

Disfunkcionalna vjerovanja, psihološka nefleksibilnost i emocionalne smetnje studenata

Vuk, Viktorija

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:231071>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2021-04-20**



Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb Faculty of Humanities and Social Sciences](#)



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju

**DISFUNKCIONALNA VJEROVANJA, PSIHOLOŠKA NEFLEKSIBILNOST I
EMOCIONALNE SMETNJE STUDENATA**

Diplomski rad

Viktorija Vuk

Mentorica: prof.dr.sc. Nataša Jokić-Begić

Zagreb, 2019.

SADRŽAJ:

Uvod	1
Generacije kognitivno-bihevioralne terapije	1
Kognitivni model psihičkih smetnji.....	1
Disfunkcionalna vjerovanja	2
Model psihološke nefleksibilnosti	3
Disfunkcionalna vjerovanja, psihološka nefleksibilnost i emocionalne smetnje.....	5
Depresivnost	5
Anksioznost	6
Stres	8
Cilj istraživanja, problem i hipoteze	10
Metodologija	11
Sudionici	11
Mjerni instrumenti	11
Postupak.....	14
Rezultati	15
Rasprava	22
Depresivnost	22
Anksioznost	24
Stres	25
Ograničenja i implikacije provedenog istraživanja.....	27
Zaključak	29
Literatura	30
Prilog A - Uputa sudionicima.....	35
Prilog B - Upitnik prihvaćanja i akcije-II.....	36
Prilog C - Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa-21.....	37
Prilog D - Grafički prikazi distribucija rezultata na korištenim skalama	38

**Disfunkcionalna vjerovanja, psihološka nefleksibilnost i emocionalne smetnje
studenta**
**Dysfunctional attitudes, psychological inflexibility and emotional disturbances of
students**
Viktorija Vuk

Sažetak

Kognitivne teorije pretpostavljaju da bi sadržaj misli i vjerovanja, ali i način na koji im pristupamo mogao biti povezan s nastankom psihičkih smetnji. Cilj ovog istraživanja bio je ispitati ulogu disfunkcionalnih vjerovanja i psihološke nefleksibilnosti u objašnjavanju izraženosti simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa na studentskom uzorku. Istraživanje je provedeno na 420 studenata različitih fakulteta i veleučilišta. Za mjerenje disfunkcionalnih vjerovanja korištena je Skala disfunkcionalnih vjerovanja (DAS-A), za mjerenje psihološke nefleksibilnosti korišten je Upitnik prihvaćanja i akcije (AAQ-II), a za mjerenje simptoma psihičkih smetnji Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21). Rezultati su pokazali da disfunkcionalna vjerovanja i psihološka nefleksibilnost imaju značajni samostalni doprinos u objašnjavanju varijance istraživanih emocionalnih smetnji povrh demografskih varijabli i aktualne razine doživljenog stresa koje su uključene u istraživanje kao kontrolne varijable. Veći broj disfunkcionalnih vjerovanja i veća psihološka nefleksibilnost povezani su s više izraženih simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa. Psihološka nefleksibilnost pokazala se kao najbolji prediktor izraženosti simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa. Jedno od objašnjenja ovakvih nalaza je da su pojedinci odgovori i reakcije na unutarnje i vanjske doživljaje barem jednako važni za održavanje psihičkih smetnji kao i doživljaji sami po sebi.

Ključne riječi: disfunkcionalna vjerovanja, psihološka nefleksibilnost, depresivnost, anksioznost, stres

Abstract

Cognitive theories assume that the content of our thoughts and beliefs, but also the way we approach them could be associated with the emergence of psychological disorders. The aim of this study was to investigate the role of dysfunctional attitudes and psychological inflexibility in explaining the symptoms of depression, anxiety and stress on a student sample. Research was conducted on a sample of 420 students from different faculties. Dysfunctional attitudes were assessed using The Dysfunctional Attitude Scale (DAS-A), while psychological inflexibility was assessed by Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). Finally, symptoms of emotional disturbances were assessed by The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). The results have shown that dysfunctional beliefs and psychological inflexibility have significant independent contribution in explaining the variance of emotional disturbances, even beyond contribution of demographic variables and current level of perceived stress that were included in the study as control variables. Elevations on scales of dysfunctional beliefs and psychological inflexibility were associated with more pronounced symptoms of depression, anxiety and stress. Psychological inflexibility has been shown to be the best predictor of depression, anxiety and stress symptoms. One of the explanations for such findings is that the way individuals respond to internal and external experiences is at least as equally important for maintaining emotional disorders as experiences per se.

Key words: dysfunctional attitudes, psychological inflexibility, depression, anxiety, stress

Uvod

Generacije kognitivno bihevioralne terapije

Kognitivno bihevioralna terapija može se kategorizirati u tri generacije ili vala dominantnih pretpostavki, metoda i ciljeva koje vode i organiziraju istraživački rad, teoriju i praksu (Hayes, 2004). Upravo zbog razlike u pretpostavkama, metodama i ciljevima, svaki val kognitivno bihevioralne terapije ima ponešto različit pristup psihičkim smetnjama i poremećajima. Prvi se val u tretiranju problematičnog ponašanja u potpunosti oslanjao na bihevioralnu teoriju, prema kojoj su sva ponašanja naučena, te se u terapiji bavio isključivo promjenom ponašanja, bez interesa za misli i emocije u njegovoj podlozi. Drugi val proširuje pogled na uzroke nastanka i održavanja psihičkih poremećaja, uzimajući u obzir kognicije, odnosno fokusira se na *sadržaj* iracionalnih misli te formu patoloških kognitivnih shema, nastojeći prepoznati i korigirati takve kognicije. Na kraju, treći val premješta fokus s promjene sadržaja i forme misli na promjenu *odnosa* prema vlastitim mislima i emocijama, odnosno stavlja naglasak na njihovu funkciju u nekom kontekstu (Hayes, 2004). Koncepti, teorije i metode proizašle iz svih razvojnih faza Kognitivno – bihevioralnih pristupa pokazale su se uspješnima u objašnjavanju i tretiranju različitih psihičkih smetnji. No, pitanje koje se postavlja jest ima li *odnos* prema vlastitim mislima i emocijama jednako važnu ulogu u objašnjavanju psihičkih smetnji kao *sadržaj* tih unutrašnjih iskustava?

Kognitivni model psihičkih smetnji

Prema kognitivnom modelu psihičkih smetnji, misli i vjerovanja smatraju se važnim čimbenicima koji uzrokuju ili utječu na to kako se osjećamo. Model pretpostavlja da se takav utjecaj odvija na razini pojedinca, odnosno, da svaki pojedinac percipira i obrađuje informacije iz okoline na svoj jedinstven način, a tijekom života razvija specifičan način gledanja sebe i svijeta koji nazivamo kognitivnom shemom. Kognitivna shema vrsta je kognitivnog filtera kroz koji prolaze sva životna iskustva te se pohranjuju u organiziranu mrežu znanja (Jokić-Begić, 2008). Nove informacije koje pojedinac dobiva iz okoline mogu se uklapati u shemu, a ako se ne uklapaju, shema se preuređuje tako da odgovara novim informacijama. No, prema ovom modelu ljudi se mogu razlikovati prema sposobnosti adekvatnog doživljaja stvarnosti. Kod osoba bez psihičkih smetnji slijed percepcija-kognicija-emocija najviše je određen karakteristikama stvarne

situacije, dok kod psihopatoloških stanja postoji iskrivljenje stvarne situacije, odnosno doživljajem dominiraju njihove unutarnje sheme. Načinima na koji ljudi iskrivljavaju iskustvo bavio se autor Aaron Beck smatrajući kako se uzrok brojnih poremećaja nalazi u disfunkcionalnim vjerovanjima koja ljudi imaju o sebi, svijetu i svojoj budućnosti (Jokić-Begić, 2008).

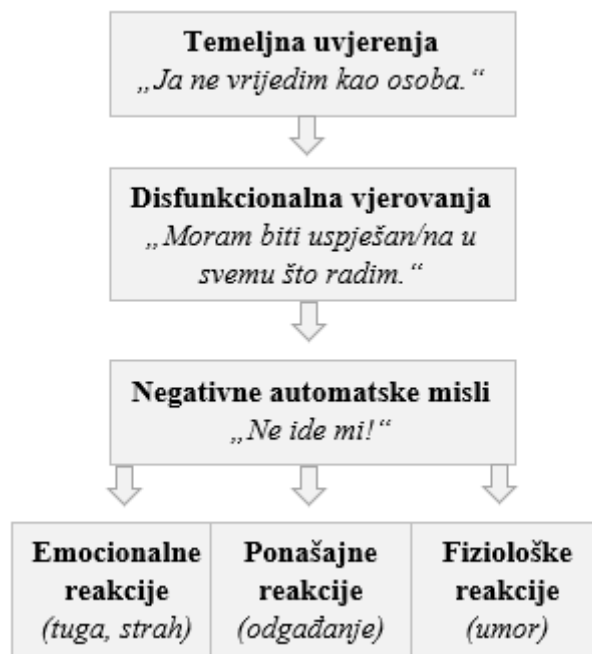
Disfunkcionalna vjerovanja

Disfunkcionalna vjerovanja definirana su kao kognitivni koncepti koji proizlaze iz seta stabilnih kognitivnih shema formiranih kao rezultat ranih životnih iskustava (Beck i sur., 1979; prema Goh i Oei, 1999). Radi se o globalnim, rigidnim i negativnim vjerovanjima koja uključuju i bazična vjerovanja poput toga da sreća osobe ovisi o tome da uvijek ima kontrolu ili da uvijek dobiva odobravanje drugih (Wang, Halvorsen, Eisemann i Waterloo, 2010). Iako se smatra da su disfunkcionalna vjerovanja formirana u djetinjstvu kao rezultat ranih iskustava, postoji pretpostavka da tijekom života osobe ostaju skrivena sve dok ih ne aktivira stresni događaj relevantan za određeno disfunkcionalno vjerovanje (Beck i sur., 1979; prema Halvorsen, Wang, Eisemann i Waterloo, 2009). Jednom aktivirana, disfunkcionalna vjerovanja dovode do kognitivnih pristranosti, odnosno ona se održavaju pomoću jedne ili više logičkih pogrešaka u mišljenju (Jokić-Begić, 2008). Neke od najčešće korištenih pogrešaka u mišljenju su: pretjerano uopćavanje (primjerice osoba na temelju jednog događaja donosi opće zaključke), razmišljanje tipa „crno ili bijelo“ (ljudi i događaji sagledavaju se kao dobri ili loši), samookrivljavanje, personalizacija, uvećavanje, umanjivanje i slično (Begić, 2014).

Takva vjerovanja i pristranosti nadalje dovode do nastanka negativnih automatskih misli koje predstavljaju kratke, brze, evaluacijske misli kojih nismo svjesni ako na njih ne usmjerimo pažnju, a javljaju se kao verbalne samoinstrukcije ili predodžbe (Jokić-Begić, 2008). Automatske misli osoba doživljava kao činjenice, neovisno o njihovoj točnosti, a one zatim izazivaju ponašajne, emocionalne i fiziološke reakcije. Upravo zbog takvog opsežnog utjecaja, disfunkcionalna vjerovanja često se smatraju faktorom rizika za razvoj psihičkih smetnji i poremećaja (Beck, 1972; prema Miranda, 1992). Primjerice, osoba koja smatra da stalno mora biti uspješna može nakon neuspjeha biti osjetljivija za razvoj psihičkih smetnji, nego osoba s realističnijim vjerovanjima o sebi i svijetu oko sebe. Dakle, ono što disfunkcionalna vjerovanja čini problematičnima i

nekorisnima je njihova rigidnost i nerealističnost za razliku od funkcionalnijih vjerovanja koja nisu toliko ekstremna.

Na Slici 1 prikazani su elementi opisanog kognitivnog modela psihičkih smetnji te njihov međusoban odnos.



Slika 1. Prikaz kognitivnog modela psihičkih smetnji i njegovih elemenata

Model psihološke nefleksibilnosti

Iako mnogi psihički problemi imaju izvor u mislima, vjerovanjima i njihovom jezičnom sadržaju, u novije vrijeme postoji rastući broj dokaza da je mentalno zdravlje ljudi pod utjecajem ne samo sadržaja misli i emocija, već i načina na koji se ljudi odnose prema svojim mislima i emocijama (Bond i sur., 2011). Za razliku od brojnih vrsta terapija, koje traže promjenu sadržaja problematičnog mišljenja, terapija prihvaćanjem i posvećenošću, eng. *Acceptance and Commitment Therapy* (u daljnjem tekstu ACT), pokušava pomoći klijentu dovodeći jezik i misao pod kontekstualnu kontrolu (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig i Wilson, 2004). ACT pripada trećem valu bihevioralnih i kognitivnih terapija, a predstavlja pristup koji koristi prihvaćanje, procese pune svjesnosti, posvećenosti i bihevioralne promjene kako bi potaknuo veću psihološku fleksibilnost (Hayes, Strosahl, Bunting i sur., 2004). Psihološka fleksibilnost predstavlja temeljni konstrukt pristupa, a definirana je kao mogućnost pojedinca da prihvati trenutne

dogadaje bez obrane te da se, ne baveći se neugodnim emocijama, mislima i pokušajima njihove kontrole, usmjeri na ono što mu je važno, odnosno na vlastite ciljeve i vrijednosti (Kashdan i Rottenberg, 2010). Suprotno psihološkoj fleksibilnosti je psihološka nefleksibilnost, koja predstavlja dominaciju unutrašnjih iskustava (misli, osjećaja, sjećanja) nad ponašanjem koje vodi ostvarivanju postavljenih ciljeva (Hayes, Strosahl, Bunting i sur., 2004).

Naime, isto kao što postoji sklonost za izbjegavanjem neugodnih situacija na biheavioralnom planu, tako postoji i sklonost za izbjegavanjem neugodnih misli, emocija i tjelesnih senzacija na unutrašnjem planu. Procesi učenja u oba su slučaja identični. Izbjegavanje dovodi do privremenog olakšanja te se po načelu negativnog potkrepljenja zadržava u repertoaru ponašanja, a prema načelu generalizacije širi se na sve veća područja funkcioniranja. Pokazalo se da pokušaji izbjegavanja neugodnih unutrašnjih doživljaja mogu povećati njihovu funkcionalnu važnost i čestinu javljanja zbog toga što postaju salijentniji kao i zato što su takvi pokušaji kontrole verbalno povezani s očekivanim negativnim ishodima (Hayes, Luoma, Bond, Masuda i Lillis, 2006). Primjerice, psihološki nefleksibilna osoba misli: „*Moram pobjeći od svakog neuspjeha jer se onda osjećam loše!*“ što vodi do izbjegavanja situacija potencijalnog neuspjeha zbog straha od vlastitih neugodnih emocija, kao i do potiskivanja neugodnih emocija i misli samih po sebi. Takav pristup udaljava osobu od ciljeva jer se nastavlja ponašati na način koji prati nefleksibilna pravila, umjesto na način koji prati neposredna iskustva. Ponašanje osobe postaje vođeno nedovoljno jasnim vrijednostima, odnosno u prvi plan dolaze trenutni ciljevi kao što su „biti u pravu“ ili „osjećati se dobro“ što vodi ka izbjegavanju, pasivnosti i impulzivnosti umjesto djelovanju u smjeru stvarnih ciljeva i vrijednosti. Također, ljudi ostaju „zaglavljani“ u verbalnim evaluacijama samih sebe kao primjerice, anksioznih i emocionalno nestabilnih osoba, umjesto da prihvaćaju misli i emocije koje doživljavaju u nekom kontekstu bez osuđivanja i vrednovanja (Hayes i sur., 1999; prema Ignjatović 2016). Kao posljedica opisanih procesa psihološke nefleksibilnosti dolazi do sužavanja raspona ponašanja i smanjivanja osjetljivosti na trenutni kontekst, a osoba postupno gubi kontakt s onime što stvarno želi u životu, mimo privremenog olakšanja (Hayes i sur., 2006). Dugoročno, ovakav odnos prema vlastitim unutrašnjim doživljajima smatra se mehanizmom nastanka psihičkih smetnji (Hayes, Strosahl, Bunting i sur., 2004).

Disfunkcionalna vjerovanja, psihološka nefleksibilnost i emocionalne smetnje

Ranije je spomenuto kako postoji pretpostavka da su disfunkcionalna vjerovanja faktori rizika koji mogu pridonijeti razvoju nekih psihičkih smetnji. Također, psihološka nefleksibilnost smatra se mehanizmom nastanka psihopatoloških fenomena. To nas dovodi do pretpostavke da je način na koji mislimo, ali i način na koji se odnosimo prema svojim unutrašnjim doživljajima povezan s emocionalnim smetnjama. U narednom će se tekstu iz te perspektive razmotriti tri danas najčešće psihičke smetnje, a to su depresivnost, anksioznost i stres.

Depresivnost

Depresija je danas najčešći poremećaj raspoloženja, ali i najčešći od svih psihijatrijskih poremećaja (Jakovljević, 2004). Osim toga, incidencija depresije je u konstantnom porastu, a pretpostavka je da će do 2020. godine biti druga po učestalosti svih bolesti. Neki od najčešćih simptoma depresije su sniženo raspoloženje i velika tuga, bezvoljnost, pad interesa za aktivnosti, osjećaj bezvrijednosti i povlačenje u sebe, bespomoćnost, gubitak spolne želje, poremećen ciklus budnost-spavanje, zaokupljenost tegobama, poteškoće s usmjeravanjem pažnje te općenito slabije funkcioniranje (Begić, 2014). Iako se depresija može javiti u svakoj životnoj dobi, najčešće se javlja između adolescencije i 45. godine života. Ipak, neovisno o dobi, većina ljudi tijekom života doživi neke od simptoma depresije, no taj se oblik depresivnosti razlikuje od depresivnog poremećaja prema svojem intenzitetu, manifestaciji i trajanju.

Prema Beckovoj kognitivnoj teoriji depresije negativne kognitivne sheme o sebi, svijetu i budućnosti predstavljaju ključni faktor ranjivosti za razvoj depresije (Beck, 1987; prema Halvorsen i sur., 2009). Kako disfunkcionalna vjerovanja proizlaze iz takvih shema, jednom aktivirana dovode do generiranja negativnih automatskih misli pa tako mogu dovesti i do simptoma depresivnosti na kognitivnoj, emocionalnoj, fiziološkoj i bihevioralnoj razini. Pretpostavku da disfunkcionalna vjerovanja mogu predvidjeti razvoj i održavanje simptoma depresivnosti potvrdilo je nekoliko studija u kojima se pokazalo da su disfunkcionalna vjerovanja prediktivna za ozbiljnost depresije, prvo javljanje kao i recidiv velike depresije (Alloy i sur., 2006; Segal, Gemar i Williams, 2006; Zuroff, Igreja i Mongrain, 1990). Nadalje, istraživanje na populaciji studenata pokazalo je da su disfunkcionalna vjerovanja značajno doprinijela objašnjavanju broja prethodno

doživljenih epizoda depresije povrh doprinosa varijabli raspoloženja, spola, neuroticizma, ruminacije i autonomije (Mongrain i Blackburn, 2005).

Sve veći broj istraživanja ukazuje da je depresivnost osim s disfunkcionalnim vjerovanjima, povezana i sa psihološkom nefleksibilnošću. Prema Modelu psihološke nefleksibilnosti takva povezanost je očekivana jer osoba koja nema strategije za prihvaćanje neugodnih misli i emocija, često ostaje „zapatljana“ u njihovom sadržaju. U zanimljivom istraživanju koje su proveli Paulus, Vanwoerden, Norton i Sharp (2016) pokazalo se da su psihološka nefleksibilnost i emocionalna disregulacija značajni medijatori povezanosti između neuroticizma i depresivnosti, štoviše ta povezanost je u potpunosti posredovana navedenim varijablama. Čini se da kod osoba s izraženijim neuroticizmom, bolja regulacija emocija i psihološka fleksibilnost mogu pomoći u prevenciji ozbiljnijih simptoma depresivnosti. Također, psihološka fleksibilnost bila je povezana s manjom depresivnošću, a pokazala se i kao moderator povezanosti između depresivnosti i misli o samoubojstvu. Čini se da psihološka fleksibilnost može ublažiti efekt depresivnosti na pojavu misli o samoubojstvu (Bryan, Ray-Sannerud i Heron, 2015).

Anksioznost

Anksioznost je složena emocija tjeskobe, straha, napetosti i nesigurnosti, a karakterizira ju anticipacija moguće opasnosti ili prijetnje te aktivacija autonomnog živčanog sustava. Ona se može promatrati kao kontinuum, na čijem jednom kraju je normalna, svakodnevna anksioznost, a na drugom patološka. Normalna anksioznost ima adaptivnu funkciju jer nas čini opreznijima, tjera nas da promišljamo i planiramo te omogućuje izbjegavanje ili suprotstavljanje opasnosti (reakcija „borba ili bijeg“) (Begić, 2014). S druge strane, patološka anksioznost se kod pojedinca javlja neovisno o opasnosti, postoji dugo nakon stresa i prestanka opasnosti te remeti funkcioniranje osobe. Sažeto, normalna anksioznost je ona koju pojedinac može kontrolirati, a patološka je ona koja kontrolira pojedinca (Mahoney, 1995). Učestalost klinički značajne anksioznosti u općoj populaciji kreće se od 5 do 10%, a najčešće javljanje anksioznih poremećaja pripisuje se ranim dvadesetima i prijelazu tridesetih u četrdesete godine života (Merikangas i Kalaydjian, 2009). Simptomi anksioznosti vrlo su složeni zbog toga što se javljaju na emocionalnoj (npr. strah), kognitivnoj (npr. interpretacija, misli i vjerovanja o

situaciji), tjelesnoj (npr. drhtanje, znojenje) i bihevioralnoj razini (npr. djelovanje, pasivnost). Primjerice, prije važnog ispita anksiozni student može razmišljati o svojoj spremnosti za ispit te istovremeno osjećati strah i napetost, kratkoću daha i znojenje dlanova, a krajnje ponašanje može ići u smjeru ulaganja tuda u ponavljanje gradiva ili odustajanja i odjave ispita.

U ranije provedenim istraživanjima pokazalo se da disfunkcionalna vjerovanja imaju ulogu i kod anksioznih poremećaja. Wong (2008) je u svojem istraživanju pokazao da su disfunkcionalna vjerovanja, negativne automatske misli, iracionalna vjerovanja i negativni, pesimistični stavovi o sebi, svijetu i budućnosti (tzv. *kognitivna trijada*) značajno povezani s vrstom anksioznosti koja se često javlja kod studenata, a to je otežavajuća ispitna anksioznost. U istraživanju koje je provedeno na studentima muzičke akademije disfunkcionalna vjerovanja koja ukazuju na potrebu za odobravanjem bila su pozitivno povezana sa simptomima anksioznosti (Yondem, 2007). Također, Vidyanidhi i Sudhir (2009) istraživali su ulogu disfunkcionalnih vjerovanja na specifičnom uzorku socijalno anksioznih osoba. Rezultati su pokazali da su disfunkcionalna vjerovanja značajno pozitivno povezana s interpersonalnom osjetljivošću, posebice sa subskalom separacijske anksioznosti koja ukazuje na anksioznost koju pojedinac osjeća prilikom separacije od osoba kojima je privržen, što pokazuje da disfunkcionalna vjerovanja imaju ulogu u različitim oblicima anksioznosti.

Osim disfunkcionalnih vjerovanja, ranije provedena istraživanja potvrdila su i ulogu psihološke nefleksibilnosti kod anksioznih poremećaja. U istraživanju psihološke nefleksibilnosti i anksiozne simptomatologije pokazala se značajna pozitivna povezanost između psihološke nefleksibilnosti te mjera socijalne anksioznosti, anticipatorne anksioznosti, panike i agorafobije (Fergus, Valentiner, McGrath, Gier-Lonsway i Jencius, 2013). Također, Masuda i Tully (2011) u svom su istraživanju na uzorku studenata pokazali pozitivnu povezanost psihološke nefleksibilnosti i simptoma anksioznosti, dok se na specifičnom uzorku osoba oboljelih od raka pokazalo da psihološka nefleksibilnost zajedno s mjerom smisla u životu može objasniti čak 39% varijance simptoma anksioznosti (Hu, Cao i Zhu, 2015). Ovakvi rezultati pokazuju da psihološki nefleksibilne osobe, sklone izbjegavanju unutrašnjih doživljaja, vjerojatnije izvještavaju o većim razinama anksioznih simptoma.

Stres

Pojam stresa danas je u toliko čestoj upotrebi da gotovo svatko smatra poznatim značenje tog pojma. U literaturi postoji mnogo definicija stresa, a jedna od prihvaćenijih jest da se radi o stanju poremećene fiziološke, psihološke i socijalne ravnoteže pojedinca, izazvano individualnom procjenom fizičke, psihičke ili socijalne ugroženosti njega samog ili njemu bliske osobe (Havelka, 1990). U području terminologije važno je razlikovati tzv. stresore od stanja stresa, pri čemu *stresori* predstavljaju događaje koje procjenjujemo, protumačimo ili doživimo ugrožavajućim, dok se *psihičko stanje stresa* odnosi na sklop psihičkih i tjelesnih reakcija na stresor (Arambašić, 1996).

Na pitanje zbog čega se stres javlja različite teorije daju različite odgovore. Perspektiva na kojoj se temelji Lazarusova teorija stresa naglasak stavlja na kognitivne procese, odnosno pojavu stresa smatra ovisnom o složenom odnosu vanjskih zbivanja i značenja koja im ljudi pridaju procjenjujući ih kao bezazlene ili ugrožavajuće (Lazarus, 1966; prema Havelka, 1990). To znači da zbog velikih razlika među ljudima i subjektivnosti interpretacije događaja, isti događaj neće biti jednako stresan svim ljudima. Stresnijima će se smatrati događaji koji zahtijevaju ulaganje velikog napora, veće životne promjene te gubitci. Uz mnoge individualne razlike u interpretaciji događaja, ono što je svima zajedničko su znakovi koji karakteriziraju stanje stresa, a možemo ih grupirati u četiri kategorije: emocionalni, kognitivni, tjelesni i ponašajni znakovi stresa. Emocionalni znakovi mogu se odnositi na tugu, strah, paniku, zbuđenost, bespomoćnost i slično, dok se kognitivni odnose na zamišljenost, rastresenost, zaboravljivost, ponavljajuće misli itd. Tjelesni znakovi stanja stresa uvelike se preklapaju s tjelesnim simptomima anksioznosti, primjerice prekomjerno znojenje, grčevi u želucu, glavobolja, iscrpljenost, lupanje srca i teškoće sa spavanjem. U zadnju kategoriju ponašajnih znakova stresa možemo ubrojiti povlačenje u sebe, vikanje, plakanje, konzumaciju psihoaktivnih tvari, odbijanje komunikacije i slično (Arambašić, 1996).

Postoji pretpostavka da disfunkcionalna vjerovanja imaju negativnu ulogu u adaptaciji na okolinski stres zbog manjka realističnog pogleda na sam stresor (Gillis, 1992). U istraživanju koje su proveli Goh i Oei (1999) ispitan je odnos između disfunkcionalnih vjerovanja i radnog stresa. Rezultati su pokazali da u situaciji visokog, ali ne i niskog radnog stresa disfunkcionalna vjerovanja imaju ulogu u procesu primarne

procjene stresne situacije kao i da će krajnji efekti stresa koji pojedinac doživljava povratno utjecati na disfunkcionalna vjerovanja. Disfunkcionalna vjerovanja pokazala su se i kao moderator odnosa između frekvencije svakodnevnih stresora i depresivnog raspoloženja, odnosno takozvane disforije. Pokazalo se da je kod osoba s više disfunkcionalnih vjerovanja veza između frekvencije svakodnevnih stresora i disforije više izražena nego kod osoba s manje disfunkcionalnih vjerovanja. Jedna od mogućih interpretacija ovog nalaza je da kod pojedinaca s više disfunkcionalnih vjerovanja svakodnevnih stresori negativno utječu na vjerovanja o vlastitoj vrijednosti, a takve negativne samopercepcije mogu voditi do povećanja disforije (Kuiper, Olinger i Martin, 1988).

Doživljaj stresa uvelike ovisi o pojedinčevoj interpretaciji vanjskih događaja, no istraživanja ukazuju da kod stanja stresa važnost ima i način na koji se pojedinac odnosi prema svojim unutrašnjim doživljajima. Pokazalo se da psihološka nefleksibilnost predviđa doživljaj uznemirenosti i stresa u napetim interpersonalnim situacijama (Masuda, Price, Anderson i Wendell, 2010), kao i doživljaj općeg psihičkog stresa kod studenata (Masuda i Tully, 2011). Osim što se pokazala prediktivnom za doživljaj stresa općenito, psihološka nefleksibilnost, odnosno izbjegavanje unutrašnjih doživljaja, bila je povezana sa simptomatologijom i ozbiljnošću posttraumatskog stresnog poremećaja kod žena s poviješću zlostavljanja (Palm i Follette, 2010). Čini se da način na koji pojedinac razmišlja o proživljenom stresnom događaju te mjera u kojoj nastoji izbjegavati emocije i misli o stresnim situacijama imaju ulogu u tome koliko ozbiljne simptome psihičkog stresa će osoba doživljavati.

Sažeto, brojna istraživanja pokazuju da su disfunkcionalna vjerovanja i psihološka nefleksibilnost povezani s emocionalnim smetnjama kao što su depresivnost, anksioznost i stres. Preostaje nam odgovoriti na pitanje s početka teksta, a to je ima li *odnos* prema vlastitim mislima i emocijama jednako važnu ulogu u objašnjavanju pojedinih emocionalnih smetnji kao *sadržaj* tih unutrašnjih iskustava?

Cilj istraživanja, problem i hipoteze

Cilj ovog istraživanja je ispitati prediktivni značaj disfunkcionalnih vjerovanja i psihološke nefleksibilnosti za intenzitet depresivnosti, anksioznosti i stresa na studentskom uzorku. U skladu s ciljem istraživanja formuliran je sljedeći istraživački problem i hipoteze:

Problem: Ispitati ulogu disfunkcionalnih vjerovanja i psihološke nefleksibilnosti u objašnjavanju varijance individualnih razlika u izraženosti simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa na uzorku studenata.

Hipoteza 1: Očekuje se samostalni doprinos prediktora disfunkcionalnih vjerovanja i psihološke nefleksibilnosti u objašnjavanju varijance rezultata na skali depresivnosti. Očekuje se da će osobe s većim rezultatom na skali disfunkcionalnih vjerovanja i s većim rezultatom na skali psihološke nefleksibilnosti imati izraženije simptome na skali depresivnosti.

Hipoteza 2: Očekuje se samostalni doprinos prediktora disfunkcionalnih vjerovanja i psihološke nefleksibilnosti u objašnjavanju varijance rezultata na skali anksioznosti. Očekuje se da će osobe s većim rezultatom na skali disfunkcionalnih vjerovanja i s većim rezultatom na skali psihološke nefleksibilnosti imati izraženije simptome na skali anksioznosti.

Hipoteza 3: Očekuje se samostalni doprinos prediktora disfunkcionalnih vjerovanja i psihološke nefleksibilnosti u objašnjavanju varijance rezultata na skali stresa. Očekuje se da će osobe s većim rezultatom na skali disfunkcionalnih vjerovanja i s većim rezultatom na skali psihološke nefleksibilnosti imati izraženije simptome na skali stresa.

Metodologija

Sudionici

Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku od ukupno 423 sudionika, od čega su njih 80.9% bile žene, a 19.1% muškarci. Sudionici su bili studenti s 34 različita fakulteta i veleučilišta u Zagrebu i 17 različitih fakulteta i veleučilišta izvan Zagreba. Troje sudionika isključeno je iz daljnje analize rezultata zbog toga što ne pripadaju ciljnoj populaciji studenata. Dobni raspon kretao se od 18 do 31 godinu (prosječna dob uzorka iznosi $M=22.2$, uz standardnu devijaciju od $SD=1.89$). U istraživanju je sudjelovalo 16.9% studenata prve godine studija, 15.5% druge, 22.1% treće, 16.2% četvrte, 25.2% pete, 2.9% šeste i 1.2% studenata sedme godine studija. Najveći broj sudionika je prosječnog socioekonomskog statusa ($M=3.1$, $SD=0.63$, na ljestvici od 5 stupnjeva).

Mjerni instrumenti

Demografske karakteristike sudionika ispitane su pomoću pitanja o dobi, spolu, vrsti i godini studija, gradu u kojemu sudionici studiraju te procjenom socioekonomskog statusa na skali od 1 (znatno ispod prosjeka) do 5 (znatno iznad prosjeka). Aktualna razina stresa ispitana je pomoću pitanja o postojanju stresnog događaja u zadnja dva tjedna te razini stresa koju je izazvao na skali od 0 (nema stresa) do 7 (visoka razina stresa). Varijabla razine stresa je zbog bimodalnosti distribucije rekodirana u varijablu s 3 razine, 1 – (nema stresa), 2 – (nizak i umjeren stres) i 3 – (visok stres).

Skala disfunkcionalnih vjerovanja, forma A (eng. Dysfunctional Attitude Scale – form A; Weissman i Beck, 1978) predstavlja samoopisni upitnik konstruiran za mjerenje postojanja i intenziteta disfunkcionalnih vjerovanja. Sastoji se od 40 čestica formuliranih u obliku izjava, od kojih 10 čestica reprezentira adaptivno mišljenje, dok preostalih 30 čestica reprezentira disfunkcionalna vjerovanja. Ispitanici procjenjuju u kojoj se mjeri slažu s tvrdnjama, odnosno koliko dobro pojedina tvrdnja opisuje kako razmišljaju većinu vremena, pritom koristeći skalu Likertovog tipa sa 7 uporišnih točaka (1=u potpunosti se ne slažem, 7=u potpunosti se slažem). Ukupni rezultat kreće se u rasponu od 40 do 280, a čini ga zbroj procjena na svih 40 čestica, pri čemu je 10 čestica obrnuto kodirano. Što je rezultat na skali viši, pojedinac posjeduje više disfunkcionalnih vjerovanja (Weissman i Beck, 1978; prema De Graaf, Roelofs i Huibers, 2009).

Prema dosadašnjim istraživanjima unutarnja konzistencija ovog upitnika na različitim uzorcima je zadovoljavajuća i kreće se unutar okvira od 0.79 do 0.93 (Weissman i Beck, 1978; Dobson i Breiter, 1983; Cane, Olinger, Gotlib i Kupier, 1986; Power i sur., 1994; Ohrt i Thorell, 1998; Chioqueta i Stiles, 2004; Macavei, 2006; Mukhtar i Oei, 2010). U ovom istraživanju Cronbach alpha koeficijent pouzdanosti iznosi 0.93, što je u skladu s rezultatima prijašnjih istraživanja. Iako do sad provedena istraživanja nude nekoliko modela faktorske strukture, većina njih podupire dvofaktorsku strukturu ovog upitnika zbog toga što se faktori *izvedba ili postignuće* i *potreba za odobravanjem drugih* pojavljuju u različitim populacijama te predstavljaju interpretabilno i teorijski značajno rješenje, a njihov ukupni rezultat predstavlja dobru mjeru disfunkcionalnih vjerovanja (Cane i sur., 1986; Imber i sur., 1990; Raes, Hermans, Van den Boeck i Eelen, 2005; Vaglum i Falkum, 1999).

Upitnik prihvaćanja i akcije (eng. Acceptance and Action Questionnaire – AAQ-II; Bond i sur., 2011) predstavlja mjeru psihološke nefleksibilnosti/izbjegavanja unutrašnjih iskustava kao što su misli, emocije i tjelesne senzacije. Iako se AAQ-II često karakterizira isključivo kao mjera izbjegavanja unutrašnjih iskustava, zapravo se radi o mjeri nekoliko navedenih ACT procesa koji se temelje na psihološkoj (ne)fleksibilnosti (Hayes i sur., 2006). U ovom istraživanju korištena je kraća verzija upitnika sa 7 čestica koje su negativno orijentirane, odnosno ukazuju na psihološku nefleksibilnost. Od ispitanika se traži da procijene u kojoj mjeri se svaka od tvrdnji odnosi na njih koristeći skalu Likertovog tipa sa sedam uporišnih točaka (1=Nikada, 7=Uvijek). Maksimalan rezultat na upitniku je 49, pri čemu veći rezultat ukazuje na opću psihološku nefleksibilnost, a niži rezultat na psihološku fleksibilnost odnosno prihvaćanje unutarnjih iskustava (Bond i sur., 2011).

Validacija prve verzije upitnika AAQ (Hayes, Strosahl, Wilson i sur., 2004) koja je imala 32 čestice, rezultirala je kraćim verzijama upitnika koje nisu imale stabilnu jednofaktorsku strukturu. Daljnjim razvojem instrumenta (Bond i sur., 2011) dobivena je lista od 10 čestica koje čine 2 faktora. Zbog visoke povezanosti faktora te činjenice da prvi faktor čine negativno orijentirane čestice, a drugi 3 pozitivno orijentirane čestice, postoji pretpostavka da se radi o jednodimenzionalnom konstrukt, tj. mjeri psihološke (ne)fleksibilnosti. Izbacivanjem 3 pozitivno orijentirane čestice dobiva se bolja unutarnja

konzistencija instrumenta dok povezanost s originalnom verzijom instrumenta iznosi 0.97 (Bond i sur., 2011), što govori da se radi o mjeri istog konstrukta, ali uz bolje psihometrijske karakteristike. Iz tog razloga preporuka autora je korištenje verzije AAQ-II upitnika sa sedam čestica, čiji se koeficijent pouzdanosti kroz 6 uzoraka kretao od 0.78 do 0.88 (Bond i sur., 2011). Navedeno potkrepljuju i rezultati istraživanja na srpskom govornom području, u kojima se pokazala visoka pouzdanost unutarnje konzistencije u rasponu od 0.82 do 0.91 (Kovač, 2014; Stamenić, 2013; Ignjatović 2016; prema Ignjatović, 2016). U našem istraživanju Cronbach alpha koeficijent pouzdanosti iznosi 0.90, što je u skladu s rezultatima navedenih istraživanja. U Prilogu B nalazi se verzija upitnika korištena u ovom istraživanju koja je prethodno prevedena i prilagođena hrvatskom jeziku (Pavelić i Jokić-Begić, 2019).

Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa-21 (DASS-21; Lovibond i Lovibond, 1995) samoopisna je mjera negativnog afekta razvijena s ciljem diferencijacije između afektivnih simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa. U ovom istraživanju korištena je kraća verzija upitnika koja se sastoji od 3 podljestvice s po 7 čestica koje mjere depresivnost, anksioznost i stres (Prilog C). Ljestvica depresivnosti ispituje disforiju, bespomoćnost, gubitak samopoštovanja i interesa te odsutnost pozitivnog afekta i poticaja. Ljestvica anksioznosti ispituje pobuđenost, situacijsku anksioznost, tjelesnu hiperpobuđenost i subjektivno iskustvo anksioznog afekta, a ljestvica stresa ispituje teškoće s opuštanjem, uznemirenost, iritabilnost, nestrpljivost i sklonost pretjeranim reakcijama. Od ispitanika se traži da procijene u kojoj mjeri su tijekom proteklih tjedan dana doživjeli simptome opisane u tvrdnjama, pritom koristeći skalu Likertovog tipa s 4 uporišne točke (0=uopće se nije odnosilo na mene, 3=gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene). Rezultat za podljestvice računa se zbrajanjem rezultata na 7 čestica te množenjem dobivenog rezultata s brojem 2. Maksimalni rezultat na svakoj ljestvici je 42, pri čemu viši rezultat označava povišenje na skali depresivnosti, anksioznosti ili stresa.

Prema rezultatima dosadašnjih istraživanja svaka pojedina ljestvica ima zadovoljavajuću pouzdanost unutarnje konzistencije na različitim uzorcima (Antony, Bieling, Cox, Enns i Swinson, 1998; Brown, Chorpita, Korotitsch i Barlow, 1997; Crawford i Henry, 2003; Lovibond i Lovibond, 1995). U ovom istraživanju Cronbach

alpha koeficijent pouzdanosti iznosi 0.89 za depresivnost, 0.87 za anksioznost i 0.90 za stres, što je u skladu s rezultatima prijašnjih istraživanja (primjerice, 0.88 depresivnost, 0.82 anksioznost i 0.93 stres prema istraživanju Henryja i Crawforda (2005)). Faktorska struktura ovog upitnika je stabilna na kliničkim i nekliničkim uzorcima i odgovara trofaktorskom rješenju prema predloženim podljestvicama (Antony i sur., 1998; Brown i sur., 1997; Clara, Cox i Enns, 2001; Crawford i Henry, 2003; Lovibond i Lovibond, 1995).

Postupak

Istraživanje je provedeno pomoću ankete koja je izrađena na web-domeni docs.google.com, odnosno uz pomoć Google obrazaca. Početna stranica sastojala se od upute za sudionike (prikazana u Prilogu A). Na drugoj stranici prikupljali su se podaci o demografskim karakteristikama sudionika i aktualnoj razini stresa. Na trećoj stranici nalazila su se pitanja iz *Upitnika prihvaćanja i akcije* kojime se ispitivala psihološka nefleksibilnost, a na četvrtoj stranici pitanja iz *Skale disfunkcionalnih vjerovanja*. Na petoj stranici prikupljali su se podaci pomoću pitanja iz upitnika *DASS – 21* kojime se mjeri izraženost simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa. Posljednja stranica sastojala se od poruke zahvale i kontakta za potencijalna pitanja, a ujedno je služila i kao povratna informacija ispitanicima da su anketu ispunili do kraja. Anketa je podijeljena na stranicama društvenih mreža koje su često korištene od strane studenata, kao i na velikom broju studentskih on-line grupa različitih fakulteta. Također, u kontaktiranju sudionika koristila se tzv. metoda „snježne grude“ prema kojoj se svaki kontaktirani sudionik zamolio za prosljeđivanje ankete svojim poznanicima koji pripadaju ciljnoj skupini studenata. Prikupljanje podataka provodilo se u trajanju od 3 tjedna tijekom aktivnog dijela akademske godine.

Rezultati

Statistička analiza rezultata provedena je u programu SPSS verzija 23. Prije obrade rezultata, Kolmogorov-Smirnovljevim testom provjereno je razlikuju li se distribucije rezultata varijabli od normalne distribucije. Rezultati na *Skali disfunkcionalnih vjerovanja* i na *Upitniku prihvaćanja i akcije* statistički značajno odstupaju od normalne distribucije, no budući da se radi o strogom testu, analizom grafičkog prikaza distribucija procjenjuje se da se ne radi o velikom odstupanju, što je prikazano u Prilogu D. Nadalje, rezultati na *skali depresivnosti, skali anksioznosti i skali stresa (DASS-21)* statistički značajno odstupaju od normalne distribucije, pri čemu se rezultati depresivnosti i anksioznosti kreću u smjeru pozitivne asimetrije, dok je distribucija rezultata na skali stresa bliža normalnoj distribuciji (Prilog D). Ovakvi rezultati su očekivani budući da je istraživanje provedeno na nekliničkom uzorku, stoga veći broj sudionika ima manje izražene simptome depresivnosti i anksioznosti. Iako distribucije rezultata značajno odstupaju od normalne distribucije, u daljnjoj analizi koristit će se parametrijski postupci zato što uz velik uzorak, distorzije poput blage asimetričnosti distribucija varijabli u istom smjeru ne moraju imati velik utjecaj na veličinu koeficijenta korelacije (Petz, Kolesarić i Ivanec, 2012).

U Tablici 1 prikazana je deskriptivna statistika za rezultate sudionika na skali disfunkcionalnih vjerovanja, skali psihološke nefleksibilnosti, skalama depresivnosti, anksioznosti i stresa (*DASS-21*) te skalama razine stresa i socioekonomskog statusa.

Tablica 1

Prikaz osnovne deskriptivne statistike za varijable korištene u istraživanju ($N=420$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>C</i>	min	max
Psihološka nefleksibilnost	22.1	9.16	21	7	49
Disfunkcionalna vjerovanja	115.8	31.08	111	49	216
Depresivnost	12.4	10.81	8	0	42
Anksioznost	12.1	10.89	8	0	42
Stres	19.2	11.38	18	0	42
Razina stresa	2.3	0.81	3	1	3
Socioekonomski status	3.1	0.63	3	1	5

Legenda: *N* – broj ispitanika, *M* – aritmetička sredina, *SD* – standardna devijacija, *C* – centralna vrijednost, min – minimalna vrijednost, max – maksimalna vrijednost

U daljnjoj analizi ispitivala se povezanost psihološke nefleksibilnosti i disfunkcionalnih vjerovanja s rezultatima na skalama depresivnosti, anksioznosti i stresa. Veličina koeficijenta korelacije između pojedinih varijabli naznačena je u Tablici 2.

Zbog visokih vrijednosti koeficijenta korelacije između kriterijskih varijabli (Tablica 2), provedena je analiza kolinearnosti varijabli depresivnost, anksioznost i stres kako bi se ispitala opravdanost korištenja navedenih varijabli kao zasebnih kriterija u hijerarhijskoj regresijskoj analizi. Rezultati su pokazali da je vrijednost tolerancije za svaku varijablu mnogo veća od 0.2, dok bi tek vrijednosti manje od navedenog praga upućivale na potencijalni problem s kolinearnosti (Menard, 1995; prema Field, 2013). To ujedno znači da provođenje tri hijerarhijske regresijske analize nije redundantno jer se radi o povezanim mjerama različitih konstrukata, što potvrđuje i istraživanje Henryja i Crawforda (2005) koji tumače da svaka od navedenih varijabli ima dovoljnu specifičnu varijancu povrh zajedničke.

Tablica 2

Rezultati korelacijske analize između varijabli psihološka nefleksibilnost, disfunkcionalna vjerovanja, depresivnost, anksioznost i stres (DASS-21) ($N=420$)

	1	2	3	4	5
1 Psihološka nefleksibilnost	1	.567***	.681***	.528***	.601***
2 Disfunkcionalna vjerovanja		1	.531***	.408***	.462***
3 Depresivnost			1	.615***	.719***
4 Anksioznost				1	.788***
5 Stres					1

Legenda: N – broj ispitanika, *** $p < .001$

Provedena je i korelacijska analiza između kontrolnih varijabli te prediktora i kriterija u daljnjim analizama. Kao kontrolne varijable odabrane su dob, spol, socioekonomski status i procijenjena razina aktualnog stresa izazvanog okolinskim događajima. Varijable koje značajno koreliraju s kriterijima depresivnost, anksioznost i stres uvrštene su u daljnje analize. Rezultati korelacijske analize prikazani su u Tablici 3.

Tablica 3

Rezultati korelacijske analize povezanosti kontrolnih varijabli te njihove povezanosti s prediktorskim i kriterijskim varijablama ($N=420$)

	Dob	Spol	Socioekonomski status	Razina stresa
Psihološka nefleksibilnost	-.116*	-.136**	-.123*	.264***
Disfunkcionalna vjerovanja	-.067	-.013	.013	.182***
Depresivnost	-.162***	-.040	-.131**	.287***
Anksioznost	-.140**	-.148**	-.113*	.303***
Stres	-.128**	-.177***	-.079	.432***
Dob	–	.062	.015	-.054
Spol		–	.136**	-.033
Socioekonomski status			–	.027
Razina stresa				–

Legenda: N – broj ispitanika, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; Spol – viša vrijednost upućuje na muškarce; Razina stresa – procjena razine doživljenog stresa izazvanog događajima u okolini na ljestvici 1-3; Stres – DASS-21

Kako bismo odgovorili na postavljene probleme istraživanja, provedene su tri hijerarhijske regresijske analize. U prvoj analizi ispitalo se koliko dobro pomoću prediktora psihološka nefleksibilnost i disfunkcionalna vjerovanja možemo objasniti varijancu rezultata depresivnosti, povrh kontrolnih varijabli dobi, socioekonomskog statusa i razine stresa. U prvom koraku u analizu su uvrštene demografske varijable dob i socioekonomski status koje su se pokazale kao značajni prediktori objasnivši ukupno 4.3% varijance rezultata depresivnosti ($R=.207$, $F(2,417)= 9.309$; $p<.001$). U drugom koraku u model je dodana razina stresa kao pokazatelj aktualne situacije koja je kao značajni prediktor objasnila dodatnih 8% varijance depresivnosti, stoga je u drugom koraku objašnjeno ukupno 12.3% varijance rezultata depresivnosti ($R=.350$, $F(3,416)= 19.371$; $p<.001$). U trećem koraku u model su dodane varijable disfunkcionalna vjerovanja i psihološka nefleksibilnost kao pokazatelji karakteristika pojedinčevog sadržaja mišljenja i načina na koji se odnosi prema vlastitim unutrašnjim doživljajima. Disfunkcionalna vjerovanja ($\beta=.217$; $t=5.209$; $p<.001$) i psihološka nefleksibilnost ($\beta=.510$; $t=11.845$; $p<.001$) kao značajni su prediktori u trećem koraku objasnili dodatnih

39.4% varijance rezultata depresivnosti, povrh kontrolnih varijabli. Od ostalih varijabli značajni doprinos u zadnjem koraku imale su dob ($\beta = -.081$; $t = -2.345$; $p < .020$), socioekonomski status ($\beta = -.073$; $t = -2.111$; $p < .035$) i razina stresa ($\beta = .111$; $t = 3.122$; $p < .002$). Rezultati pokazuju da su veća psihološka nefleksibilnost, veći broj disfunkcionalnih vjerovanja, mlađa dob, niži socioekonomski status te doživljen stres višeg intenziteta povezani s većom izraženošću simptoma depresivnosti. Navedenim prediktorskim modelom u zadnjem koraku možemo objasniti 51.7% varijance rezultata depresivnosti ($R = .719$, $F(5,414) = 88.660$; $p < .001$). Rezultati provedene hijerarhijske regresijske analize prikazani su Tablici 4.

Tablica 4

Rezultati hijerarhijske regresijske analize u istraživanju samostalnog doprinosa prediktora u objašnjavanju varijance depresivnosti ($N = 420$)

Depresivnost		β	t	p	
1.	Dob	-.160	-3.332	.001	$R = .207$
	Socioekonomski status	-.129	-2.690	.007	$R^2 = .043$ $F = 9.309^{***}$
2.	Dob	-.144	-3.133	.002	$R = .350$
	Socioekonomski status	-.137	-2.974	.003	$R^2 = .123$ $F = 19.371^{***}$
	Razina stresa	.283	6.152	.001	$\Delta R^2 = .080$ $F_{\Delta R^2} = 37.850^{***}$
3.	Dob	-.081	-2.345	.020	
	Socioekonomski status	-.073	-2.111	.035	$R = .719$ $R^2 = .517$
	Razina stresa	.111	3.122	.002	$F = 88.660^{***}$
	Disfunkcionalna vjerovanja	.217	5.209	.001	$\Delta R^2 = .394$ $F_{\Delta R^2} = 169.111^{***}$
	Psihološka nefleksibilnost	.510	11.845	.001	

Legenda: *** $p < .001$; N – broj ispitanika, β – standardizirani koeficijent multiple regresije; t – t -test; p – razina statističke značajnosti; R – koeficijent multiple korelacije; R^2 – koeficijent multiple determinacije; F – F omjer; ΔR^2 – promjena koeficijenta multiple determinacije; $F_{\Delta R^2}$ – vrijednost F -omjera za promjenu koeficijenta multiple determinacije

U drugoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi ispitivalo se koliko dobro pomoću prediktora psihološka nefleksibilnost i disfunkcionalna vjerovanja možemo objasniti varijancu rezultata anksioznosti, povrh kontrolnih varijabli dobi, spola, socioekonomskog statusa i razine stresa. U prvom koraku u analizu su uvrštene demografske varijable dob, spol i socioekonomski status od kojih su se kao značajni prediktori pokazale dob i spol objasnivši ukupno 4.8% varijance rezultata anksioznosti ($R=.219$, $F(3,416)= 6.953$; $p<.001$). U drugom koraku u model je dodana razina stresa kao pokazatelj aktualne situacije koja je kao značajni prediktor, objasnila dodatnih 8.7% varijance anksioznosti, stoga je u drugom koraku objašnjeno ukupno 13.5% varijance rezultata anksioznosti ($R=.367$, $F(4,415)= 16.122$; $p<.001$). U trećem koraku u model su dodane varijable disfunkcionalna vjerovanja i psihološka nefleksibilnost kao pokazatelji karakteristika pojedinčevog sadržaja mišljenja i načina na koji se odnosi prema vlastitim unutrašnjim doživljajima. Disfunkcionalna vjerovanja ($\beta=.166$; $t=3.397$; $p<.001$) i psihološka nefleksibilnost ($\beta=.362$; $t=7.114$; $p<.001$) kao značajni su prediktori u trećem koraku objasnili dodatnih 20.5% varijance rezultata anksioznosti, povrh kontrolnih varijabli. Od ostalih varijabli značajni doprinos u zadnjem koraku imala je samo razina stresa ($\beta=.172$; $t=4.144$; $p<.001$), dok spol i dob više nisu bili značajni prediktori. Rezultati pokazuju da su veća psihološka nefleksibilnost, veći broj disfunkcionalnih vjerovanja te doživljen stres višeg intenziteta povezani s većom izraženošću simptoma anksioznosti. Navedenim prediktorskim modelom u zadnjem koraku možemo objasniti 34% varijance rezultata anksioznosti ($R=.583$, $F(6,413)= 35.407$; $p<.001$). Rezultati provedene hijerarhijske regresijske analize prikazani su Tablici 5.

Tablica 5

Rezultati hijerarhijske regresijske analize u istraživanju samostalnog doprinosa prediktora u objašnjavanju varijance anksioznosti ($N=420$)

Anksioznost		β	t	p	
1.	Dob	-.131	-2.732	.007	$R = .219$ $R^2 = .048$ $F = 6.953^{***}$
	Spol	-.127	-2.625	.009	
	Socioekonomski status	-.094	-1.941	.053	
2.	Dob	-.115	-2.519	.012	$R = .367$ $R^2 = .135$ $F = 16.122^{***}$ $\Delta R^2 = .087$ $F_{\Delta R^2} = 41.595^{***}$
	Spol	-.117	-2.532	.012	
	Socioekonomski status	-.103	-2.237	.026	
	Razina stresa	.295	6.449	.001	
3.	Dob	-.072	-1.785	.075	$R = .583$ $R^2 = .340$ $F = 35.407^{***}$ $\Delta R^2 = .205$ $F_{\Delta R^2} = 64.161^{***}$
	Spol	-.078	-1.901	.058	
	Socioekonomski status	-.064	-1.557	.120	
	Razina stresa	.172	4.144	.001	
	Disfunkcionalna vjerovanja psihološka nefleksibilnost	.166	3.397	.001	

Legenda: *** $p < .001$; N – broj ispitanika, β – standardizirani koeficijent multiple regresije; t – t -test; p – razina statističke značajnosti; R – koeficijent multiple korelacije; R^2 – koeficijent multiple determinacije; ΔR^2 – promjena koeficijenta multiple determinacije; $F_{\Delta R^2}$ – vrijednost F-omjera za promjenu koeficijenta multiple determinacije

U trećoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi ispitivalo se koliko dobro pomoću prediktora psihološka nefleksibilnost i disfunkcionalna vjerovanja možemo objasniti varijancu rezultata stresa, povrh kontrolnih varijabli dobi, spola i razine stresa. U prvom koraku u analizu su uvrštene demografske varijable dob i spol koje su se pokazale kao značajni prediktori objasnivši ukupno 4.5% varijance rezultata stresa ($R = .213$, $F(2,417) = 9.894$; $p < .001$). U drugom koraku u model je dodana razina stresa kao pokazatelj aktualne situacije koja je kao značajni prediktor objasnila dodatnih 17.7% varijance stresa, stoga je u drugom koraku objašnjeno ukupno 22.2% varijance rezultata stresa ($R = .472$, $F(3,416) = 39.671$; $p < .001$). U trećem koraku u model su dodane varijable

disfunkcionalna vjerovanja i psihološka nefleksibilnost kao pokazatelji karakteristika pojedinčevog sadržaja mišljenja i načina na koji se odnosi prema vlastitim unutrašnjim doživljajima. Disfunkcionalna vjerovanja ($\beta=.176$; $t=4.042$; $p<.001$) i psihološka nefleksibilnost ($\beta=.406$; $t=9.060$; $p<.001$) kao značajni su prediktori u trećem koraku objasnili dodatnih 25.2% varijance rezultata stresa, povrh kontrolnih varijabli. Od ostalih varijabli značajni doprinos u zadnjem koraku imale su spol ($\beta= -.107$; $t= -2.973$; $p<.003$) i razina stresa ($\beta=.287$; $t=7.762$; $p<.001$), dok dob više nije bila značajni prediktor. Rezultati pokazuju da su veća psihološka nefleksibilnost, veći broj disfunkcionalnih vjerovanja, ženski spol te doživljen stres višeg intenziteta povezani s većom izraženošću simptoma stresa. Navedenim prediktorskim modelom u zadnjem koraku možemo objasniti 47.4% varijance rezultata stresa ($R=.689$, $F(5,414)= 74.711$; $p<.001$). Rezultati provedene hijerarhijske regresijske analize prikazani su Tablici 6.

Tablica 6

Rezultati hijerarhijske regresijske analize u istraživanju samostalnog doprinosa prediktora u objašnjavanju varijance stresa ($N=420$)

Stres		β	t	p	
1.	Dob	-.118	-2.457	.014	$R=.213$
	Spol	-.170	-3.549	.001	$R^2 = .045$ $F= 9.894^{***}$
2.	Dob	-.096	-2.205	.028	$R= .472$ $R^2 = .222$
	Spol	-.158	-3.638	.001	$F= 39.671^{***}$
	Razina stresa	.422	9.735	.001	$\Delta R^2 = .177$ $F_{\Delta R^2} = 94.773^{***}$
3.	Dob	-.047	-1.312	.190	
	Spol	-.107	-2.973	.003	$R= .689$ $R^2 = .474$
	Razina stresa	.287	7.762	.001	$F= 74.711^{***}$
	Disfunkcionalna vjerovanja	.176	4.042	.001	$\Delta R^2 = .252$ $F_{\Delta R^2} = 99.183^{***}$
	Psihološka nefleksibilnost	.406	9.060	.001	

Legenda: *** $p <.001$; N – broj ispitanika, β – standardizirani koeficijent multiple regresije; t – t-test; p – razina statističke značajnosti; R – koeficijent multiple korelacije; R^2 – koeficijent multiple determinacije; F – F omjer; ΔR^2 – promjena koeficijenta multiple determinacije; $F_{\Delta R^2}$ – vrijednost F-omjera za promjenu koeficijenta multiple determinacije

Rasprava

Istraživački problem u sklopu ovog istraživanja nastojao je ispitati ulogu disfunkcionalnih vjerovanja i psihološke nefleksibilnosti u objašnjavanju varijance individualnih razlika u izraženosti simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa. Rezultati su pokazali da psihološka nefleksibilnost i disfunkcionalna vjerovanja imaju značajan samostalni doprinos u objašnjavanju simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa, što je u skladu s postavljenim hipotezama. Također, navedene varijable objasnile su dodatnu varijancu rezultata istraživanih emocionalnih smetnji povrh svih kontrolnih varijabli.

Depresivnost

Uzevši u obzir veličinu regresijskih koeficijenata, najveći doprinos u objašnjavanju simptoma depresivnosti imala je psihološka nefleksibilnost. Kao što je spomenuto, psihološka nefleksibilnost odnosi se na nemogućnost pojedinca da adekvatno regulira ponašanje u nekom kontekstu zbog preplavljenosti i upornog izbjegavanja vlastitih misli i emocija te zbog pretjerane regulacije ponašanja putem verbalnih evaluacija i pravila. Primjerice, depresivna osoba može misao o vlastitoj bezvrijednosti potiskivati, izbjegavati, tretirati kao gotovu činjenicu ili ruminirati o razlozima zbog čega se tako osjeća. Rigidno pridržavanje takvog pristupa vlastitim neugodnim doživljajima, potencijalno dugoročno dovodi do još neugodnijih doživljaja, stoga je razumljivo očekivati da način na koji se pojedinac odnosi prema svojim mislima ili emocijama, ima ulogu u objašnjavanju emocionalnih smetnji, pa tako i depresivnosti. Takve rezultate potvrđuje i metaanaliza 27 studija koja je pokazala da psihološka fleksibilnost predviđa velik broj mjera kvalitete života, među kojima je i depresivnost (Hayes i sur., 2006), a ti efekti bili su postojani čak i nakon kontrole individualnih karakteristika kao što su emocionalna inteligencija, negativna afektivnost, lokus kontrole i supresija misli (Bond, Hayes i Barnes-Holmes, 2006). Također, veći broj istraživanja pronašao je povezanost između psihološke nefleksibilnosti i depresivnosti na različitim uzorcima, a neki od njih su: studenti (Masuda i Tully, 2011), klinički uzorci osoba s dijagnozama opsesivno-kompulzivnog poremećaja, generaliziranog anksioznog poremećaja i velikog depresivnog poremećaja (Fergus i sur., 2013) te osobe oboljele od raka (Hu i sur., 2015).

Drugi prediktor od interesa u ovom istraživanju su disfunkcionalna vjerovanja koja su imala nešto niži, ali značajan samostalni doprinos u objašnjavanju simptoma depresivnosti. Kao što je spomenuto, disfunkcionalna vjerovanja odnose se na globalna, rigidna i negativna vjerovanja primjerice: „*Ako nisam uspješan/na kao drugi, to znači da sam manje vrijedna osoba*“ (DAS-A). Takva vjerovanja su ekstremna i nekorisna te kod pojedinca postavljaju kriterije koje je gotovo nemoguće ostvariti. Disfunkcionalna vjerovanja dovode i do aktivacije negativnih automatskih misli te emocionalnih, ponašajnih i fizioloških reakcija, stoga je logično očekivati da će pojedinac s više takvih vjerovanja, nakon neuspjeha u ostvarivanju nerealnih očekivanja, vjerojatnije biti tužan, potišten, osjećati se bezvrijedno i depresivno. Sutton i suradnici (2010) u svom su istraživanju pokazali da disfunkcionalna vjerovanja samostalno objašnjavaju 4% varijance depresivnih simptoma među ostalim faktorima ranjivosti. Također, disfunkcionalna vjerovanja mjerena kratko nakon remisije depresije bila su pozitivno povezana s pojavom depresivnih simptoma šest mjeseci nakon prvog mjerenja te su kao najbolji prediktor objasnila 25% varijance depresivnih simptoma (Rush, Weissenburger i Eaves, 1986).

Nadalje, kognitivni model depresije pretpostavlja da je povezanost između disfunkcionalnih vjerovanja i depresivnih simptoma posredovana negativnim automatskim mislima što podržavaju i provedena istraživanja (Kitamura i Tanaka, 2012; Estévez i Calvete, 2009; prema Ruiz i Odriozola-Gonzalez, 2016). Zanimljivo je da u taj odnos možemo uključiti i psihološku nefleksibilnost kao medijator, ali i moderator povezanosti između disfunkcionalnih vjerovanja i negativnih automatskih misli. Pokazalo se da je postojanje više disfunkcionalnih vjerovanja povezano s većim razinama psihološke nefleksibilnosti, koja je s druge strane povezana s većom frekvencijom negativnih automatskih misli (Ruiz i Odriozola-Gonzalez, 2016). U istom istraživanju pokazalo se i da s porastom psihološke nefleksibilnosti raste efekt disfunkcionalnih vjerovanja na frekvenciju negativnih automatskih misli, štoviše, disfunkcionalna vjerovanja nisu značajno predviđala frekvenciju negativnih automatskih misli na dijelu uzorka s razinom psihološke nefleksibilnosti ispod 42. percentila. Ovakvi rezultati sugeriraju da disfunkcionalna vjerovanja ne moraju nužno biti štetna kod pojedinaca s nižim razinama psihološke nefleksibilnosti, zbog toga što, iako ti pojedinci vjerojatno doživljavaju negativne automatske misli, ne postaju preplavljeni njima, ne reguliraju

svoje ponašanje putem takvih verbalnih procesa i ne koriste izbjegavanje iskustva kao način nošenja s negativnim sadržajem misli i njima izazvanih emocija. Ovakvi nalazi formiraju pretpostavljeni odnos psihološke nefleksibilnosti i disfunkcionalnih vjerovanja koji bi bilo zanimljivo ispitati u daljnjim istraživanjima.

Osim do sada spomenutih prediktora, u predviđanju simptoma depresivnosti svoju ulogu imale su i demografske varijable dob te socioekonomski status. U ovom istraživanju mlađa dob bila je povezana s više izraženih simptoma depresivnosti, što potencijalno možemo objasniti pomoću druge varijable, a to je godina studija. Naime, mlađe osobe su u pravilu na početnim godinama studija koje zahtijevaju prilagodbu na novu razinu edukacije, novu socijalnu okolinu, a često i novi grad što može biti podloga za razvoj emocionalnih smetnji ako je prilagodba otežana. Rezultati su pokazali i da je niži socioekonomski status povezan s više izraženih simptoma depresivnosti. Takvi su rezultati vidljivi i u velikoj studiji Berkmana i Breslowa (1983) u kojoj se pokazuje da ispitanici s manjim primanjima u pravilu izvještavaju o većem broju depresivnih simptoma. Povezanost socioekonomskog statusa i depresivnosti potencijalno se može objasniti ulogom drugih varijabli kao što je psihološki stres zbog nedostatka financijskih primanja, posebice jer se radi o uzorku studenata čija primanja ovise o financijskoj podršci roditelja te o mogućnosti da pronađu studentski posao.

Nadalje, pokazuje se da su stresni životni događaji povezani s pojavom depresivnih simptoma, a veličina povezanosti ovisi o ozbiljnosti stresnog događaja te o načinu mjerenja razine stresa (Kessler, 1997). U ovom je istraživanju veća razina stresa izazvana događajima bila povezana s više izraženih simptoma depresivnosti te je objasnila dodatnu varijancu rezultata depresivnosti povrh demografskih varijabli. Razina stresa bila je mjerena pomoću pitanja u kojemu se procjenjuje razina stresa izazvana stresnim događajem, no postoji mogućnost da zbog manjkavosti metode samoprocjene ova varijabla oslikava ukupno loše emocionalno stanje osobe, a ne nužno stanje izazvano stresnim događajem.

Anksioznost

U ovom istraživanju najbolji prediktor rezultata anksioznosti bila je psihološka nefleksibilnost. Logično je očekivati da se pojedinac koji je psihološki nefleksibilan teže suočava s anksioznim kognicijama i doživljajima. Primjerice, pretjerano bavljenje

vlastitim anksioznim mislima ili usmjerenost na emocionalne i fiziološke aspekte anksioznosti može potencijalno voditi njihovom jačanju te manje efikasnoj regulaciji ponašanja u smjeru ostvarivanja postavljenog cilja. Važnost psihološke nefleksibilnosti istaknuta je i u istraživanju koje je ispitalo ulogu emocionalnih shema, psihološke fleksibilnosti i procesa pune svjesnosti (tzv. *mindfulness*) u objašnjavanju anksiozne simptomatologije. Rezultati su pokazali da je psihološka fleksibilnost od uključenih varijabli bila najznačajniji prediktor kognitivnih, emocionalnih, fizioloških i interpersonalnih dimenzija anksioznosti (Tirch, Leahy, Silberstein i Melwani, 2012).

Drugi prediktor od interesa bila su disfunkcionalna vjerovanja koja su imala niži, ali značajan samostalni doprinos u objašnjavanju simptoma anksioznosti. Ovakvi rezultati upućuju na pretpostavku da su pojedinci s više disfunkcionalnih vjerovanja skloniji životne situacije percipirati kao više prijeteće i negativnije od onih s realističnijim vjerovanjima (Kuiper i Olinger, 1986; prema Kuiper i sur., 1988). Povratno, takve negativne kognicije i ruminacije mogu voditi do većih općih razina anksioznosti. Eksperimentalna istraživanja pokazuju da pojedinci s više disfunkcionalnih vjerovanja u situaciji evaluacije učinka igranja video igre najčešće izvještavaju o anksioznosti, za razliku od pojedinaca s manje disfunkcionalnih vjerovanja koji svoj doživljaj opisuju kao uzbuđenje. Također, pojedinci koji imaju više disfunkcionalnih vjerovanja pokazuju se i više socijalno anksioznima (Kuiper, Olinger i Swallow, 1987; prema Kuiper i sur., 1988).

Nadalje, viša razina stresa bila je povezana s više izraženih simptoma anksioznosti. Kao pokazatelj aktualne situacije, razina stresa objasnila je dodatnu varijancu rezultata anksioznosti, povrh demografskih varijabli. Ovakav rezultat je očekivan zbog toga što se stresni događaji uobičajeno percipiraju prijetećima stvarajući podlogu za razvoj anksioznosti.

Stres

Psihološka fleksibilnost ponovno se pokazala kao najbolji samostalni prediktor, ovoga puta varijance stresa. Ovakve rezultate potvrđuje istraživanje Bardeena, Fergusa i Orcutta (2013) u kojemu je psihološka nefleksibilnost, odnosno izbjegavanje unutrašnjih iskustava bilo u visokoj pozitivnoj povezanosti s percipiranim stresom, ali i s izraženosti simptoma stresa. Iako izbjegavanje unutrašnjih iskustava može kratkoročno ublažiti doživljaj stresa, paradoksalno izbjegavanjem negativnih misli i emocija dugoročno može

doći do nakupljanja i pogoršavanja stanja stresa (Hayes i sur., 1996; prema Bardeen i sur., 2013).

Kao što je spomenuto, disfunkcionalna vjerovanja također su imala značajan samostalni doprinos u predviđanju simptoma stresa. U širem smislu postoje dva razloga zašto se očekuje da su neadaptivne kognicije povezane s više subjektivno doživljenog stresa. Prvo, osoba koja ima takve stavove i vjerovanja vjerojatnije će doživljavati stres tijekom uobičajenih životnih situacija. Drugo, tijekom stresnog događaja, osoba s neadaptivnim pogledom na život će manje vjerojatno moći umanjiti stanje stresa koje događaj uzrokuje (Gillis, 1992). U drugoj studiji koju su proveli Kuiper i suradnici (1988) koristeći eksperimentalni nacrt pokazalo se da su pojedinci s više disfunkcionalnih vjerovanja tijekom umjereno stresnog, ali i kontrolnog zadatka doživljavali veću razinu fiziološkog uzbuđenja, procjenjivali veću razinu anksioznosti, izvještavali o većem nesviđanju zadatka te većoj samosvijesti. Takvi rezultati podržavaju pretpostavku da disfunkcionalna vjerovanja mogu imati pervazivni efekt predisponirajući pojedinca za samogenerirani stres čak i u situacijama kad su objektivni izvori stresa minimalni.

Osim do sad spomenutih prediktora, ulogu u objašnjavanju varijance stresa imali su i spol te situacijska varijabla razine stresa. Ženski spol predviđao je izraženije simptome stresa što je očekivano prema rezultatima istraživanja u kojima su žene izvještavale o većoj razini percipiranog stresa kao i više izraženih simptoma stresa nego muškarci (Bardeen i sur., 2013; Masuda i Tully, 2011). Nadalje, logično je očekivati da će više razine percipiranog stresa izazvane nekim događajem pozitivno predviđati izraženost samih simptoma stresa. Prema nekim autorima percipirani stres i opće stanje stresa povezani su konstrukti, a razlikuju se po tome što se percipirana razina stresa odnosi na stupanj u kojem se životni događaji percipiraju nepredvidljivima, preplavljujućima ili izvan pojedinčeve kontrole dok se opći stres odnosi na doživljene simptome poput napetosti i fiziološke pobuđenosti (Cohen i sur., 1983; Watson, Clark, & Tellegen, 1988; prema Bardeen i sur., 2013). Iako su sudionici procjenjivali razinu stresa izazvanu događajima u proteklih tjedan dana, postoji mogućnost da su se na obje mjerene varijable zapravo osvrnuli na doživljene simptome stresa.

Sažeto, u ovom istraživanju ispitan je prediktivni značaj tri modela za tri različita kriterija, a to su depresivnost, anksioznost i stres. Pokazalo se da je najveći postotak

varijance objašnjen za kriterij depresivnosti, zatim za kriterij stresa i na kraju kriterij anksioznosti. Disfunkcionalna vjerovanja i psihološka nefleksibilnost kao ključne prediktorske varijable značajno su predviđale kriterije povrh kontrolnih varijabli. Među uključenim prediktorima, psihološka nefleksibilnost imala je najveći samostalni doprinos u objašnjavanju varijance svih kriterija.

Ograničenja i implikacije provedenog istraživanja

Dio ograničenja ovog istraživanja proizlazi iz procesa prikupljanja podataka. Iako internetska anketa ima prednost prikupljanja velikog broja sudionika, radi se o prigodnom uzorku, što ograničava mogućnost generalizacije rezultata. Zastupljenost sudionika s različitih vrsta studijskih programa bila je velika, no uzorak su većinski činile žene. Budući da su ciljnu populaciju ovog istraživanja činili studenti, rezultati ne moraju nužno biti primjenjivi na uzorcima niže obrazovanih ili starijih sudionika, kao ni na kliničkim uzorcima.

Također, u istraživanju su korištene isključivo mjere samoizvještaja koje imaju svoje nedostatke, primjerice podložne su utjecaju samozavaravanja ili s druge strane preuveličavanju i socijalno poželjnom odgovaranju. Već su spomenuti i nedostaci procjene razine stresa izazvanog stresnim događajem koja ostavlja otvorenim pitanje mjeri li se tom česticom percipirani stres izazvan događajem, izraženost simptoma stresa ili opće emocionalno stanje pojedinca.

Još jedno od ograničenja istraživanja je korelacijski nacrt koji onemogućava uzročno – posljedično zaključivanje. Psihološka nefleksibilnost i disfunkcionalna vjerovanja smatraju se faktorima ranjivosti za razvoj emocionalnih smetnji, no ovakvim nacrtom istraživanja ne možemo sa sigurnošću tvrditi jesu li disfunkcionalna vjerovanja i psihološka nefleksibilnost posljedica ili antecedent istraživanih emocionalnih smetnji, što može biti zanimljiv problem budućih istraživanja.

Rezultati ovog istraživanja daju naslutiti važnost sadržaja misli, vjerovanja i njima izazvanih emocija, kao i načina na koji se odnosimo prema takvim unutrašnjim doživljajima. Psihološka nefleksibilnost pokazala se boljim prediktorom emocionalnih smetnji od disfunkcionalnih vjerovanja, demografskih pokazatelja pa i od nekih pokazatelja trenutnog konteksta kao što je percipirana razina aktualnog stresa izazvana događajima u okolini. To može voditi do pretpostavke da iako u nekoj mjeri svi ljudi

imaju negativne misli, ekstremna i nekorisna vjerovanja te proživljavaju neugodne i stresne događaje, intenzitet emocionalnih smetnji može najviše ovisiti o tome koliko će izbjegavati takve unutrašnje doživljaje ili rigidno slijediti usvojena pravila.

Nažalost, pokazalo se da pokušaji izbjegavanja neugodnih unutrašnjih doživljaja mogu povećati njihovu funkcionalnu važnost zbog toga što postaju salijentniji kao i zato što su takvi pokušaji kontrole verbalno povezani s očekivanim negativnim ishodima (Hayes i sur., 2006). Takav obrazac izbjegavanja dodatno ojačava moderno društvo i njegova kultura tzv. „feel goodism“-a (Hayes, Strosahl, Bunting i sur., 2004) koja promovira fokus na tome da se osjećamo dobro i izbjegavamo bol. Postavlja se pitanje hoće li se utjecaj takve kulture na psihološku fleksibilnost današnjih generacija očitovati u većem broju psihičkih smetnji.

Nerealno je očekivati da se tijekom života nećemo susresti s preprekama, osjetiti anksioznost, tugu ili pomisliti da ne vidimo rješenje problema, no komparacijom takvih stanja vlastitih misli, emocija i života s visokim zahtjevima da se osjećamo dobro, može doći do razočaravajućih odstupanja. Upravo zbog toga, intervencije bi osim samih psihopatoloških simptoma trebale tretirati procese u njihovoj osnovi kao što je psihološka nefleksibilnost. Empirijski dokazi prevencije i tretmana psihičkih smetnji pokazuju da psihološka fleksibilnost može biti promovirana u već u samo nekoliko susreta (Ruiz, 2010; prema Ruiz i Odriozola-Gonzalez, 2016), dok je za mijenjanje disfunkcionalnih vjerovanja potreban duži vremenski period (Beck i sur., 1979; prema Ruiz i Odriozola-Gonzalez, 2016). Ono što bi trebalo biti naglašeno jest da preferencije za određene misli i emocije trebaju ovisiti o njihovoj funkcionalnosti u danoj situaciji (Kashdan i Rottenberg, 2010). Primjerice, ponekad su neugodne misli i emocije korisnije od ugodnih pa tako umjerena doza anksioznosti može pridonijeti boljoj izvedbi ili nas doživljaj tuge može približiti drugim ljudima. Poučavanje o tome da se ne trebamo uvijek osjećati i funkcionirati izvrsno, već da je u nekim kontekstima posve prihvatljiva ili čak adaptivnija neugodna misao, emocija ili izvedba zapravo je poučavanje o dobrobiti psihološke fleksibilnosti.

Zaključak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati ulogu disfunkcionalnih vjerovanja i psihološke nefleksibilnosti u objašnjavanju varijance simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa. Sve postavljene hipoteze su potvrđene, budući da oba konstrukta imaju značajan samostalni doprinos u objašnjavanju varijance navedenih emocionalnih smetnji, čak i povrh demografskih pokazatelja i aktualne razine doživljenog stresa. Čini se da su veća psihološka nefleksibilnost i više disfunkcionalnih vjerovanja povezani s većom izraženošću simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa. Osim navedenih prediktora, razina stresa izazvana događajem predviđala je sve tri emocionalne smetnje. Depresivnost su predviđali i mlađa dob te niži socioekonomski status, dok je ženski spol bio prediktivan za više izraženih simptoma stresa. Zaključno, čini se da, uz neke aspekte životne situacije, sadržaj naših misli, vjerovanja i emocija te način na koji se odnosimo prema takvim unutrašnjim doživljajima imaju ulogu u objašnjavanju emocionalnih smetnji. Ovo istraživanje pruža zanimljivu pretpostavku da bi način na koji se odnosimo prema neugodnim unutrašnjim doživljajima, odnosno razina psihološke nefleksibilnosti, mogla imati i važniju ulogu kod emocionalnih smetnji od neugodnih doživljaja samih po sebi.

Literatura

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Panzarella, C. i Rose, D. T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrence of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 145-156.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W. i Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression anxiety stress scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*, 176–181.
- Arambašić, L. (1996). Savjetovanje, u: J. Pregrad (Ur.), *Stres, trauma, oporavak* (str. 63-86). Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Bardeen, J. R., Fergus, T. A. i Orcutt, H. K. (2013). Experiential Avoidance as a Moderator of the Relationship Between Anxiety Sensitivity and Perceived Stress. *Behavior Therapy, 44*(3), 459–469.
- Begić, D. (2014). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Berkman, L. F. i Breslow, L. (1983). *Health and ways of living: The Alameda County Study*. New York: Oxford University Press.
- Bond, F. W., Hayes, S. C. i Barnes-Holmes, D. (2006). Psychological flexibility, ACT and organizational behavior. U: S. C. Hayes, F. W. Bond, D. Barnes-Holmes i J. Austin (Ur.), *Acceptance and mindfulness at work* (str. 25–54). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... i Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676–688.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W. i Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 79–89.
- Bryan, C. J., Ray-Sannerud, B. i Heron, E. A. (2015). Psychological flexibility as a dimension of resilience for posttraumatic stress, depression, and risk for suicidal ideation among Air Force personnel. *Journal of Contextual Behavioral Science, 4*(4), 263–268.
- Cane, B. D., Olinger, L. J., Gotlib, I. H. i Kuiper, N. A. (1986). Factor structure of the dysfunctional attitude scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology, 42*, 307-310.
- Chioqueta, A. P. i Stiles, T. C. (2004). Psychometric Properties of the Norwegian Version of the Dysfunctional Attitude Scale (Form A). *Cognitive Behaviour Therapy, 33*, 83-86.

- Clara, I. P., Cox, B. J. i Enns, M.W. (2001). Confirmatory factor analysis of the Depression anxiety Stress Scales in depressed and anxious patients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 61–67.
- Crawford, J. R. i Henry, J. D. (2003). The Depression anxiety stress scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 111–131.
- De Graaf, L. E., Roelofs, J. i Huibers, M. J. (2009). Measuring Dysfunctional Attitudes in the General Population: The Dysfunctional Attitude Scale (form A) Revised. *Cognitive Theory Research*, 33, 345-355.
- Dobson, K. S. i Breiter, H. J. (1983). Cognitive assessment of depression: reliability and validity of three measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 107–109.
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., Gier-Lonsway, S. i Jencius, S. (2013). The cognitive attentional syndrome: Examining relations with mood and anxiety symptoms and distinctiveness from psychological inflexibility in a clinical sample. *Psychiatry Research*, 210(1), 215–219.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. London: SAGE Publications Ltd.
- Gillis, J. S. (1992). Stress, Anxiety, and Cognitive Buffering. *Behavioral Medicine*, 18(2), 79–83.
- Goh, Y. W. i Oei, T. P. S. (1999). Dysfunctional attitude and occupational stress process: a test of the organisational stress model. *Psychologia*, 42, 1-15.
- Halvorsen, M., Wang, C. E., Eisemann, M. i Waterloo, K. (2009). Dysfunctional Attitudes and Early Maladaptive Schemas as Predictors of Depression: A 9-Year Follow-Up Study. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 368–379.
- Havelka, M. (1990). *Zdravstvena psihologija*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F.W., Masuda, A. i Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1–25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M. i Wilson, K. G. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? U: S. C. Hayes i K. D. Strosahl (Ur.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (str. 3-29). New York, NY: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D.,... i Polusny, M. A. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, 553–578.

- Henry, J. D. i Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227–239.
- Hu, L., Cao, J. i Zhu, Z. (2015). Analysis on the relationship between psychological flexibility and the state of anxiety and depression of cancer patients. *Chinese Journal of Behavioral Medicine and Brain Science*, 24(6), 517-520.
- Ignjatović, I. (2016). *Veze psihološke fleksibilnosti sa egzekutivnim funkcijama i osobinama ličnosti: poređenje osoba sa multiplom sklerozom i hroničnim bolom*. Neobjavljeni doktorski rad. Novi Sad: Filozofski fakultet Novi Sad.
- Imber, S. D., Pilkonis, P. A., Sotsky, S. M., Elkin, I., Watkins, J. T., ... i Collins, J. F. (1990). Mode-specific effects among three treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 352–359.
- Jakovljević, M. (2004). *Depresivni poremećaji: Od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja*. Zagreb: Pro Mente.
- Jokić-Begić, N. (2008). Bihevioralno-kognitivne terapije. U: V. Jukić i Z. Pisk (Ur.), *Psihoterapija – škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas* (str. 63-74). Zagreb: Medicinska naklada.
- Kashdan, T. B. i Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48(1), 191–214.
- Kuiper, N. A., Olinger, L. J. i Martin, R. A. (1988). Dysfunctional Attitudes, Stress, and Negative Emotions. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 533-547.
- Lovibond, S.H. i Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Macavei, B. (2006). Dysfunctional Attitudes Scale, Form A; Norms for the Romanian Population. *Journal of Cognitive and Behavioural Psychotherapies*, 6, 157-171.
- Mahoney, M. J. (1995). *Cognitive and Constructivist Psychotherapies: Theory, Research, and Practice*. New York: Springer.
- Masuda, A., Price, M., Anderson, P. L. i Wendell, J. W. (2010). Disordered Eating-Related Cognition and Psychological Flexibility as Predictors of Psychological Health Among College Students. *Behavior Modification*, 34(1), 3–15.
- Masuda, A. i Tully, E. C. (2011). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 17(1), 66–71.

- Merikangas, K. R. i Kalaydjian, A. E. (2009). *Epidemiology of Anxiety Disorders*. U: Sadock B. J., Sadock V. A. i Ruiz P. (Ur.), *Kaplan & Sadock B. J. Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Miranda, J. (1992). Dysfunctional thinking is activated by stressful life events. *Cognitive Therapy and Research*, 16(4), 473–483.
- Mongrain, M. i Blackburn, S. (2005). Cognitive Vulnerability, Lifetime Risk, and the Recurrence of Major Depression in Graduate Students. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 747–768.
- Mukhtar, F. i Oei, T. P. S. (2010). Exploratory and confirmatory factor validation of the Dysfunctional Attitude Scale for Malays (DAS-Malay) in Malaysia. *Asian Journal of Psychiatry*, 3(3), 145–151.
- Ohr, T. i Thorell, L. H. (1998). Dysfunctional Attitude Scale (DAS). Psychometrics and Norms of the Swedish Version. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 27(3), 105–113.
- Palm, K. M. i Follette, V. M. (2010). The Roles of Cognitive Flexibility and Experiential Avoidance in Explaining Psychological Distress in Survivors of Interpersonal Victimization. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1), 79–86.
- Paulus, D. J., Vanwoerden, S., Norton, P. J. i Sharp, C. (2016). Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. *Journal of Affective Disorders*, 190, 376–385.
- Pavelić, A. i Jokić-Begić, N. (2019). *Provjera psihometrijskih karakteristika AAQ-II upitnika na uzorku psihijatrijskih bolesnika*, 24. DRZB, Zagreb.
- Petz, B., Kolesarić, V. i Ivanec, D. (2012). *Petzova statistika – Osnovne statističke metode za nematematičare*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Power, M. J., Katz, R., McGuffin, P., Duggan, C. F., Lam, D. i Beck, A. T. (1994). The Dysfunctional Attitude Scale (DAS). *Journal of Research in Personality*, 28(3), 263–276.
- Raes, F., Hermans, D., Van den Broeck, K. i Eelen, P. (2005). Kort Instrumenteel: De Nederlandstalige versie van de Dysfunctional Attitude Scale-vorm A (DAS-A-NL). *Gedragstherapie*, 38, 285–294.
- Ruiz, F. J. i Odriozola-González, P. (2016). The role of psychological inflexibility in Beck's cognitive model of depression in a sample of undergraduates. *Anales de psicología*, 32(2), 441–447.
- Rush, A. J., Weissenburger, J. i Eaves, G. (1986). Do thinking patterns predict depressive symptoms? *Cognitive Therapy and Research*, 10(2), 225–235.
- Segal, Z. V., Gemar, M. i Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3–10.

- Sutton, J. M., Mineka, S., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Griffith, J. W., Rose, R. D., ... Mor, N. (2010). The Relationships of Personality and Cognitive Styles with Self-Reported Symptoms of Depression and Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35(4), 381–393.
- Tirch, D. D., Leahy, R. L., Silberstein, L. R.. i Melwani, P. S. (2012). Emotional Schemas, Psychological Flexibility, and Anxiety: The Role of Flexible Response Patterns to Anxious Arousal. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 380–391.
- Vaglum, P. i Falkum, E. (1999). Self-criticism, dependency and depressive symptoms in a nationwide sample of Norwegian physicians. *Journal of Affective Disorders*, 52, 153–159.
- Vidyanidhi, K. i M. Sudhir, P. (2009). Interpersonal sensitivity and dysfunctional cognitions in social anxiety and depression. *Asian Journal of Psychiatry*, 2(1), 25–28.
- Wang, C. E. A., Halvorsen, M., Eisemann, M. i Waterloo, K. (2010). Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 389–396.
- Weissman, A. N. i Beck, A. T. (1978). *Development and Validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A Preliminary Investigation*. Annual Meeting of The American Educational Research Association, 1-33. <https://eric.ed.gov/?id=ED167619>
- Wong, S. S. (2008). The Relations of Cognitive Triad, Dysfunctional Attitudes, Automatic Thoughts, and Irrational Beliefs with Test Anxiety. *Current Psychology*, 27(3), 177–191.
- Yondem, Z. D. (2007). Performance anxiety, dysfunctional attitudes and gender in university music students. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 35(10), 1415–1426.
- Zuroff, D. C., Igreja, I. i Mongrain, M. (1990). Dysfunctional attitudes, dependency, and selfcriticism as predictors of depressive mood states: a 12-month longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 315-326.

Prilog A

Uputa sudionicima

Poštovani,

ovo istraživanje provodi se za potrebe izrade diplomskog rada studentice Viktorije Vuk pri Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu pod mentorstvom dr. sc. Nataše Jokić-Begić. Cilj istraživanja je ispitivanje nekih karakteristika mišljenja i emocionalnih smetnji kod studenata. Molimo Vas da nam svojim sudjelovanjem pomognete prikupiti potrebne podatke.

Upitnik je namijenjen isključivo osobama koje su trenutno studenti.

Podaci dobiveni ovim istraživanjem bit će korišteni isključivo u svrhu izrade diplomskog rada i u znanstvene svrhe te će biti analizirani na grupnoj razini. Istraživanje je anonimno te se Vaši odgovori ni na koji način ne mogu niti će se pokušati povezati s Vama, stoga Vas molimo da pri odgovaranju budete iskreni. Naglašavamo da u upitnicima koji slijede nema točnih i netočnih odgovora. Sudjelovanje je dobrovoljno i u svakom trenutku imate pravo odustati bez ikakvih posljedica.

Za cjelokupno ispunjavanje će Vam biti potrebno 5-10 minuta. Prije odgovaranja na svaki dio upitnika pažljivo pročitajte prethodnu uputu. Molimo Vas da upitnik riješite do kraja. Na vrhu stranice možete pratiti Vaš napredak.

Pritiskom na tipku "Dalje" pristajete na sudjelovanje u istraživanju.

Ako imate bilo kakvih pitanja vezanih uz istraživanje ili Vas zanimaju rezultati istraživanja, obratite se na e-mail: vivuk@ffzg.hr

Unaprijed Vam se zahvaljujemo na uloženom vremenu i trudu!

Prilog B

Upitnik prihvaćanja i akcije (AAQ-II), verzija na hrvatskom jeziku

Molimo Vas da označite u kojoj mjeri se svaka od navedenih tvrdnji odnosi na Vas koristeći sljedeću skalu prilikom odgovaranja:

1	2	3	4	5	6	7
nikada	vrlo rijetko	rijetko	ponekad	često	gotovo uvijek	uvijek

1	Teško mi je živjeti život vrijedan življenja zbog bolnih iskustava i sjećanja.	1	2	3	4	5	6	7
2	Bojim se svojih osjećaja.	1	2	3	4	5	6	7
3	Brinem da neću moći kontrolirati svoje brige i osjećaje.	1	2	3	4	5	6	7
4	Moje bolne uspomene sprječavaju me da vodim ispunjen život.	1	2	3	4	5	6	7
5	Osjećaji mi stvaraju probleme u životu.	1	2	3	4	5	6	7
6	Čini mi se da se većina ljudi bolje snalazi u životu od mene.	1	2	3	4	5	6	7
7	Brige me sprječavaju da uspijem u životu.	1	2	3	4	5	6	7

Prilog C

Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa – 21 (DASS-21)

Molimo Vas da za svaku tvrdnju zaokružite broj u stupcu koji najbolje opisuje kako ste se osjećali u zadnjih tjedan dana.

0 - Uopće se nije odnosilo na mene.

1 - Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.

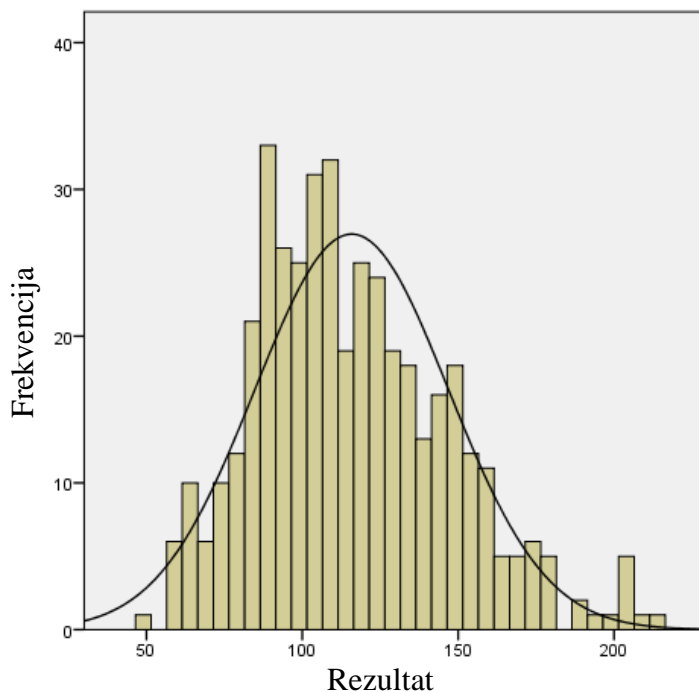
2 - Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.

3 - Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

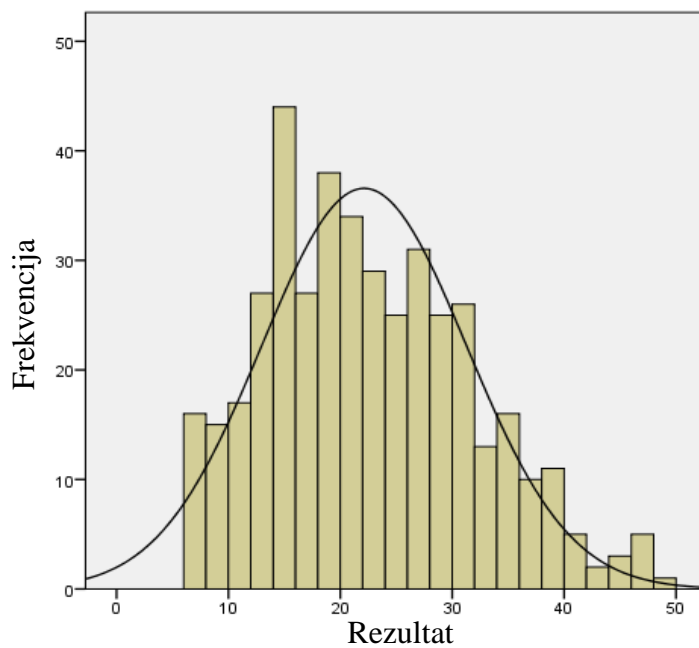
1. Bilo mi je teško smiriti se.	0	1	2	3
2. Sušila su mi se usta.	0	1	2	3
3. Uopće nisam mogao/la doživjeti neki pozitivan osjećaj.	0	1	2	3
4. Doživio/jela sam teškoće s disanjem (npr. ubrzano disanje, gubitak daha bez fizičkog napora).	0	1	2	3
5. Bilo mi je teško započeti aktivnosti.	0	1	2	3
6. Bio sam sklon/a pretjeranim reakcijama na događaje.	0	1	2	3
7. Doživljavao/la sam drhtanje (npr. u rukama).	0	1	2	3
8. Osjećao/la sam se jako nervozno.	0	1	2	3
9. Zabrinjavale su me situacije u kojima bih mogao/la paničariti ili se osramotiti.	0	1	2	3
10. Osjetio/la sam kao da se nemam čemu radovati.	0	1	2	3
11. Osjetio/la sam da postajem uznemiren.	0	1	2	3
12. Bilo mi je teško opustiti se.	0	1	2	3
13. Bio/la sam potišten/a i tužan/na.	0	1	2	3
14. Nisam podnosio/la da me išta ometa u onome što sam radio/la.	0	1	2	3
15. Osjetio/la sam da sam blizu panici.	0	1	2	3
16. Ništa me nije moglo oduševiti.	0	1	2	3
17. Osjetio/la sam da ne vrijedim mnogo kao osoba.	0	1	2	3
18. Događalo mi se da sam bio/la prilično osjetljiv/a.	0	1	2	3
19. Bio/la sam svjestan/na rada svog srca bez fizičkog napora (npr. osjećaj preskakanja i ubrzanog rada srca).	0	1	2	3
20. Bio/la sam uplašen/a bez opravdanog razloga.	0	1	2	3
21. Osjetio/la sam kao da život nema smisla.	0	1	2	3

Prilog D

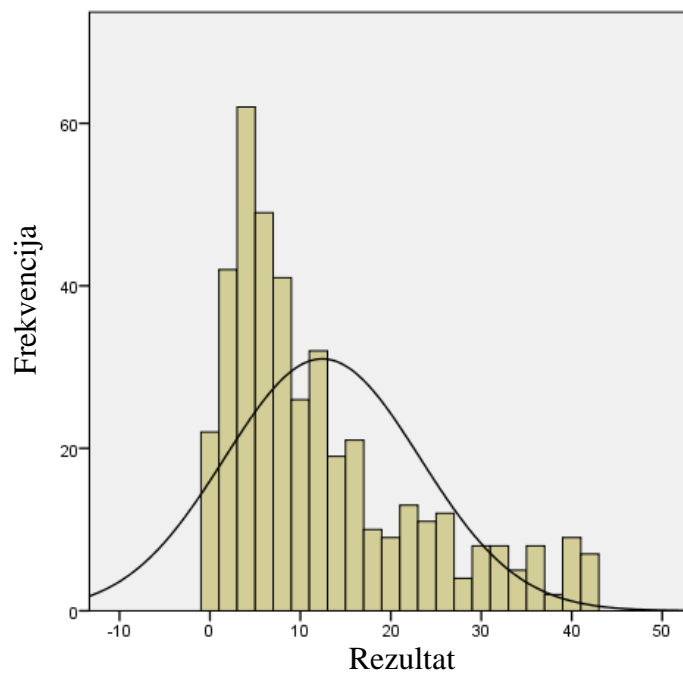
Grafički prikazi distribucija rezultata na *Skali disfunkcionalnih vjerovanja*, *Upitniku prihvaćanja i akcije* te *skali depresivnosti*, *skali anksioznosti* i *skali stresa* (DASS-21)



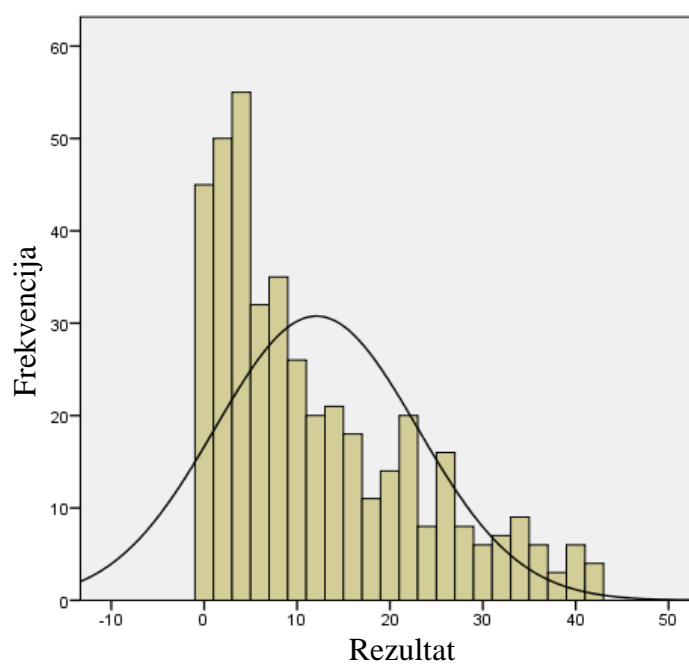
Slika 1. Grafički prikaz distribucije rezultata na Skali disfunkcionalnih vjerovanja



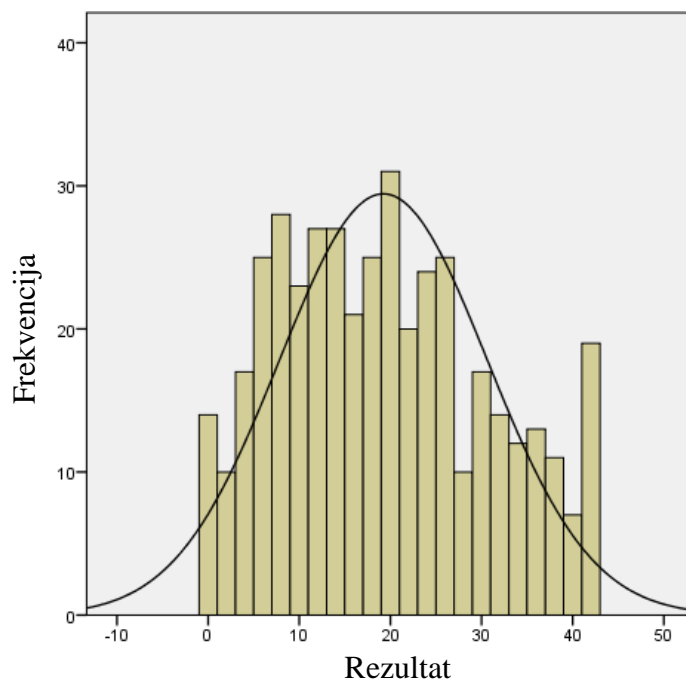
Slika 2. Grafički prikaz distribucije rezultata na Upitniku prihvaćanja i akcije (AAQ-II)



Slika 3. Grafički prikaz distribucije rezultata na skali depresivnosti (DASS-21)



Slika 4. Grafički prikaz distribucije rezultata na skali anksioznosti (DASS-21)



Slika 5. Grafički prikaz distribucije rezultata na skali stresa (DASS-21)