prema* bolesti (Kellner, 1986) kao mjere hipohondrije s četverofaktorskom strukturom te *Skale simptoma i ishoda* (Marcus, 1999) kao mjere disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja s dvofaktorskom strukturom.

Međutim, prilikom interpretacije dobivenih rezultata potrebno je uzeti u obzir neka ograničenja provedenog istraživanja te ponuditi prijedloge za buduća istraživanja korištenih konstrukata te njihovih međusobnih odnosa. Prvenstveno je potrebno obratiti pažnju na uzorak ispitanika u ovom istraživanju. Naime, iz deskriptivnih parametara moguće je očitati da ispitanici u ovome uzorku iskazuju poprilično niske razine hipohondrije, somatizacije te anksioznosti, te izvještavaju o dobrom psihičkom zdravlju. S obzirom na to da je istraživanje provedeno putem interneta, postoji mogućnost da su se pojedinci s generalno boljim psihičkim zdravljem bili spremniji odazvati na sudjelovanje u istraživanju te ispuniti anketu. Na temelju navedene pretpostavke moglo bi se zaključiti da bi sudjelovanje većeg broja pojedinaca s drukčijim razinama proučavanih konstrukata možda moglo dovesti do nešto promijenjenog obrasca rezultata. Nadalje, s obzirom na ranije istraživačke spoznaje koje ukazuju na važnost spola za razvoj somatizacije te za razine psihičkog zdravlja, u budućim istraživanjima bilo bi dobro nešto više ujednačiti omjer muškaraca i žena u uzorku, kako bi se moglo izvesti utemeljene zaključke o spolnim razlikama. Korisno bi također bilo provjeriti odnose između hipohondrije, somatizacije i disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju na populacijama ispitanika različite životne dobi te usporediti utvrđene odnose. Naime, početak hipohondrije i somatizacije obično se bilježi u ranoj odrasloj dobi, što je dobna skupina kojoj pripada populacija ispitanika u ovome istraživanju, zbog čega bi nešto drukčiji odnosi možda bili dobiveni na drugim dobnim skupinama.

Osim problema vezanog uz korišteni uzorak ispitanika, javlja se i problem korelacijske prirode ovog istraživanja koja ne omogućava zaključivanje o uzročno-posljedičnim odnosima među proučavanim konstruktima. Primjerice, iako je na temelju teorijske podloge moguće govoriti o disfunkcionalnim zdravstvenim uvjerenjima kao rizičnim faktorima za razvoj

hipohondrije, njihova povezanost se također može kretati i u obrnutom smjeru, s zdravstvenim uvjerenjima kao posljedicama sklonosti prema hipohondriji. Također, anksioznost se pokazala prediktivnom i za hipohondriju i za somatizaciju, ali vjerojatna je i mogućnost da visoke razine hipohondrije i somatskih simptoma vode ka povišenim razinama anksioznosti. Zbog svega navedenog, korisno bi bilo putem eksperimenta provjeriti barem dio pretpostavljenih relacija kako bi se moglo zaključivati o uzročno-posljedičnim odnosima, ali i dijelom izbjegli nedostaci mjera samoprocjene kao što su socijalna poželjnost i iskrivljavanje odgovora. Komponenta kognitivno-bihevioralnog modela hipohondrije koja se odnosi na aktivaciju disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja određenim kritičnim događajima najmanje je provjeravana sastavnica modela (Marcus, 1999), pri čemu je podložna ispitivanju eksperimentalnim pristupom. Iz tog razloga, korisno bi bilo koristiti mjere samoprocjene hipohondrije i somatizacije u svrhu podjele ispitanika u grupe s visokim i niskim razinama navedenih konstrukata te eksperimentalnim pristupom ispitati njihova disfunkcionalna uvjerenja, ali i anksioznost. Nadalje, dobro bi bilo ispitati odnos ostalih disfunkcionalnih uvjerenja o bolesti koja obuhvaćaju vjerovanja o opakosti bolesti, nesposobnosti suočavanja s bolesti i neadekvatnosti medicinskih službi u liječenju bolesti, s hipohondrijom i somatizacijom. Naime, ispitivanje navedenih odnosa možda bi dovelo do nešto drukčijih rezultata te bi pomoglo daljnjem razjašnjavanju kognitivnih čimbenika unutar hipohondrije i somatizacije.

Nadalje, koncepti somatosenzorne amplifikacije, ali i atribucijskog stila, pokazali su se bitnima poglavito za proces somatiziranja, pri čemu se pretpostavlja da imaju ulogu i u razvoju hipohondrije, zbog čega bi bilo korisno ispitati njihov prediktivni doprinos navedenim fenomenima, ali i njihovu medijatorsku ulogu u odnosu između somatizacije i hipohondrije. Uzimajući u obzir aleksitimiju kao važan čimbenik u nastanku somatizacije, u budućim istraživanjima dobro bi bilo provjeriti opada li njenom kontrolom doprinos anksioznosti i hipohondrije u objašnjenju somatizacije, ali i ispitati njen doprinos hipohondriji. Također, s obzirom na to da neka od objašnjenja odnosa anksioznosti i somatizacije navode mogućnost medijatorske uloge depresije i anksioznosti u odnosu između aleksitimije i somatizacije, korisno bi bilo provjeriti i navedene relacije.

Usprkos navedenim nedostacima, iz provedenog istraživanja proizlaze spoznaje koje, osim što pomažu boljem razjašnjavanju etiologije hipohondrije i somatizacije, mogu imati i svoju praktičnu primjenu u oblikovanju terapijskih intervencija usmjerenih na liječenje hipohondrije

i somatizacije. Primjena korištenih mjera samoprocjene hipohondrije i disfunkcionalnih zdravstvenih vjerovanja za potrebe ovog istraživanja adaptiranih na hrvatski jezik može pripomoći u otkrivanju hipohondrije u ranim stadijima te identificiranju rizičnih faktora koji su doveli do njenog javljanja. Ukoliko pojedinac sklon hipohondriji ima tendenciju precjenjivanja vjerojatnosti ozbiljnih bolesti, korisne bi bile samo psihoedukacijske intervencije kraćeg trajanja od klasičnih terapijskih oblika liječenja koje bi pojedincu pomogle da osvijesti činjenicu o postojanju mnogo veće vjerojatnosti da su njegovi simptomi z nak benignih stanja. Korisno bi bilo primijeniti navedenu intervenciju i kod pojedinaca s izraženim somatskim simptomima sklonim disfunkcionalnim zdravstvenim uvjerenjima, kako bi se kod njih prevenirao razvoj hipohondrije. Zbog anksioznosti kao bitnog čimbenika hipohondrije i somatizacije u terapijske pristupe hipohondriji i somatizaciji moraju biti inkorporirane i intervencije usmjerena na liječenje prateće anksioznosti. Zaključno govoreći, spoznaje utvrđene u ovom istraživanju ukazuju da je prilikom liječenja hipohondrije i somatizacije potrebno djelovati na zdravstvena uvjerenja pojedinca, kao i na prateće osjećaje anksioznosti.

6. Zaključci

1.1. Potvrđena je pretpostavljena četverofaktorska struktura adaptirane hrvatske verzije *Skale stavova prema bolesti* prema modelu Hadjistavropoulosa i suradnika (1999) s faktorima *Strah od bolesti boli i smrti*, *Učinci simptoma*, *Liječenje* i *Uvjerenje o bolesti*. Utvrđene su zadovoljavajuće vrijednosti pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije svih faktora te ukupnog rezultata na *Skali stavova prema bolesti*.

1.2. Usprkos niskom stupnju slaganja pretpostavljenog dvofaktorskog modela (Marcus, 1999) s podacima, zbog zadovoljavajućih vrijednosti pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije te poštivanja teorijskog polazišta, prihvaćena je pretpostavljena faktorska struktura *Skale simptoma i ishoda* adaptirane na hrvatski jezik s faktorima *Procjena vjerojatnosti katastrofalnih ishoda* i *Procjena vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda*.

2.1. Anksioznost, somatizacija te procjena vjerojatnosti katastrofalnih ishoda ostvarili su značajan doprinos u objašnjenju opće hipohondrije, dok spol i procjena vjerojatnosti manje ozbiljnih ishoda nemaju prediktivni doprinos u objašnjenju opće hipohondrije.

Pojedinci s višim razinama anksioznosti, učestalijim doživljavanjem somatskih simptoma, kao i pojedinci koji su davali više procjene katastrofalnih ishoda izražavaju više razine opće hipohondrije.

2.2. Kao značajni prediktori somatizacije utvrđeni su anksioznost, dimenzije hipohondrije koje se odnose na strah od bolesti, boli i smrti, učinke simptoma te uvjerenje o bolesti, pri čemu spol, dimenzija hipohondrije koja se odnosi na liječenje te procjene vjerojatnosti katastrofalnih i manje ozbiljnih ishoda ne doprinose značajno objašnjenju somatizacije. Anksiozniji pojedinci, kao i oni s višim razinama straha od bolesti, boli i smrti, štetnijim učincima simptoma na svakodnevno funkcioniranje te višim razinama uvjerenja o bolesti učestalije doživljavaju somatske simptome.

2.3. U objašnjenju psihičkog zdravlja značajan doprinos ostvarili su anksioznost te dimenzija hipohondrije koja se odnosi na uvjerenje o bolesti, dok spol, ostale dimenzije hipohondrije te somatizacija ne predviđaju značajno razinu psihičkog zdravlja. Pojedinci s višim razinama anksioznosti, kao i oni s višim razinama uvjerenja o bolesti ujedno imaju i lošije psihičko zdravlje.

3. Usporedbom modela potpune medijacije i modela djelomične medijacije disfunkcionalnih zdravstvenih uvjerenja u odnosu između somatizacije i hipohondrije, utvrđeno je bolje pristajanje modela djelomične medijacije podacima. Pojedinci s učestalijim somatskim simptomima skloniji su davanju viših procjena vjerojatnosti katastrofalnih ishoda, pri čemu više procjene vjerojatnosti katastrofalnih ishoda doprinose višim razinama opće hipohondrije. Međutim, neovisno o procjenama vjerojatnosti kastrofalnih ishoda, pojedinci s učestalijim somatskim simptomima ujedno imaju i više razine opće hipohondrije.

7. Literatura

Abramowitz, J. S. i Braddock, A. E. (2006). Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 29*(2006), 503-519.

Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D. i Foa E. B. (1999). Health concerns in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 13*(5), 529-539.

Abramowitz, J. S. i Moore, E. L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy, 45(*3), 413-424.

Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O. i Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, *38*(1), 86-9.

Abramowitz, J. S., Schwartz, S. A. i Whiteside, S. P. (2002). A contemporary conceptual model of hypochondriasis. *Mayo Clinic Proceedings, 77*(12), 1323-1330.

Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Medical Journal, 48*(5), 385-391.

Ahmad, T., Wardle, J. i Hayward, P. (1992). Physical symptoms and illness attributions in agoraphobia and panic. *Behaviour Research and Therapy, 30*(5), 493-500.

Allen, L. B., Qian, L. U., Tsao, J. C., Hayes, L. P. i Zeltzer, L. K. (2011). Depression partially mediates the relationship between alexithymia and somatization in a sample of healthy children. *Journal of Health Psychology, 16*(8), 1177-1186.

Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Üstün, T. B., Alhamzawi, A. O., Viana, M. C., Angermeyer, M., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G. i sur. (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular Psychiatry, 16*(12), 1234-1246.

Antunes, A., Frasquilho, D., Azeredo-Lopes, S., Neto, D., Silva, M., Cardoso, G. i Caldas-de-Almeida (2018). Disability and common mental disorders: Results from the World Mental Health Survey Initiative Portugal. *The Journal of the European Psychiatric Association, 49,* 56-61.

Arnold, I. A., de Waal, M. W., Eekhof, J. A. i van Hemert, A. M. (2006). Somatoform disorder in primary care: course and the need for cognitive-behavioral treatment. *Psychosomatics, 47*(6), 498-503.

Arntz, A., Rauner, M. i van den Hout, M. (1995). "If I feel anxious, there must be danger": ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 33*(8), 917-925.

Aronson, K. R., Feldman Barrett, L i Quigley, K. S. (2001). Feeling your body or feeling badly: evidence for the limited validity of the Somatosensory Amplification Scale as an index of somatic sensitivity. *Journal of Psychosomatic Research, 51*(1), 387-394.

Bach, M. i Bach, D. (1996). Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: A comparative study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 65*(3), 150-152.

Bailey, P. E. i Henry, J. D. (2007). Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry Research, 150* (1), 13-20.

Bailey, R. i Wells, A. (2015). The contribution of metacognitive beliefs and dysfunctional illness beliefs in predicting health anxiety: An evaluation of the metacognitive versus the cognitive models. *Clinical psychologist, 20*(3), 129-137.

Baker, B. i Mersky, H. (1982). Parental representations of hypochondrical patients from a psychiatric hospital. *British Journal of Psychiatry, 141*, 233-238.

Barsky, A. J. (2001). Somatosensory amplification and hypochondriasis. U V. Starcevic i D. R. Lipsitt (Ur.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady* (str. 223-248). New York: Oxford University Press, Inc.

Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics, 33*(1), 28-34.

Barsky, A. J. i Ahern, D. K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *JAMA, 291*(12), 1464-1470.

Barsky, A. J., Bailey, E. D., Fama, J. M. i Ahern, D. K. (2000). Predictors of remission in DSM hypochondriasis. *Comprehensive Psychiatry, 41*(3), 179-183.

Barsky, A. J. i Borus, J. F. (1999). Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine, 130*(11), 910-921.

Barsky, A. J., Brener, J., Coeytaux, R. R. i Cleary, P. D. (1995). Accurate awareness of heartbeat in hypochondriacal and non-hypochondriacal patients. *Journal of Psychosomatic Research, 39*(4), 489-497.

Barsky, A.J., Coeytaux, R. R., Sarnie, M. K. i Cleary, P. D. (1993). Hypochondriacal patients' beliefs about good health. *The American Journal of Psychiatry, 150*(7), 1085-1089.

Barsky, A. J., Ettner, S. L., Horsky, J. i Bates, D. W. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Medical Care, 39*(7), 705-715.

Barsky, A. J. i Klerman, G. L. (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *The American Journal of Psychiatry, 140*(3), 273-283.

Barsky, A. J., Orav, E. J. i Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry, 62*(8), 903-910.

Barsky, A. J., Wool, C., Barnett, M. C. i Cleary, P. D. (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *The American Journal of Psychiatry, 151*(3), 397-401.

Barsky, A. J. i Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 157*, 404-409.

Barsky, A. J., Wyshak, G. i Klerman, G. L. (1992). Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry, 49*(2), 101-108.

Barsky, A. J., Wyshak, G. i Klerman, G. L. (1986). An evaluation of the DSM-III criteria in medical outpatients. *Archives of General Psychiatry, 43*(5), 493-500.

Barsky, A. J., Wyshak, G. i Klerman, G. L. (1986). Medical and psychiatric determinants of outpatient medical utilization. *Medical care, 24*(6), 548-560.

Bass, C. i Murphy, M. (1995). Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of Psychosomatic Research, 39*(4), 403-427.

Begić (2011). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.

Bekhuis, E., Boschloo, L., Rosmalen, J. G. i Schoevers, R. A. (2015). Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research, 78*(2), 116-122.

Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldman, P. A., Ware, J. E., Barsky, A. J. i Weinstein, M. C. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care, 29*(2), 169-176.

Betrus, P. A., Elmore, S. K. i Hamilton, P. A. (1995). Women and somatization: Unrecognized depression. *Health Care For Women International, 16*(4), 287-297.

Bianchi, G. N. (1973). Patterns of hypochondriasis: A principal components analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 122*(570), 541-548.

Bianchi, G. N. (1971). Origins of disease phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 5(4), 241-257.

Birnie, K. A., Sherry, S. B., Doucette, S., Sherry, D. L., Hadjistavropoulos, H. D. i Stewart, S. H. (2013). The interpersonal model of health anxiety: Testing predicted paths and model specificity. *Personality and Individual Differences, 54*(7), 856-861.

Bleichhardt, G. i Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology*, *12*(4), 511-523.

Bleichhardt, G., Timmer, B. i Rief, W. (2004). Hypochondriasis among patients with multiple somatoform symptoms—Psychopathology and outcome of a cognitive-behavioral therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 35*(3), 239-249.

Bohman, H., Jonsson, U., Von Knorring, A. L., Von Knorring, L., Päären, A. i Olsson, G. (2010). Somatic symptoms as a marker for severity in adolescent depression. *Acta Paediatrica, 99*(11), 1724-1730.

Bridges, K., Goldberg, Evans, B. i Sharpe, T. (1991). Determinants of somatization in primary care. *Psychological Medicine, 21*(2), 473-483.

Briere, J. i Runtz, M. (1988). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse & Neglect, 12*(1), 51-59.

Brown, H. D., Kosslyn, S. M., Delamater, B., Fama, J. i Barsky, A. J. (1999). Perceptual and memory biases for health-related information in hypochondriacal individuals. *Journal of Psychosomatic Research, 47* (1), 67-78.

Burton, C. (2003). Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *British Journal of General practice, 53*(488), 231-239.

Campo, J. V. (2012). Annual research review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression – developmental psychopathology in pediatric practice. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(5), 575-592.

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy, 24*(4), 461-470.

Clark, D. A. i Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences, 14*(9), 418-424.

Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Fennell, M., Ludgate, J., Ahmad, S., Richards, H. C. i Gelder, M. (1998). Two psychological treatments for hypochondriasis. A randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 173, 218-225.

Claassen-van Dessel, N., van der Wouden, J. C., Dekker, J. i van der Horst, H. E. (2016). Clinical value of DSM IV and DSM 5 criteria for diagnosing the most prevalent somatoform disorders in patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Journal of Psychosomatic Research, 82*, 4-10.

Cohen, S. i Rodriguez, M. S. (1995). Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health Psychology, 14*(5), 374-380.

Costa, P. T. i McCrae, R. R. (1985). Hypochondriasis, neuroticism, and aging: When are somatic complaints unfounded? *American Psychologist, 40*(1), 19-28.

Cox, B. J, Borger, S. C., Asmundson, G. J. G. i Taylor, S. (2000). Dimensions of hypochondriasis and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences, 29*(1), 99-108.

Craig, T. K., Boardman, A. P., Mills, K., Daly-Jones, O. i Drake, H. (1993). The South London somatisation study. I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 163,* 579-588.

Craig, T. K., Drake, H., Mills, K. i Boardman, A. P. (1994). The south London somatisation study. II. Influence of stressful life events, and secondary gain. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 165*(2), 248-258.

Craig, K. D. i Prkachin, K. M. (1978). Social modeling influences on sensory decision theory and psychophysiological indexes of pain. *Journal of Personality and Social Psychology, 36*(8), 805-815.

Creed, F. i Barsky, A. J. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research, 56* (4), 391-408.

Crössmann, A. i Pauli, P. (2006). The factor structure and reliability of the Illness Attitude Scales in a student and a patient sample. *BMC Psychiatry, 6*(1).

Cuijpers, P., Smits, N., Donker, T., ten Have, M. i de Graaf, R. (2009). Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Research, 168*(3), 250-255.

Dammen, T., Friis, S. i Ekeberg, O. (1999). The Illness Attitude Scales in chest pain patients: a study of psychometric properties. *Journal of Psychosomatic Research, 46*(4), 335-342.

Dankić, K. (2005). Negativna afektivnost i tjelesni simptomi. *Psihologijske teme, 14* (2), 95-107.

Deary, V., Chalder, T. i Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review, 27*(7), 781-797.

de Gucht, V., Fischler, B. i Heiser, W. (2004). Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences, 36*(7), 1655-1667.

Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI) – Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.

Derogatis, L.R. (1992). *SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures Manual-II, for the R (Revised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. 2nd Edition.* Towson: Clinical Psychometric Research, Inc.

Dimsdale, J. E., Creed F., Escobar, J., Sharpe, M., Wulsin, L., Barsky, A., Lee, S., Irwin, M. R. i Levenson, J. (2013). Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *Journal od Psychosomatic Research, 75*(3), 223-228.

Dimsdale, J. E. i Levenson, J. (2013). What's Next for Somatic Symptom Disorder? *The American Journal of Psychiatry, 170*(12), 1393-1395.

Duddu, V., Chaturvedi, S. K. i Isaac, M. K. (2003). Amplification and attribution styles in somatoform and depressive disorders-A study from Bangalore, India. *Psychopathology, 36(*2), 98-103.

Duddu, V., Isaac, M. K. i Chaturvedi, S. K. (2006). Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: A review. *International Review of Psychiatry, 18* (1), 25-33.

Escobar, J. I., Gara, M., Waitzkin, H., Silver, R. C., Holman, A. i Compton, W. (1998). DSM-IV hypochondriasis in primary care. *General Hospital Psychiatry, 20*(3), 155-159.

Escobar, J. I., Golding, J. M., Hough, R. L., Karno, M., Burnam, M. A. I Wells, K. B. (1987). Somatization in the community: relationship to disability and use of services. *American Journal of Public Health, 77*(7), 837-840.

Faravelli, C, Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L., Drei, C i Cabras, P. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32* (1), 24-29.

Fallon, B. (1999). Hypochondriasis vs. anxiety disorders: why should we care? *General Hospital Psychiatry*, 21 (1), 5-7.

Fava, G. A., Grandi, S, Saviotii, F. M. i Conti, S. (1990). Hypochondriasis with panic attacks. *Psychosomatics, 31*(3), 351-353.

Fergus, T. A. (2014). Health-related dysfunctional beliefs and health anxiety: further evidence of cognitive specificity. *Journal of Clinical Psychology, 70*(3), 248-259.

Ferguson, E. (2000). Hypochondriacal concerns and the Five factor model of personality. *Journal of Personality*, *68*(4), 705-724.

Ferguson, E. i Daniel, E. (1995). The Illness Attitudes Scale (IAS): A psychometric evaluation on a non-clinical population. *Personality and Individual Differences, 18*(4), 463-469.

Ferguson, E., Swairbrick, R., Clare, S., Robinson, E., Bignell, C. J. i Anderson, C. (2000). Hypochondriacal concerns, somatosensory amplification, and primary and secondary cognitive appraisals. *The British Journal of Medical Psychology, 73*, 355-369.

Fink, P. (1995). Psychiatric illness in patients with persistent somatisation. *The British Journal of Psychiatry, 166*(1), 93-99.

Fink, P., Rosendal, M. i Olesen, F. (2005). Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 39*(9), 772-781.

Ford, C. V. i Folks, D. G. (1985). Conversion disorders: an overview. *Psychosomatics, 26*(5), 371-374, 380-383.

Frančišković, T., Moro, LJ. i sur. (2009). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.

Frick, P. J., Kuper, K., Silverthorn, P. i Cotfer, M. (1995). Antisocial Behavior, somatization, and sensation-seeking behavior in mothers of clinic-referred children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*(6), 805-812.

Ganellen, R. J., Matuzas, W., Uhlenhuth, E. H., Glass, R. i Easton, C. R. (1986). Panic disorder, agoraphobia, and anxiety-relevant cognitive style. *Journal of Affective Disorders, 11*(3), 219-225.

Gramling, S. E., Clawson, E. P. i McDonald, M. K. (1996). Perceptual and cognitive abnormality model of hypochondriasis: amplification and physiological reactivity in women. *Psychosomatic Medicine, 58*(5), 423-431.

Gerrits, M. M., van Oppen, P., van Marwijk, H. W., Penninx, B. W. i van der Horst, H. E. (2014). Pain and the onset of depressive and anxiety disorders. *Pain, 155*(1), 53-59.

Gureje, O., Ustün, T. B. i Simon, G. E. (1997). The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care. *Psychological Medicine, 27* (5), 1001-1010.

Gureje, O., Simon, G .E., Ustün, T. B. i Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A world health organization study in primary care. *The American Journal of Psychiatry, 154*(7), 989-995.

Gureje, O., Simon, G. E. i Von Korff, M. (2001). A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. *Pain, 92*(1-2), 195-200.

Hadjistavropoulos, H. D. i Asmundson, G. J. (1998). Factor analytic investigation of the Illness Attitudes Scale in a chronic pain sample. *Behaviour Research and Therapy, 36*(12), 1185-1195.

Hadjistavropoulos, H. D., Craig, K. D. i Hadjistavropoulos, T. (1998). Cognitive and behavioral responses to illness information: the role of health anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 36*(2), 149-164.

Hadjistavropoulos, H. D., Frombach, I. K. i Asmundson, G. J. G. (1999). Exploratory and confirmatory factor analytic investigations of the Illness Attitudes Scale in a nonclinical sample. *Behaviour Research and Therapy, 37*(7), 671-684.

Hadjistavropoulos, H. D., Janzen, J. A., Kehler, M. D., Leclerc, J. A., Sharpe, D. i Bourgault-Fagnou, M. D. (2012). Core cognitions related to health anxiety in self-reported medical and non-medical samples. *Journal of Behavioral Medicine, 35*(2), 167-178.

Haenen, M. A., de Jong, P. J., Schmidt, A. J. Stevens, S. i Visser, L. (2000). Hypochondriacs' estimation of negative outcomes: domain-specificity and responsiveness to reassuring and alarming information. *Behaviour Research and Therapy, 38*(8), 819-833.

Haenen, M. A., Schmidt, A. J. M., Schoenmakers, M., i van den Hout (1997). Suggestibility in hypochondriacal patients and healthy control cubjects: An experimental case-control study. *Psychosomatics, 38*(6), 543-547.

Harris, A. M., Orav, E. J., Bates, D. W. i Barsky, A. J. (2009). Somatization increases disability independent of comorbidity. *Journal of General Internal Medicine, 24*(2), 155-161.

Hedman, E, Ljótsson, B., Andersson, E., Andersson, G, Lindefors, N., Rück, C., Axelsson, E. i Lekander, M. (2015). Psychometric properties of Internet-administered measures of health anxiety: an investigation of the Health Anxiety Inventory, the Illness Attitude Scales, and the Whiteley Index. *Journal of Anxiety Disorders, 31*, 32-37.

Henningsen, P., Zimmermann, T. i Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine, 65*(4), 528-533.

Hiller, W., Leibbrand, R., Rief, W. i Fichter, M. M. (2005). Differentiating hypochondriasis from panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 19*(1), 29-49.

Hiller, W., Rief, W. i Fichter, M. M. (2002). Dimensional and categorical approaches to hypochondriasis. *Psychological Medicine, 32*(4), 707-718.

Hiller, W., Rief, W., Fichter, M. M. (1997). How disabled are patients with somatoform disorders? *General Hospital Psychiatry, 19*(6), 432-438.

Hitchcock, P. B. i Mathews, A. (1992). Interpretation of bodily symptoms in hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy, 30*(3), 223-234.

Hu, L. i Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6*(1), 1-55.

Huijbregts, K. M. L., Van Marwijk, H. W. J., de Jong, F. J., Schreuders, B., Beekman, A. T. F. i van der Feltz-Cornelis, C. M. (2010). Adverse effects of multiple physical symptoms on the course of depressive and anxiety symptoms in primary care. *Psychotherapy and Psychosomatics, 79*, 389-391.

Jackson, J., Fiddler, M., Kapur, N., Wells, A., Tomneson, B. i Creed, F. (2006). Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients

attending neurology, cardiology, and gastroenterology clinics. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(4), 357-363.

Jackson, J. L. i Passamonti, M. (2005). The outcomes among patients presenting in primary care with a physical symptom at 5 years. *Journal of General Internal medicine, 20*(11), 1032-1037.

Katon, W. J., Lin, E., Von Korff, M., Russo, J., Lipscomb, P. i Bush, T. (1991). Somatization: a spectrum of severity. *American Journal of Psychiatry, 148*(1), 34-40.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., Gupta, V. i Prothrow-Stith, D. (1999). Women's status and the health of women and men: a view from the States.

Kelley, H. H. (1973). The processes of causal attribution. *American Psychologist, 28*(2), 107-128.

Kellner, R. (1992). Diagnosis and treatments of hypochondriacal syndromes. *Psychosomatics, 33*(3), 278–289.

Kellner, R. (1986). *Somatization and hypochondriasis*. New York: Praeger.

Kellner, R., Abbott, P. Winslow, W. W. i Pathak, D. (1987). Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondriasis. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 175*(1), 20-25.

Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior, 43*(2), 202-222.

Keyes, C. L. i Ryff, C. D. (2003). Somatization and mental health: a comparative study of the idiom of distress hypothesis. *Social Science & Medicine, 57*(10), 1833-1845.

Khan, A. A., Khan, A., Harezlak, J., Tu, W. i Kroenke, K. (2003). Somatic symptoms in primary care: etiology and outcome. *Psychosomatics, 44*(6), 471-478.

Kirmayer, L. J. (1984). Culture, affect and somatization: Part I. *Transcultural Psychiatry Research Review, 21*(3), 159–188.

Kirmayer, L. J. i Robbins, J. M. (1991). Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 179*(11), 647-655.

Kirmayer, L. J., Robbins, J. M. i Paris, J. (1994). Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 125-136.

Kisely, S., Goldberg, D. i Simon, G. (1997). A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: results of an international study. *Psychological medicine, 27*(5), 1011-1019.

Kisely, S. i Simon, G. (2006). An international study comparing the effect of medically explained and unexplained somatic symptoms on psychosocial outcome. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(2), 125-130.

Kriechman, A. M. (1987). Siblings with somatoform disorders in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 26*(2), 226-231.

Kroenke, K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: Epidemiology, psychiatric co-morbidity and management. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 12*(1), 34-43.

Kroenke, K. i Price, R. K. (1993). Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Archives of Internal Medicine, 153*(21), 2474-2480.

Kroenke, K. i Rosmalen, J. G. (2006). Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. *The Medical Clinics of North America, 90*(4), 603-626.

Kroenke, K. i Spitzer, R. L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine, 60*(2), 150-155.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, L. B. i Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry, 32*(4), 345-359.

Kroenke, K. i Swindle, R. (2000). Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics, 69*(4), 205-215.

Kushwaha, V., Sinha Deb, K., Chadda, R K. i Mehta, M. (2014). A study of disability and its correlates in somatization disorder. *Asian Journal of Psychiatry, 8*, 56-58.

Kvrgic, S., Harhaji, S., Mijatovic Jovanovic, V., Ac Nikolic, E., Radic, I., Cankovic, S. i Cankovic, D. (2013). Gender differences in mental health among adult population in Vojvodina, Serbia. *Iranian Journal of Public Health, 42*(8), 833-841.

Ladwig, K. H., Marten-Mittag, B., Erazo, N. i Gündel, H. (2001). Identifying somatization disorder in a population-based health examination survey: psychosocial burden and gender differences. *Psychosomatics, 42*(6), 511-518.

Lane, R. D. i Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American Journal of Psychiatry, 144*(2), 133-143.

Larson, S. L., Clark, M. R. i Eaton, W. W. (2004). Depressive disorder as a long-term antecedent risk factor for incident back pain: a 13-year follow-up study from the Baltimore Epidemiological Catchment Area sample. *Psychological Medicine, 34*(2), 211-219.

Leibbrand, R., Hiller, W. i Fichter, M. M. (2000). Hypochondriasis and somatization: two distinct aspects of somatoform disorders? *Journal of Clinical Psychology, 56*(1), 63-72.

Leiknes, K. A., Finset, A., Moum, T. i Sandanger, I. (2006). Methodological issues concerning lifetime medically unexplained and medically explained symptoms of the Composite International Diagnostic Interview: a prospective 11-year follow-up study. *Journal of Psychosomatic research, 61*(2), 169-179.

Leonardi, M., Bickenbach, J., Üstün, T. .B, Kostanjsek, N., Chatterji, S. i MHADIE Consortium (2006). The definition of disability: what is in a name? *Lancet, 368*(9543), 1219-1221.

Lichtenstein, S., Slovic, P., Fischhoff, B., Layman, M. i Combs, B. (1978). Judged frequency of lethal events. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory, 4*(6), 551-578.

Lillienfeld, S. O., Van Valkenburg, C., Larntz, K. i Akiskal, H. S. (1986). The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders. *The American Journal of Psychiatry, 143*(6), 718-722.

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

Liu, L., Cohen, S., Schulz, M. S. i Waldinger, R. J. (2011). Sources of somatization: Exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression. *Social Science & Medicine, 73*(9), 1436-1443.

Longley, S. L., Watson, D. i Noyes, R. (2005). Assessment of the hypochondriasis domain: the multidimensional inventory of hypochondriacal traits (MIHT). *Psychological Assessment, 17*(1), 3-14.

Looper, K. J. i Kirmayer, L. J. (2001). Hypochondrial concerns in a community population. *Psychological Medicine, 31*(4), 577-584.

Löwe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Mussell, M., Schellberg, D. i Kroenke, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry, 30*(3), 191-199.

Lucock, M., White, C., Peake, M. D. i Morley, S. (1998). Biased perception and recall of reassurance in medical patients. *British Journal of Health Psychology, 3*(3),237-243.

Mabe, P. A., Hobson, D. P., Jones, L. R. i Jarvis, R. G. (1988). Hypochondriacal traits in medical inpatients. *General Hospital Psychiatry, 10*(4), 236-244.

Mache, S., Klapp, B. F. i Groneberg, D. A. (2014). The well-being and mental health of male and female hospital doctors in Germany. *World Hospitals and Health Services: The Official Journal of the International Hospital Federation, 50*(4), 17-22.

MacLeod, C., Mathews, A. i Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 95*(1), 15-20.

MacSwain, K. L. H., Sherry, S. B., Stewart, S. H., Watt, M. C., Hadjistavropoulos, H. D. i Graham, A. R. (2009). Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal modelof health anxiety. *Personality and Individual Differences, 47,* 938-943.

Mak, W. W. i Zane, N. W. (2004). The phenomenon of somatization among community Chinese Americans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*(12), 967-974.

Marcus, D. K. (1999). The cognitive-behavioral model of hypochondriasis: misinformation and triggers. *Journal of Psychosomatic Research, 47*(1), 79-91.

Marcus, D. K. i Church, S. E. (2003). Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis? *Journal of Psychosomatic Research, 54*(6), 543-547.

Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M i Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. *Clinical Psychology Review, 27*(2), 127-139.

Marcus, D. K., Hughes, K. T. i Arnau, R. C. (2008). Health anxiety, rumination, and negative affect: a mediational analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 64*(5), 495-501.

Marks, I. M. (1970). The classification of phobic disorders. *The British Journal of Psychiatry, 116*(533), 377-386.

Marshalla, J. C., Halliganb, P. W., Finkc, G. R., Wadeb, D. T. i Frackowiakc, R. S. J. (1997). The functional anatomy of a hysterical paralysis. *Cognition, 64*(1), B1-B8.

Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A., Mielonen, R. i Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine, 70*(6), 716-722.

McKenzie, M., Clarke, D. M., McKenzie, D. P. i Smith, G. C. (2010). Which factors predict the persistence of DSM-IV depression, anxiety, and somatoform disorders in the medically ill three months post hospital discharge? *Journal of Psychosomatic Research, 68*(1), 21-28.

Means-Christensen, A. J., Arnau, R. C., Tonidandel, A. M., Bramson, R. i Meagher, M. W. (2005). An efficient method of identifying major depression and panic disorder in primary care. *Journal of Behavioral Medicine, 28*(6), 565-572.

Mechanic, D. (1986). The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine, 16*(1), 1-7.

Merikangas, K. R. i Kalaydjian, A. E. (2009). Epidemiology of anxiety disorders. U: B. J. Sadock , V. A. Sadock, P. Ruiz i H. I. Kaplan (Ur), *Kaplan & Sadock's comprehensive*

textbook of psychiatry (str. 1856-1864). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Miller, G. E., Chen, E. i Zhou, E. S. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological Bulletin, 133*(1), 25-45.

Muramatsu, K., Miyaoka, H., Muramatsu, Y., Fuse, K., Yoshimine, F., Kamijima, K., Gejyo, F. i Sakurai, K. (2002). The amplification of somatic symptoms in upper respiratory tract infections. *General Hospital Psychiatry, 24*, 172–175

Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I. i Mayer, B. (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences, 39*(6), 1105-1111.

Nelson, S. (2002). Physical symptoms in sexually abused women: Somatization or undetected injury? *Child Abuse Review, 11*(1), 51-56.

Nelson, S., Baldwin, N. i Taylor, J. (2012). Mental health problems and medically unexplained physical symptoms in adult survivors of childhood sexual abuse: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Helath Nursing*, 19(3), 211-220.

Neziroglu, F., McKay, D. i Yaryura-Tobias, J. A. (2000). Overlapping and distinctive features of hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 14*(6), 603-614.

Nezu, A. M., Maguth Nezu, C. i Lombardo, E. R. (2001). Cognitive-behavior therapy for medically unexplained symptoms: A critical review of the treatment literature. *Behavior Therapy, 32*(3), 537-583.

Niemi, P. M., Portin, R., Aalto, S., Hakala, M. i Karlsson, H. (2002). Cognitive functioning in severe somatizatin- a pilot study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*(6), 461-463.

Noyes, R. (1999). The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, 21*(1), 8-17.

Noyes, R., Happel, R. L. i Yagla, S. J. (1999). Correlates of hypochondriasis in a nonclinical population. *Psychosomatics, 40*(6), 461-469.

Noyes, R., Holt, C. S., Happel, R. L., Kathol, R. G. i Yagla, S. J. (1997). A family study of hypochondriasis. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 185*(4), 223-232.

Noyes, R., Holt, C. S. i Kathol, R. G. (1995). Somatization. Diagnosis and management. *Archives of Family Medicine, 4*(9), 790-795.

Noyes, R., Kathol, R. G., Fisher, M. M., Phillips, B. M., Suelzer, M. T. i Woodman, C. L. (1994). Psychiatric comorbidity among patients with hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry, 16*(2), 78-87.

Noyes, R., Reich, J., Clancy, J. i O'Gorman, T. W. (1986). Reduction in hypochondriasis with treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry, 149*, 631-635.

Noyes, R., Stuart, S. P., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L., Muller, B. A. i Yagla, S. J. (2003). Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine, 65*(2), 292-300.

Noyes, R., Stuart, S. P., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L. Yagla, S. J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics, 43*(4), 282-289.

Noyes, R., Wesner, R. B. i Fisher, M. M. (1992). A comparison of patients with illness phobia and panic disorder. *Psychosomatics, 33*(1), 92-99.

olde Hartman, T. C., Borghuis, M. S., Lucassen, P.L., van de Laar, F. A., Speckens, A. E. i van Weel, C. (2009). Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 66*(5), 363-377.

O'Malley, P. G., Jackson, J. L., Santoro, J., Tomkins, G., Balden, E. i Kroenke, K. (1999). Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. *The Journal of Family Practice, 48*(12), 980-990.

Owens, K. M. B., Asmundson, G. J. G., Hadjistavropoulos, T. i Owens,, T. J. (2004). *Cognitive Therapy and Research, 28*(1), 57-66.

Parker, G. i Lipscombe, P. (1980). The relevance of early parental experiences to adult dependency, hypochondriasis and utilization of primary physicians. *The British Journal of Medical Psychology, 53*(4), 355-363.

Pauli, P. i Alpers, G. W. (2002). Memory bias in patients with hypochondriasis and somatoform pain disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 52*(1), 45-53.

Penebaker, J. W. i Roberts, T. A. (1992). Toward a his and hers theory of emotion: Gender differences in visceral perception. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11(3), 199-212.

Piccinelli, M. i Simon, G. (1997). Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. *Psychological Medicine, 27*(2), 433-444.

Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 113*(494), 89-93.

Raine, R., Haines, A., Sensky, T., Hutchings, A., Larkin, K. i Black, N. (2002). Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? *BMJ, 325*(7372), 1082.

Rief, W. i Barsky, A. J. (2005). Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology, 30*(10), 996-1002.

Rief, W. i Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms – models and mechanisms. *Clinical Psychology Review, 27*(7), 821–841.

Rief, W., Nanke, A., Emmerich, J., Bender, A. i Zech, T. (2004). Causal illness attributions in somatoform disorders: Associations with comorbidity and illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 367-371.

Rief, W., Hiller, W. i Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(4), 587-595.

Robbins, J. M. i Kirmayer, L. (1996). Transient and persistent hypochondriacal worry in primary care. *Psychological Medicine, 26*(3), 575-589.

Robbins, J. M. i Kirmayer, L. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine, 21*(4), 1029-1045.

Rosen, J. B. i Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 105(2), 325-350.

Rosendal, M., Olesen, F. i Fink, P. (2005). Management of medically unexplained symptoms. *BMJ, 330*(7481), 4-5.

Rousseau, S., Grietens, H., Vanderfaeillie, J., Hoppenbrouwers, K., Wiersema, J. R. i van Leeuwen, K. (2013). Parenting stress and dimensions of parenting behavior: cross-sectional and longitudinal links with adolescents' somatization. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 46*(3), 243-270.

Rumpf, H. J., Meyer, C., Hapke, U. i John, U. (2001). Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. *Psychiatry Research, 105*(3), 245-253.

Salkovskis, P. M. i Clark, D. M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 15*(1), 23-48.

Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. i Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine, 32*(5), 845-853.

Salkovskis, P. M. i Warwick, H. M. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy, 24*(5), 597-602.

Sayar, K., Kirmayer, L. J. i Taillefer, S. S. (2003). Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry, 25*(2), 108–114.

Scharf, M., Mayseless, O. i Rousseau, S. (2016). When somatization is not the only thing you suffer from: Examining comorbid syndromes using latent profile analysis, parenting practices and adolescent functioning. *Psychiatry Research, 244*, 10-18.

Schmidt, A. J. (1994). Bottlenecks in the diagnosis of hypochondriasis. *Comprehensive Psychiatry, 35*(4), 306-315.

Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Staab, J. P. i Williams, F. M. (2003). Health perceptions and anxiety sensitivity in patients with panic disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 25*(3), 139-145.

Schmidt, N. B., Lerew, D. R. i Trakowski, J. H. (1997). Body vigilance in panic disorder: evaluating attention to bodily perturbations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(2), 214-220.

Sheehan, B., Lall, R. i Bass, C. (2005). Does somatization influence quality of life among older primary care patients? *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(10), 967-972.

Sitnikova, K., Dijkstra-Kersten, S. M. A., Mokkink, L. B., Terluin, B., van Marwijk, H. W.J., Leone, S. S., van der Horst, H. E. i van der Wouden, J. C. (2017). Systematic review of measurement properties of questionnaires measuring somatization in primary care patients. *Journal of Psychosomatic Research, 103*, 42-62.

Slišković, A. i Penezić, Z. (2017). Lifestyle factors in Croatian seafarers as relating to health and stress on board. *Work - A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation, 56*(3), 1-10.

Slišković, A. i Penezić, Z. (2016). Testing the associations between different aspects of seafarers' employment contract and on-board Internet access and their job and life satisfaction and health. *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju, 67*(4), 351-360.

Smeets, G., de Jong, P. J. i Mayer, B. (2000). If you suffer from a headache, then you have a brain tumour: domain-specific reasoning 'bias' and hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy, 38*(8), 763-776.

Speckens, A. E., Spinhoven, P., Sloekers, P. P., Bolk, J. H. i van Hemert, A. M. (1996). A validation study of the Whitely Index, the Illness Attitude Scales, and the Somatosensory Amplification Scale in general medical and general practice patients. *Journal of Psychosomatic Research, 40*(1), 95-104.

Speckens, A. E., van Hemert, A. M., Bolk, J. H., Hawton, K. E. i Rooijmans, H. G. M. (1995). The acceptability of psychological treatment in patients with medically unexplained physical symptoms. *Journal of Psychosomatic Research, 39*(7), 855-863.

Starcevic, V., Fallon, S., Uhlenhuth, E. H. i Pathak, D. (1994). Generalized anxiety disorder, worries about illness, and hypochondriacal fears and beliefs. *Psychotherapy and Psychosomatics, 61*(1), 93-99.

Starcevic, V., Sammut, P., Berle, D., Hannan, A., Milicevic, D., Moses, K., Lamplugh, C. i Eslick G. D. (2012). Can levels of a general anxiety-prone cognitive style distinguish between various anxiety disorders? *Comprehensive Psychiatry, 53*(5), 427-433.

Steinbrecher, N. i Hiller, W. (2011). Course and prediction of somatoform disorder and medically unexplained symptoms in primary care. *General Hospital Psychiatry, 33*(4), 318-326.

Stewart, S. H. i Watt, M. C. (2000). Illness Attitudes Scale dimensions and their associations with anxiety-related constructs in a nonclinical sample. *Behaviour Research and Therapy, 38*(1), 83-99.

Stuart, S. i Noyes, R. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics, 40*(1), 34-43.

Štibrić, M. (2005). *Psihometrijska validacija Derogatisovog Kratkog inventara simptoma (BSI).* Sveučilište u zagrebu: Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju.

Štrkalj Ivezić, S., Folnegović Šmalc, V. i Mimica, N. (2007). Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja. *Medix, 13*(71), 56-58.

Tanum, L. i Malt, U. F. (2001). Personality and physical symptoms in nonpsychiatric patients with functional gastrointestinal disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 50*(3), 139–146.

Tak, L. M., Kingma, E. M., van Ockenburg, S. L., Ormel, J. i Rosmalen, J. G. (2015). Age- and sex-specific associations between adverse life events and functional bodily symptoms in the general population. *Journal of Psychosomatic Research, 79*(2), 112-116.

Tak, L. M. i Rosmalen, J. G. (2010). Dysfunction of stress responsive systems as a risk factor for functional somatic syndromes. *Journal of Psychosomatic Research, 68*(5), 461-468.

Taylor, S. (2004). Understanding and Treating Health Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(1), 112-123.

van Boven, K., Lucassen, P., van Ravesteijn, H., olde Hartman, T., Bor, H., van Weel-Baumgarten, E. i van Weel, C. (2011). Do unexplained symptoms predict anxiety or depression? Ten-year data from a practice-based research network. *British Journal of General Practice, 61*(587), e316-e325.

van der Leeuw, G., Gerrits, M. J., Terluin, B., Numans, M. E., van der Feltz-Cornelis, C. M., van der Horst, H. E., Peninx, B. W. i van Marwijk, H. W. (2015). The association between somatization and disability in primary care patients. *Journal of Psychosomatic Research, 79*(2), 117-122.

Verbrugge, L. M. (1985). Gender and health: An update on hypotheses and Eevidence. *Journal of Health and Social Behavior, 26*(3), 156-182.

Volkmar, F. R., Poll, J. i Lewis, M. (1984). Conversion reactions in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23*(4), 424-430.

Vulić-Prtorić, A. (2016). Somatic complaints in adolescence: Prevalence patterns across gender and age. *Psychological Topics, 25*(1), 75-105.

Vulić-Prtorić, A. (2006). Anksiozna osjetljivost: fenomenologija i teorije. *Suvremena psihologija, 9*(2), 171-194.

Walker, E. A., Katon, W. J., Hansom, J., Harrop-Griffiths, J., Holm, L., Jones, M. L., Hickok, L. i Jemelka, R. P. (1992). Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. *Psychosomatic Medicine, 54*(6), 658-664.

Warwick, H. M., Clark, D. M., Cobb, A. M. i Salkovskis, P. M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis.*The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 169*(2), 185-195.

Warwick, H. M. i Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy, 28*(2), 105-117.

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.

Weck, F., Bleichhardt, G., Witthöft, M., i Hiller, W. (2011). Explicit and implicit anxiety: Differences between patients with hypochondriasis, patients with anxiety disorders, and healthy controls. *Cognitive Thaerpy and Research, 35*(4), 317-325.

Weck, F., Neng, J. M., Richtberg, S. i Stangier, U. (2012). Dysfunctional beliefs about symptoms and illness in patients with hypochondriasis. *Psychosomatics, 53*(2), 148-154.

Williams, P. G. (2004). The psychopathology of self-assessed Health: A cognitive approach to health anxiety and hypochondriasis. *Cognitive Therapy and Research, 28* (5), 629-644.

Wise, T. N. i Mann, L. S. (1994). The relationship between somatosensory amplification, alexithymia, and neuroticism. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(6), 515-521.

Wool, C. A. i Barsky, A. J. (1994). Do women somatize more than men? Gender differences in somatization. *Psychosomatics, 35*(5), 445-452.

World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*, preuzeto 20.02.2018. s http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf.

World Health Organization (2008). *Integrating mental health into primary care: A global perspective*, preuzeto 20.02.2018. s http://www.who.int/mental_health/policy/Mental%20health%20+%20primary%20care-%20final%20low-res%20140908.pdf.

World Health Organization (2002). *Gender and mental health*, preuzeto 20.02.2018. s http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68884/1/a85573.pdf.

World Health Organization (2001). *Gender disparities in mental health*, preuzeto 20.02.2018. s http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf.

World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disability, and health*, preuzeto 20.02.2018. s http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42407/1/9241545429.pdf.

World Health Organization (1948). *Constitution of World Health Organization*, preuzeto 20.02.2018. s http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1.

8. Prilozi

Prilog 1 Tvrdnje *Skale stavova prema bolesti* s pripadajućim subskalama

Tvrdnja	Subskala
2. Brinete li se da ćete u budućnosti oboljeti od neke teške bolesti?	Strah od bolesti, boli i smrti
3. Plaši li Vas pomisao na tešku bolest?	Strah od bolesti, boli i smrti
4. Kad Vas nešto boli brinete li se da je ta bol uzrokovana teškom bolesti?	Strah od bolesti, boli i smrti
5. Posjetite li liječnika ako bol potraje tjedan dana ili duže?	Liječenje
10. Mislite li da imate fizičku bolest, ali je liječnici nisu točno dijagnosticirali?	Uvjerenje o bolesti
11. Kada Vam liječnik kaže da nemate fizičku bolest koja uzrokuje simptome koje imate, odbijate li mu vjerovati?	Uvjerenje o bolesti
12. Kada Vam liječnik kaže što je pronašao, počinjete li ubrzo nakon toga vjerovati da ste razvili neku novu bolest?	Uvjerenje o bolesti
13. Bojite li se vijesti koje Vas podsjećaju na smrt (poput sprovoda, osmrtnica)?	Strah od bolesti, boli i smrti
14. Plaši li Vas pomisao na smrt?	Strah od bolesti, boli i smrti
15. Bojite li se da ćete uskoro umrijeti?	Strah od bolesti, boli i smrti
16. Bojite li se da možda imate rak?	Strah od bolesti, boli i smrti
17. Bojite li se da možda imate bolest srca?	Strah od bolesti, boli i smrti
18. Bojite li se da možda imate neku drugu tešku bolest?	Strah od bolesti, boli i smrti
19. Kada čujete za određenu bolest ili čitate o njoj, primijetite li simptome slične simptomima te bolesti?	Uvjerenje o bolesti
22. Koliko često posjećujete liječnika?	Liječenje
23. Koliko različitih liječnika, kiropraktičara ili drugih osoba koje se bave liječenjem ste posjetili u posljednjih godinu dana?	Liječenje

24. Koliko često ste u posljednjih godinu dana bili podvrgnuti određenim tretmanima? (Primjerice, lijekovi, promjena lijekova, operativni zahvat, itd.)	Liječenje
25. Sprečavaju li Vas tjelesni simptomi u obavljanju poslova?	Učinci simptoma
26. Sprečavaju li Vas tjelesni simptomi da se usredotočite na ono što radite?	Učinci simptoma
27. Sprečavaju li Vas tjelesni simptomi da uživate?	Učinci simptoma

Prilog 2 Tvrdnje *Skale simptoma i ishoda* s pripadujućim subskalama

Tvrdnja	Subskala
1. Ivan se u posljednje vrijeme osjeća umorno te je primijetio neobične bijele točkaste mrlje u stražnjem dijelu usta. Koja je vjerojatnost da Ivan ima streptokoknu upalu grla (bakterijska upala grla)?	SOS-MIN
2. Marini se čini da je jedan od njenih madeža promijenio boju. Koja je vjerojatnost da Marina ima rak kože?	SOS-CAT
3. Marko je počeo primjećivati krv u svojoj stolici (izmetu). Koja je vjerojatnost da Marko ima hemoroide?	SOS-MIN
4. Lucija je odjednom dobila vrlu jaku glavobolju. Također osjeća vrtoglavicu te slabost na jednoj strani tijela. Koja je vjerojatnost da Lucija ima moždani udar?	SOS-CAT
5. Kristina je na svojoj dojci primijetila nešto što se čini kao kvržica. Koja je vjerojatnost da Kristina ima rak dojke?	SOS-CAT
6. Marijana osjeća trnce u prstima koji ne prolaze posljednja dva tjedna. Koja je vjerojatnost da je Marijana ukliještila živac?	SOS-MIN
7. Posljednja tri tjedna Davor ima težak kašalj koji ne prolazi te je u dva navrata iskašljavao krv. Koja je vjerojatnost da Davor ima težak slučaj gripe?	SOS-MIN
8. Toni je u posljednja tri tjedna stalno žedan te je primijetio da mora često mokriti. Koja je vjerojatnost da Toni ima dijabetes?	SOS-CAT
9. Mario posljednja dva dana osjeća stezanje u prsima. Danas su ga prsa počela boljeti. Koja je vjerojatnost da Mario ima srčani udar?	SOS-CAT
10. Ana posljednja dva tjedna ima bolnu glavobolju koja ne prolazi. Koja je vjerojatnost da Ana ima tumor na mozgu?	SOS-CAT
11. Dijani se čini da je jedan od njenih madeža promijenio boju. Koja je vjerojatnost da je Dijana samo nadražila svoj madež te joj to neće uzrokovati probleme?	SOS-MIN

12.	Dora osjeća trnce u prstima koji ne prolaze posljednja dva tjedna. Koja je vjerojatnost da se kod Dore razvija multipla skleroza?	SOS-CAT
13.	Luka se u posljednje vrijeme osjeća umorno te je primijetio neobične bijele točkaste mrlje u stražnjem dijelu usta. Koja je vjerojatnost da je Luka zaražen virusom HIV-a?	SOS-CAT
14.	Andrea je na svojoj dojci primijetila nešto što se čini kao kvržica. Koja je vjerojatnost da je kvržica benigna (bezopasna)?	SOS-MIN
15.	Martina je odjednom dobila vrlu jaku glavobolju. Također osjeća vrtoglavicu te slabost na jednoj strani tijela. Koja je vjerojatnost da Martina ima migrenu?	SOS-MIN
16.	Stjepan posljednja dva dana osjeća stezanje u prsima. Danas su ga prsa počela boljeti. Koja je vjerojatnost da je Stjepan istegnuo mišić?	SOS-MIN
17.	Petar je počeo primjećivati krv u svojoj stolici. Koja je vjerojatnost da Petar ima rak debelog crijeva?	SOS-CAT
18.	Dino je u posljednja tri tjedna stalno žedan te je primijetio da mora često mokriti. Koja je vjerojatnost da je Dino bio pod stresom?	SOS-MIN
19.	Vesna posljednja dva tjedna ima bolnu glavobolju koja ne prolazi. Koja je vjerojatnost da je Vesna imala potres mozga?	SOS-MIN
20.	Posljednja tri tjedna Mislav ima težak kašalj koji ne prolazi te je u dva navrata iskašljavao krv. Koja je vjerojatnost da Mislav ima rak pluća?	SOS-CAT