

Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju

**PERFEKCIONIZAM I ANKSIOZNA OSJETLJIVOST KAO RIZIČNI
FAKTORI ZA POJAVU DEPRESIVNIH SMETNJI
KOD DJECE I MLADIH ADOLESCENATA**

Diplomski rad

Anja Oppenheim

Mentor: Dr.sc. Anita Lauri Korajlija, doc.

Zagreb, 2014.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Depresija	2
1.2. Anksiozna osjetljivost.....	4
<i>Dječje shvaćanje anksiozne osjetljivosti</i>	5
<i>Anksiozna osjetljivost i depresivnost</i>	6
1.3. Perfekcionizam	7
<i>Perfekcionizam kod djece</i>	9
<i>Povezanost perfekcionizma i depresivnosti kod djece i mlađih adolescenata</i>	9
<i>Povezanost perfekcionizma i anksiozne osjetljivosti</i>	10
2. Cilj, problemi i hipoteze istraživanja.....	11
3. Metodologija.....	12
<i>Sudionici</i>	12
<i>Instrumenti</i>	13
4. Rezultati.....	15
5. Rasprava	19
6. Kritički osvrt i sugestije za buduća istraživanja	27
7. Zaključak	29
8. Literatura	30

Perfekcionizam i anksiozna osjetljivost kao rizični faktori za pojavu depresivnih smetnji kod djece i mladih adolescentata

Anja Oppenheim

SAŽETAK

Danas se smatra da je depresija kod djece, sa svim svojim bitnim obilježjima, slična depresiji kod odraslih. Kako bi se prevenirala pojava depresivnih smetnji u tako ranoj životnoj dobi, važno je razumjeti što do njih dovodi – neadaptivni aspekti perfekcionizma i anksiozna osjetljivost prepoznati su kao jedni od učestalijih prediktora. Svrha ovoga rada bila je: a) utvrditi postoje li rodne i/ili dobne razlike u razini depresivnosti kod djece osnovnoškolske dobi; b) utvrditi doprinos dimenzija anksiozne osjetljivosti i perfekcionizma u objašnjenju izraženosti simptoma depresivnosti kod četiriju skupina sudionika: djevojčica i dječaka (10-12 g.), djevojaka i mladića (13-15 g.). Istraživanje je provedeno na nekliničkom uzorku od 874 djece korištenjem triju instrumenata: Dječje skale depresije (CDI), Ljestvice adaptivnog/neadaptivnog perfekcionizma (AMPS) i Indeksa dječje anksiozne osjetljivosti (CASI). Dobiven je značajan glavni efekt dobi, ukazujući na više simptoma depresije kod starijih nego kod mladih sudionika. Dimenzije anksiozne osjetljivosti i perfekcionizma objašnjavaju 21.8% varijance depresivnosti kod djevojčica, 24.9% varijance kod dječaka, 32.8% kod mladića i 35.4% kod djevojaka. Struktura prediktora razlikuje se među četirima skupinama sudionika.

Ključne riječi: perfekcionizam, anksiozna osjetljivost, depresija, rodne razlike, rana adolescencija.

Perfectionism and anxiety sensitivity as risk factors for depression in children and young adolescents

Anja Oppenheim

ABSTRACT

Nowadays, it is considered that depression in children, with all of its important features, is similar to depression in adults. In order to prevent the occurrence of depressive symptoms at such an early age, it is important to understand what causes them - maladaptive aspects of perfectionism and anxiety sensitivity have been recognized as most frequent predictors. The aim of this study was to: a) identify gender and/or age differences in a level of depression in elementary school children; b) identify contribution of anxiety sensitivity and perfectionism to manifestation of depression symptoms in four groups of participants: girls and boys (10-12 years), and adolescent girls and boys (13-15 years). The study was conducted on a non-clinical sample of 874 children using three instruments: Children's Depression Inventory (CDI), Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale (AMPS) and Anxiety Sensitivity Index for Children (CASI). Main age effect indicates more depression symptoms in older than in younger participants. Anxiety sensitivity and perfectionism dimensions explain 21.8% of variance in girls, 24.9% in boys, 32.8% in adolescent boys and 35.4% in adolescent girls. Predictors' structure differs in these four groups.

Key words: perfectionism, anxiety sensitivity, depression, gender differences, young adolescence.

1. Uvod

Tijekom odrastanja svako će dijete biti suočeno s kriznim razdobljima koja su dio normalnog procesa sazrijevanja. Stručnjaci iz područja zaštite mentalnog zdravlja pritom moraju biti oprezni u postavljanju dijagnoza i ne proglašavati patologijom ona ponašanja koja nisu u skladu sa zahtjevima okoline, a zapravo predstavljaju razvojno adekvatna i očekivana ponašanja. Tijekom djetinjstva, 8 do 22% djece dobije dijagnozu emocionalnog poremećaja, poremećaja ponašanja ili učenja (Mash i Dozois, 1996; prema Nietzel, Bernstein i Milich, 2002). Epidemiološko istraživanje Newmana i suradnika (1996; prema Nietzel i sur., 2002) pokazalo je da samo 26% odraslih sa psihijatrijskim poremećajem nije tijekom djetinjstva imalo problem koji možemo svrstati u neku od dijagnostičkih kategorija.

Dosadašnja istraživanja uglavnom pokazuju da u adolescenciji dolazi do porasta depresivnih simptoma, a vjerojatnost pojavljivanja depresivnih poremećaja u adolescenciji raste brže kod djevojčica nego kod dječaka (Hankin i Abramson, 2001; prema Kurtović i Marčinko, 2011). Razvojni obrat se događa između 13. i 15. godine: dotad dječaci pokazuju nešto više rezultate na ljestvicama depresivnosti i općenito imaju više psiholoških i bihevioralnih problema, a nakon te dobi djevojčice imaju izraženije simptome depresivnosti (Živčić-Bećirević, 1994; prema Vulić-Prtorić i Sorić, 2001). Takvom objašnjenju u prilog idu i nalazi da se kod djece veliki depresivni poremećaj javlja podjednako kod djevojčica i dječaka, dok je kod adolescenata taj odnos 2:1 u korist djevojčica (Vulić-Prtorić i Sorić, 2001). Dakle, pri tumačenju fenomenologije depresivnog poremećaja, nužno je uzeti u obzir dobne i rodne razlike među djecom i adolescentima.

Mnogo je različitih puteva koji vode do pojave psihičkih smetnji kod djece, a na početku svakog su često različiti rizični čimbenici odnosno varijable koje prethode negativnim ishodima i povećavaju vjerojatnost pojavljivanja negativnih ishoda. Razlikujemo akutne čimbenike poput trenutne stresne situacije (npr. gubitak bliske osobe) i kronične čimbenike poput roditeljske psihopatologije. Identificiranje i razumijevanje rizičnih faktora, etiologije i tijeka dječjih poremećaja iznimno je važno jer može doprinijeti prevenciji nastavka dječje psihopatologije u odrasloj dobi, posebno kroz razvoj programa ranih intervencija i njihovim uvođenjem u zajednicu.

Dosadašnja istraživanja pokazala su da su negativni odnosno neadaptivni aspekti perfekcionizma značajno povezani s depresijom kod djece i adolescenata (Hewitt i sur., 2002; Jurin, Bratko i Lauri Korajlija, 2007; Rice, Leever, Noggle i Lapsley, 2007) pa je stoga u ovom istraživanju perfekcionizam ispitivan kao rizični faktor za pojavu depresivnih smetnji.

Drugi rizični faktor ispitivan u ovom istraživanju je anksiozna osjetljivost. Reiss i suradnici (2001; prema Vulić-Prtorić, 2006) navode da je anksiozna osjetljivost čimbenik koji predstavlja rizik za različite poremećaje, među kojima je i depresija, a javlja se već u ranoj dobi. Značajnu povezanost između depresije i anksiozne osjetljivosti kod djece i adolescenata pronašli su i brojni drugi istraživači (Rector, Szacun-Shimizu i Leybman, 2007; Taylor, Koch, Woody i McLean, 1996).

1.1. Depresija

Depresija je emocionalno stanje koje karakteriziraju dominantni osjećaji tuge i zlih slutnji, praćeni osjećajima bezvrijednosti i krivnje, povlačenjem u socijalnim odnosima, nesanicom, gubitkom teka i spolne želje te gubitkom zanimanja za uobičajene aktivnosti (Davison i Neale, 2002).

Incidencija depresije je od 1915. godine u stalnom porastu (Begić, 2011). Iako se trenutno po učestalosti nalazi na četvrtom mjestu, Svjetska zdravstvena organizacija predviđa da bi depresija do 2020. godine mogla postati drugi vodeći javnozdravstveni problem na svijetu, odmah iza ishemijske bolesti srca (Murray i Lopez, 1997).

Cjeloživotna prevalencija depresije u SAD-u varira od 5% do 17% (Freedman, 1984; Kessler, McGonagle, Zhao i sur., 1994; prema Begić, 2011). U istraživanju Birmahera i suradnika (1996; prema Berk, 2008) dobiveni su podaci da je oko 15 do 20% tinejdžera imalo jednu ili više velikih depresivnih epizoda, a slični podaci dobiveni su i na odraslom uzorku.

Podaci Službe za socijalnu medicinu Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo iz 2002. godine pokazuju da je u skupini djece i mladih do 19 godina starosti evidentirano više od 16.000 onih s poremećajima u ponašanju ili duševnim poremećajima, s tendencijom godišnjeg porasta broja oboljelih za 500 do 700 (Hotujac, Filipčić, Grubišin i Marčinko, 2003).

Depresija se može pojaviti u svakoj životnoj dobi, a prosječna dob pojavljivanja je 27 godina (Kessler, 2002; prema Begić, 2011). Dugo se smatralo da se depresija ne može javiti kod djece i da su depresivni simptomi u djetinjstvu samo odraz prolaznih razvojnih fenomena (Lefkowitz i Burton, 1978; prema Nietzel i sur., 2002). Međutim, danas znamo da je dječja depresija prema svojim bitnim obilježjima, koje se manifestiraju na emocionalnom, kognitivnom, bihevioralnom i tjelesnom planu, slična depresiji u odraslih osoba. Ključne razlike uočavaju se u opsegu, jačini i utjecaju simptoma. Dječja depresija često se manifestira srdžbom, iritabilnošću, pretjeranom aktivnošću i agresivnošću (Zaić, 2005) te somatskim pritužbama poput bolova u trbuhu, anksioznim simptomima i anhedonijom (Rudan i Tomac, 2009). Adolescenti često imaju atipične simptome kao što su hipersomnija, povećanje apetita, osjetljivost na odbijanje i letargiju. Odrasli češće imaju melankolični oblik depresije u odnosu na djecu i adolescente. Međutim, neki adolescenti također mogu pokazivati simptome anhedonije, beznada i promjene tjelesne težine (Rudan i Tomac, 2009). Istraživanja pokazuju da je svjetonazor depresivne djece sličan svjetonazoru depresivnih odraslih osoba, a negativniji u odnosu na svjetonazor nedeprativne djece (Prieto, Cole i Tageson, 1992; prema Davison i Neale, 2002). Također, uzima se u obzir da se specifična slika simptoma može razlikovati ovisno o tome u kojoj se razvojnoj fazi dijete nalazi (Kaslow i Rehm, 1985; prema Nietzel i sur., 2002) pa se tako, primjerice, može javiti iritabilnost umjesto depresivnog raspoloženja. Simptomi depresivnosti koji se pojavljuju u adolescenciji često su teži od onih koji se pojavljuju u dječjoj dobi.

Živković (2006) navodi da na depresiju kod djece možemo posumnjati kad žalosno i/ili razdražljivo raspoloženje traje najmanje dva tjedna uz mnoge od sljedećih znakova: promjena apetita i navika spavanja, gubitak interesa za inače omiljene aktivnosti, umor i iscrpljenost, neopravdani osjećaji krivnje i samopredbacivanja, nesposobnost koncentracije i donošenja odluka, osjećaji beznada i bespomoćnosti te misli o smrti i samoubojstvu. U adolescenciji su osjećaji neshvaćenosti i krivnje izraženiji, a rastu i negativizam i antisocijalno ponašanje (Zaić, 2005).

Depresija je povezana s povećanim rizikom od drugih psihijatrijskih poremećaja, slabim akademskim, socijalnim i radnim funkcioniranjem, zloupotrebom različitih sredstava ovisnosti i suicidom (Rudan i Tomac, 2009). Zbog toga je zaista važno prepoznati depresiju na vrijeme i što ranije započeti s njenim liječenjem.

1.2. Anksiozna osjetljivost

Anksioznost je složeno emocionalno stanje koje karakteriziraju osjećaji neugode, nesigurnosti i napetosti, a praćeno je aktivacijom autonomnog živčanog sustava. Anksiozni poremećaji su najčešći psihički poremećaji, a prevalencija iznosi od 20 do 30% (Vulić-Prtorić, 2006).

Anksioznost treba promatrati kao kontinuum: na jednom kraju je normalna anksioznost, a na drugom patološka. Simptomi anksioznosti manifestiraju se na kognitivnom, ponašajnom, tjelesnom, i emocionalnom planu.

Na kognitivnom planu obično se uočava intelektualna konfuzija, a prevladavaju simptomi poput anticipacije nesreće i zabrinutost. Na ponašajnom planu prepoznaju se tri dominantna ponašanja: izbjegavanje, stereotipije i slaba koordinacija pokreta. Na tjelesnom planu uočavaju se kardiovaskularne, respiratorne, gastrointestinalne i druge promjene potaknute djelovanjem autonomnog živčanog sustava koji priprema tijelo na suočavanje s predstojećim izazovom. Fiziološke promjene praćene su subjektivnim doživljajima na emocionalnom planu: npr. stezanje u prsima izaziva osjećaj neugode i straha.

U nekim slučajevima tjelesni simptomi praćeni su intenzivnim strahom da će anksiozni simptomi i tjelesne senzacije poput lupanja srca, učestalog mokrenja ili tremora imati negativne socijalne, psihološke ili tjelesne posljedice. Vulić-Prtorić (2006) navodi da se takav „strah od straha“ naziva anksiozna osjetljivost.

Osobe koje imaju blago izraženu anksioznu osjetljivost ovakve će simptome smatrati tek neugodnima i prolaznima, dok će osoba koja ima visoko izraženu anksioznu osjetljivost vjerovati da su ti simptomi opasni: ubrzano kucanje srca interpretirat će kao znak srčanog udara, nedostatak koncentracije interpretirat će kao znak da gubi razum, brinut će da drugi prepoznaju njihovu uznemirenost. Tjelesno zdrava osoba koja ima ovakve pogrešne interpretacije postajat će još anksioznija, što će izazvati još jače lupanje srca i tako će se naći u zatvorenom krugu koji ponekad može čak kulminirati paničnim napadom (Taylor, 1995).

Logična je misao Stevena Reissa, jednog od autora termina anksiozne osjetljivosti, koji kaže: „... možemo reći da je važnije znati što osoba misli da će se

dogoditi kao posljedica doživljavanja anksioznosti, nego koliko je često u zadnje vrijeme doživljavala anksioznost“ (Reiss, Peterson, Gursky i McNally, 1986; str. 3).

Konstrukt anksiozne osjetljivosti uveli su Steven Reiss i Richard McNally 1985. godine i otad čini sastavni dio Reissovih teorija: teorije očekivanja, teorije osjetljivosti i novije teorije motivacije (prema Vulić-Prtorić, 2006).

Osnovni koncept u Reissovoj teoriji je temeljni strah. Reiss (1991; prema Lauri Korajlija, 2010) navodi da postoje tri temeljna straha: anksiozna osjetljivost, strah od bolesti, ozljede ili smrti te strah od negativne evaluacije. Prema njegovom konceptu očekivanja, ljudi određene podražaje vezuju uz očekivanje da će se nakon tih podražaja dogoditi nešto strašno. Motivacija za izbjegavanjem objekata koji izazivaju strah nastaje kao funkcija očekivanja (što osoba misli da će se dogoditi) i osjetljivosti (zašto se osoba boji onoga što očekuje da će se dogoditi).

Prema teoriji očekivanja, strašljiva reakcija u nekoj uobičajenoj situaciji funkcija je triju interakcija:

1. očekivanja objektivne opasnosti u toj situaciji i straha od ozljede, bolesti ili smrti
2. očekivanja anksioznosti i straha od tih simptoma
3. očekivanja socijalne evaluacije i straha od negativne evaluacije.

Primjerice, u podlozi straha od visine može biti strah da će osoba pasti i ozlijediti se (osjetljivost na tjelesne ozljede i očekivanje opasnosti), strah da će doživjeti panični napad (anksiozna osjetljivost i očekivanje anksioznosti) ili strah da će doživjeti poniženje (osjetljivost i očekivanje socijalne evaluacije). Analiziranje i tumačenje strahova i anksioznosti s obzirom na tri navedena Reissova očekivanja i osjetljivosti pokazalo se presudnim pri odabiru terapijskih tehnika budući da svaki od navedenih slučajeva zahtijeva različit pristup u terapiji (Vulić-Prtorić, 2006).

Dječje shvaćanje anksiozne osjetljivosti

Budući da se anksiozna osjetljivost definira kao strah od javljanja anksioznih simptoma, koji proizlazi iz uvjerenja da ti simptomi mogu imati negativne posljedice, postavilo se pitanje u kojoj su dobi djeca sposobna kognitivno tumačiti vlastite tjelesne senzacije na takav način.

Reiss (2001) je smatrao da djeca već u dobi od 7 do 10 godina imaju oblikovana vjerovanja o tome što će se dogoditi kada postanu nervozna ili dožive neki stres (Vulić-Prtorić, 2006). Također je tvrdio da povišene razine anksiozne osjetljivosti kod djece u

dobi od 7 do 14 godina mogu biti pouzdan prediktor razvoja paničnog poremećaja u dobi od 16 do 30 godina.

Potrebno je široko razumijevanje kognitivnog razvoja djece kako bi se mogla opravdati primjena psihologijskih instrumenata na djeci. Prema Piagetu (1932; prema Vasta, Haith i Miller, 2005), mala djeca obično vjeruju u neposrednu pravdu koja se odnosi na vjerovanje da je bolest kazna za loše ponašanje. Predškolska djeca često imaju magična objašnjenja za bolesti i nepotpuno shvaćanje uzročnika bolesti. Tek ulaskom u fazu konkretnih operacija koja se proteže između 7. i 11. godine, djeca počinju shvaćati proces internalizacije, odnosno uviđaju mogućnost da vanjski faktor poput bakterija „ulazi“ u tijelo i izaziva bolest (Lauri Korajlija, 2010). Oko dvanaeste godine, dakle u fazi formalnih operacija, djeca dovoljno kognitivno sazriju da mogu iznalaziti fiziološka objašnjenja bolesti. Najsofisticiranija objašnjenja su psihofiziološka i ona uzimaju u obzir utjecaj psiholoških čimbenika na tjelesne funkcije.

Chorpita i Lilienfeld (1999) dovode u pitanje mjerenje anksiozne osjetljivosti kod djece u dobi od 7 do 10 godina jer djeca u razdoblju konkretnih operacija nisu kognitivno sposobna za pridavanje atribucija koje su sastavni dio anksiozne osjetljivosti. Međutim, prema Reissovoj teoriji i Taylorovom tumačenju (Vulić-Prtorić, 2006), anksiozna osjetljivost se opisuje prvenstveno kao uvjerenje, vjerovanje, a ne kao atribucija o posljedicama anksioznosti.

Anksiozna osjetljivost i depresivnost

Povezanost između anksiozne osjetljivosti i depresivnosti pronađena je u više istraživanja. Primjerice, Taylor i suradnici (1996) pronašli su nisku pozitivnu povezanost između Beckovog inventara depresije i Indeksa anksiozne osjetljivosti na uzorku odraslih sudionika, dok su Weems i sur. (1997) dobili pozitivnu srednje jaku povezanost između Dječje ljestvice depresije i Indeksa dječje anksiozne osjetljivosti koja je ostala značajna čak i kad je parcijaliziran utjecaj generalne anksioznosti.

U istraživanju Murisa, Schmidta, Merckelbacha i Schoutena (2001) također je utvrđena pozitivna srednje jaka povezanost između anksiozne osjetljivosti i depresije, no kad je kontroliran utjecaj anksioznosti kao osobine, ta povezanost se smanjila do razine da više nije bila statistički značajna. Moguće objašnjenje je da je istraživanje Weemsa i suradnika (1997) provedeno na uzorku djece koja su bila upućena na kliničku

obradu, dok je istraživanje Murisa i suradnika (2001) provedeno na nekliničkom uzorku adolescenata s relativno niskim razinama depresije.

Pretpostavlja se da je u osnovi ove povezanosti frenofobija (strah od gubitka kognitivne kontrole), jedan od faktora anksiozne osjetljivosti koji najviše korelira s depresivnosti (Smári, Erlendsdóttir, Björgvinsdóttir i Ágústsdóttir, 2003).

1.3. Perfekcionizam

Perfekcionisti su osobe koje žele biti savršene u svim područjima života, a perfekcionizam je težnja za nepogrešivošću (Flett i Hewitt, 2002). Kao društvo, nagrađujemo one koji si postavljaju visoke ciljeve i ne odustaju dok ih ne postignu. Ipak, moramo razlikovati perfekcionizam od težnje za izvrsnošću koja nije povezana s negativnim ishodima svojstvenima perfekcionizmu.

Dugo se smatralo da je perfekcionizam jednodimenzionalna, neadaptivna osobina, međutim novija istraživanja idu u prilog njegovoj višedimenzionalnosti, a ukazuju i na njegove pozitivne aspekte (Frost, Heimberg, Holt, Mattia i Neubauer, 1990; Hewitt i Flett, 1991).

Na postojanje pozitivnih i negativnih aspekata perfekcionizma, među prvima je ukazao Hamachek (1978; prema Rice i sur., 2007). Prema njemu, normalni perfekcionista postavlja si realne i ostvarive ciljeve. Nakon što ih postigne, osjeća ponos i zadovoljstvo, a jača i njegovo samopouzdanje. Za razliku od njega, neurotski perfekcionista teži izrazito visokim standardima, a njegova motivacija proizlazi iz straha od neuspjeha i zabrinutosti da ne razočara druge, njemu važne ljude (Lauri Korajlija, 2004). Dakle, ono što razlikuje normalne od neurotskih perfekcionista jest motivacija.

To su prepoznali Slade i Owens koji su postavili dvoprocesnu teoriju perfekcionizma (1988). Prema toj teoriji, pozitivne perfekcionista motivira želja za uspjehom, a neuspjeh ne doživljavaju kao nešto konačno i tragično. Suprotno tome, negativni perfekcionista su motivirani izbjegavanjem neuspjeha, no on ih ne iznenađuje jer ga uvijek očekuju. Problem negativnih perfekcionista je u tome što oni nikada nisu u potpunosti zadovoljni postignutim ciljem.

Brojni istraživači razlikuju adaptivne i neadaptivne oblike perfekcionizma. U neadaptivnom obliku perfekcionizma, naglašeni su pretjerano visoki standardi, težnja za

nepogrešivošću i samokažnjavajuće reakcije na percipiranu nesposobnost dostizanja očekivane razine uspješnosti (Flett i Hewitt, 2002; Rice i sur., 2007). Čini se da je ovakav oblik perfekcionizma povezan s depresijom, suicidalnim idejama i tendencijama, anksioznošću i poremećajima hranjenja (Blatt, 1995; Chang, Watkins i Banks, 2004; Flett i Hewitt, 2002; Goldner, Cockell i Srikameswaran, 2002; prema Rice i sur., 2007).

Adaptivni oblik perfekcionizma karakteriziran je visokim osobnim očekivanjima ili standardima, savjesnom orijentacijom prema zadacima, preferencijom za red i organizaciju te upornom težnjom k uspjehu. Sve se to događa u visokopodržavajućoj, nekritizirajućoj okolini u kojoj je negativnost niska (Rice i sur., 2007). Čini se da je adaptivni oblik perfekcionizma pozitivno povezan sa zadovoljstvom životom, samopouzdanjem, pozitivnim afektom, sigurnom privrženosti te stvarnim akademskim postignućem kao i zadovoljstvom zbog postignutog uspjeha (Grzegorek, Slaney, Franze i Rice, 2004; Mobley, Slaney i Rice, 2005; Rice, Lopez i Vergara, 2005; prema Rice i sur., 2007).

Novija konceptualizacija i podjela perfekcionizma govori o perfekcionistačkim težnjama i perfekcionistačkim brigama (Stoeber i Childs, 2012).

Dimenzija perfekcionistačkih težnji zahvaća one facete perfekcionizma koje se odnose na perfekcionistačke osobne standarde i na od sebe očekivano stremljenje prema savršenstvu. Pronađena je povezanost ove dimenzije s pozitivnim ishodima poput savjesnosti, pozitivnog afekta i većim razinama subjektivnog blagostanja i psihološke prilagodbe (Stoeber i Childs, 2012). Suprotno tome, dimenzija perfekcionistačkih briga zahvaća one facete perfekcionizma koje se odnose na zabrinutost zbog pogrešaka, sumnji u vlastite postupke, zabrinutost zbog tuđih procjeni vlastitog učinka i osjećaja nesklada između nečijih očekivanja i učinka. Utvrđeno je da je ova dimenzija povezana s negativnim ishodima poput neuroticizma, negativnog afekta i veće razine indikatora psihološke neprilagođenosti i poremećaja (Stoeber i Otto, 2006).

Nadalje, ljudi se prema dvije dimenzije perfekcionizma mogu svrstati u tri skupine: adaptivne perfekcionistače, neadaptivne perfekcionistače i neperfekcionistače. Zdravi (adaptivni) perfekcionistači pokazuju visoku razinu perfekcionistačkih težnji i nisku razinu perfekcionistačkih briga. Nezdravi (neadaptivni) perfekcionistači pokazuju visoku razinu perfekcionistačkih težnji i visoku razinu perfekcionistačkih briga. Neperfekcionistači

pokazuju niske razine perfekcionistačkih težnji. Razlikovanje perfekcionistačkih težnji i perfekcionistačkih briga, kao i razlikovanje između triju skupina perfekcionista pokazalo se ključnim za razumijevanje nalaza iz istraživanja perfekcionizma, a posebno za istraživanja o perfekcionizmu kod adolescenata (Stoeber i Childs, 2012).

Perfekcionizam kod djece

Djeca perfekcionista žive u stalnom strahu od neuspjeha i zbog toga vrlo rijetko u potpunosti ostvare svoje mogućnosti. Nisu sklona preuzimati rizike, žive u strahu od pogrešaka i krivih odluka, žele izbjeći kritiku, skloni su brizi (Taylor, 2004; prema Belavić, 2006). Djeca perfekcionista podložna su anksioznosti, depresivnosti, psihosomatskim poremećajima i suicidalnom ponašanju (Kawamura, Hunt, Frost i DiBartolo, 2001).

Brojna istraživanja pronašla su vezu između stresa i depresije kod djece (Rudolph i Hammen, 1999), a moguće je da na njihovu povezanost utječe nekoliko faktora, među kojima je i perfekcionizam.

Školsko okruženje je posebno kompetitivno te su očekivanja od učenika visoka. Zbog toga se škola čini kao prikladno mjesto za istraživanje perfekcionizma. Roberts i Lovett (1994; prema Hewitt i sur., 2002) su prikazali kako nadarena djeca u odnosu na nenadarenu imaju jače izražen perfekcionizam očekivan od sebe, a nakon doživljavanja neuspjeha u rješavanju zadatka, nadareni imaju više negativnih afektivnih reakcija i jače fiziološke reakcije na stres od nenadarene djece.

Povezanost perfekcionizma i depresivnosti kod djece i mladih adolescenata

Hewitt i sur. (2002) proveli su istraživanje na uzorku djece u dobi od 10 do 15 godina, kako bi ispitali postoji li povezanost između dimenzija perfekcionizma, anksioznosti i depresivnosti kod djece. Pokazalo se da su perfekcionizam očekivan od sebe i izvana očekivani perfekcionizam značajno povezani s anksioznošću i depresivnošću. Perfekcionizam očekivan od sebe, u interakciji sa stresorima vezanim uz odnose s drugima, povezan je s depresijom, a u interakciji sa stresorima vezanim uz postignuće, povezan je i s anksioznošću i s depresivnošću.

U Hrvatskoj je Belavić (2006) ispitala povezanost dimenzija perfekcionizma s anksioznošću i depresivnošću na uzorku osnovnoškolaca iz Zagreba i Karlovca. Dobivena je statistički značajna razlika između četiri skupine djece (djece s depresivnim

simptomima, anksioznim simptomima, anksioznim i depresivnim simptomima te djece bez izraženih simptoma) u izraženosti dimenzija perfekcionizma.

Djeca koja postižu visoke rezultate na anksioznosti i na depresivnosti, u odnosu na ostale skupine djece, također postižu visok rezultat na dimenzijama *zabrinutost zbog pogrešaka* i *želja za divljenjem*, dok na dimenziji *samopoštovanje ovisno o uspjehu* postižu nizak rezultat. Djeca s izraženim depresivnim simptomima postižu relativno nizak rezultat na svim dimenzijama, a osobito na dimenzijama *zabrinutost zbog pogrešaka* i *samopoštovanje ovisno o uspjehu*. Djeca bez izraženih simptoma postižu najniže rezultate na svim dimenzijama u odnosu na ostale skupine, osim na dimenziji *samopoštovanje ovisno o uspjehu*, gdje postižu najviše rezultate.

Povezanost perfekcionizma i anksiozne osjetljivosti

Pregled istraživanja anksiozne osjetljivosti i perfekcionizma otkriva sličnosti među tim konceptima. U oba se slučaja radi o stabilnim osobinama povezanim s velikim brojem psihičkih smetnji, posebno sa smetnjama iz anksioznog kruga. Obje osobine predstavljaju čimbenike ranjivosti za razvoj anksioznih smetnji kod odraslih i djece te pronalaze svoje mjesto u hijerarhijskim modelima anksioznosti. U podlozi oba konstrukta nalazi se potreba za kontrolom (Lauri Korajlija, 2010).

Cox i suradnici (2001) utvrdili su statistički značajnu povezanost ($r = .33, p < .01$) između anksiozne osjetljivosti i perfekcionizma očekivanog od sebe na uzorku odraslih depresivnih i anksioznih pacijenata.

Flett, Greene i Hewitt (2004) ispitali su povezanost između dimenzija perfekcionizma i anksiozne osjetljivosti. Na uzorku studenata dobili su rezultate koji ukazuju na statistički značajnu povezanost ($r = .42, p < .01$ za studente i $r = .50, p < .01$ za studentice) između straha od gubitka kognitivne kontrole i perfekcionistačkih kognicija koje su opisane kao kognitivne ruminacije oko pogrešaka i vlastitih nesavršenosti. Pronašli su i statistički značajnu povezanost ($r = .53, p < .01$) između izraženosti potrebe osobe da se prezentira kao savršena drugima i straha od uočljivih simptoma anksioznosti.

Budući da još nije provedeno istraživanje povezanosti perfekcionizma i anksiozne osjetljivosti s depresivnošću kod djece i mlađih adolescenata, ovo istraživanje možemo smatrati još jednim doprinosom u rasvjetljavanju povezanosti navedenih konstrukata.

2. Cilj, problemi i hipoteze istraživanja

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati dobne i rodne razlike u povezanosti simptoma depresivnosti s perfekcionizmom i anksioznom osjetljivošću kod djece osnovnoškolske dobi.

Problemi i hipoteze:

1. Utvrditi postoje li rodne i dobne razlike u razini depresivnosti kod djece osnovnoškolske dobi.

Hipoteza 1: Postojat će rodne razlike u razini depresivnosti kod djece. Djevojčice će postizati statistički značajno viši rezultat na mjeri depresivnosti u odnosu na dječake.

Hipoteza 2: Postojat će dobne razlike u razini depresivnosti kod djece. Starija djeca će postizati statistički značajno viši rezultat na mjeri depresivnosti u odnosu na mlađu djecu.

Hipoteza 3: Postojat će značajna interakcija dobi i spola u intenzitetu depresivnosti. U mlađoj dobnoj skupini dječaci će biti depresivniji, a u starijoj dobnoj skupini će djevojke biti depresivnije.

2. Utvrditi doprinos dimenzija anksiozne osjetljivosti i perfekcionizma u objašnjenju izraženosti simptoma depresivnosti kod 4 skupine sudionika: djevojčica, djevojaka, dječaka i mladića.

Hipoteza 4: Sve dimenzije anksiozne osjetljivosti bit će značajni prediktori depresivnosti u svim skupinama, pri čemu će *psihičke brige* biti najznačajniji prediktor depresivnosti.

Hipoteza 5: Pozitivni aspekt perfekcionizma (*zadovoljstvo uspjehom*) bit će značajan zaštitni faktor odnosno viši rezultati na dimenziji *zadovoljstvo uspjehom* bit će povezani s nižim razinama na ljestvici depresivnosti.

Hipoteza 6: Negativni aspekti perfekcionizma (*zabrinutost zbog pogrešaka i želja za divljenjem*) bit će značajni prediktori depresivnosti u svim skupinama i predstavljat će rizične čimbenike.

3. Metodologija

Sudionici

Istraživanje je provedeno u sklopu projekta „*Anksioznost i depresivnost u cjeloživotnoj perspektivi*“ pod vodstvom prof. dr. sc. Nataše Jokić-Begić. U istraživanju je sudjelovalo 874 djece, od toga 47.3% dječaka ($N=456$). Sudionici su bili učenici jedne osnovne škole u Zagrebu. Uzorak čine učenici od 4. do 8. razreda, a raspon dobi je od 10 do 15 godina ($M=12.4$; $SD= 1.14$).

Vulić-Prtorić i Sorić (2001) navode da je dob u dijagnostičkim klasifikacijama izuzetno široko definirana kategorija te se zaboravlja da se u podlozi nalaze različiti procesi (biološki, hormonalni, kognitivni) koji se u razvoju ne odvijaju paralelno. Da bismo shvatili razvojne kontinuitete i diskontinuitete, potrebno je proučavati patološke fenomene poput depresivnosti kroz razvojnu perspektivu. Autorice također navode da se razlike u spolu gotovo nigdje ne uzimaju u obzir, a pokazalo se da su izuzetno važne.

Zbog navedenih problema, u našem smo istraživanju sudionike podijelili u četiri skupine prema dobi i spolu: a) djevojčice – osobe ženskog spola koje idu u četvrti, peti ili šesti razred; b) dječaci – osobe muškog spola koje idu u četvrti, peti ili šesti razred; c) djevojke – osobe ženskog spola koje idu u sedmi ili osmi razred; d) mladići – osobe muškog spola koje idu u sedmi ili osmi razred. Raspon dobi u mlađoj skupini učenika je od 10 do 12 godina, a u starijoj skupini od 13 do 15 godina.

U tablici 1 prikazana je struktura uzorka osnovnoškolaca koji su sudjelovali u istraživanju. U uzorku djece iz četvrtog, petog i šestog razreda približno je jednak broj sudionika oba spola, dok u sedmom i osmom razredu ima nešto više djevojaka nego mladića. U ukupnom uzorku imamo nešto veću zastupljenost ženskog spola.

Tablica 1
Prikaz postotka sudionika po spolu i razredu u osnovnoj školi u Zagrebu ($N=874$)

<i>Spol</i>	<i>4., 5., 6. razred OŠ</i>	<i>7., 8. razred OŠ</i>	<i>Ukupno</i>
<i>M</i>	29.7%	17.6%	47.3%
<i>Ž</i>	30.3%	22.4%	52.7%

Instrumenti

Dječja skala depresije - CDI (Kovacs, 1981; Vulić-Prtorić i Sorić, 2001) najčešće je istraživana ljestvica depresivnosti kod djece. Ljestvica je namijenjena djeci u dobi od 8 do 17 godina. Nastala je modifikacijom Beckove ljestvice depresivnosti koja služi za ispitivanje depresije kod odraslih (BDI). Dječja skala depresije sadrži 27 čestica koje obuhvaćaju široki spektar depresivnih simptoma poput promjena u apetitu i navikama spavanja, mislima o samoubojstvu, nesposobnosti donošenja odluka. Svaka čestica sadrži tri tvrdnje od kojih dijete bira onu koja najbolje opisuje njegove misli i osjećaje. Tvrdnje su skalirane s 0, 1 i 2 boda. Veći broj bodova predstavlja jači intenzitet simptoma, a ukupan rezultat formira se kao jedinstvena linearna kombinacija odgovora na pojedinim zadacima. Totalni raspon rezultata kreće se od 0 do 54. Prosječni rezultat na uzorku neselekcionirane školske djece kreće se oko 9, sa standardnom devijacijom oko 7. Rezultat od 19 uzima se kao prag koji selekcioniра 10% djece s najizraženijim depresivnim simptomima (Marinović i Vulić-Prtorić, 2000).

Provjere pouzdanosti Dječje skale depresivnosti pokazale su da se Cronbach alfa koeficijent pouzdanosti kreće od $\alpha=.71$ do $\alpha=.94$ za neselekcioniranu populaciju (npr. Seligman i sur., 1984.; Živčić, 1992.; Smucker i sur., 1986.; prema Marinović i Vulić-Prtorić, 2000). U našem istraživanju, pouzdanost ljestvice je visoka i iznosi $\alpha=.83$.

Indeks dječje anksiozne osjetljivosti (Children anxiety sensitivity index, CASI) autorice Wendy Silverman (1991; Jokić- Begić, Jurin i Lauri Korajlija, 2012) najčešće je korišten instrument za procjenu izraženosti anksiozne osjetljivosti kod djece i adolescenata. Ljestvica je nastala modifikacijom Indeksa anksiozne osjetljivosti (*Anxiety Sensitivity Index, ASI*; Reiss i sur., 1986; prema Lauri Korajlija, 2010) odnosno prilagodbom rječnika originalnih 16 tvrdnji tako da bude primjeren dječjoj populaciji te dodavanjem još dviju tvrdnji.

Istraživanja (Muris i sur., 2001; Walsh, Stewart, McLaughlin i Comeau, 2004) potvrđuju da je struktura anksiozne osjetljivosti procjenjivana Indeksom dječje anksioznosti vrlo slična onoj dobivenoj na odraslim uzorcima korištenjem Indeksa anksiozne osjetljivosti: postoji jedan faktor višeg reda – anksiozna osjetljivost te tri faktora nižeg reda: *tjelesne brige* (zabrinutost zbog tjelesnih simptoma), *psihičke brige* (zabrinutost zbog mentalne onesposobljenosti) i *socijalne brige* (strah od socijalnog odbijanja ako se primijete znakovi anksioznosti). Na uzorku od 1.358 sudionika, Jokić-

Begić i sur. (2012) provjerile su faktorsku strukturu, rodnu stabilnost i psihometrijska svojstva modificirane hrvatske verzije ljestvice i potvrdile postojanje hijerarhijske strukture s jednim faktorom višeg reda i tri faktora nižeg reda. U ovom istraživanju je stoga korištena modificirana hrvatska verzija *CASI* (Jokić-Begić i sur., 2012) koja uključuje transformaciju 3-stupanjske ljestvice odgovora na 5-stupanjsku. Takva ljestvica je prilagođenija hrvatskom uzorku budući da je hrvatski sustav ocjenjivanja baziran na ljestvici od 1 do 5 što doprinosi tome da školska djeca bolje razumiju značenje stupnjeva ljestvice na kojoj trebaju dati svoje procjene, objašnjavaju Jokić-Begić i sur. (2012).

Koristeći ljestvicu od 0 (uopće se ne odnosi na mene) do 5 (u potpunosti se odnosi na mene) djeca su trebala zaokružiti stupanj neugode različitih simptoma anksioznosti koji su opisani kroz 18 tvrdnji (npr. „Plaši me kad se osjećam uznemireno“, „Važno mi je da zadržim kontrolu nad svojim osjećajima“). Dimenzija *tjelesnih briga* zastupljena je s 10 čestica, *psihičkih briga* s 5, a *socijalnih briga* s 3 čestice. Ukupan rezultat na ljestvici varira između 0 i 90, a izračunava se kao zbroj bodova na pojedinim česticama.

Pouzdanost ljestvice je visoka i u ovom istraživanju pouzdanost cijele ljestvice iznosi $\alpha=.89$; a pojedinih dimenzija: $\alpha_{AO-TB}=.87$; $\alpha_{AO-PB}=.79$; $\alpha_{AO-SB}=.59$.

Ljestvica adaptivnog/neadaptivnog perfekcionizma (Adaptive/maladaptive perfectionism scale, AMPS; Rice i Preusser, 2002; prema Belavić, 2006) sastoji se od 27 čestica koje obuhvaćaju četiri dimenzije perfekcionizma. Ova ljestvica je prvi put korištena u Hrvatskoj u sklopu izrade doktorske disertacije (Lauri Korajlija, 2010) pa su tom prilikom provjerene metrijske karakteristike ljestvice te su učinjene neke modifikacije. Prije svega, 4-stupanjska ljestvica odgovora transformirana je na onu s 5 stupnjeva. Sudionici su trebali označiti svoj odgovor na grafičkoj ljestvici na kojoj su samo krajnje točke bile definirane, pri čemu početna točka ljestvice znači „Uopće se ne odnosi na mene“, a krajnja „U potpunosti se odnosi na mene“.

Dimenzija *zabrinutost zbog pogrešaka* čine čestice kojima se procjenjuje dječji strah i ostale neugodne emocije i atribucije povezane s pogreškama, a sastoji se od 5 tvrdnji (npr. „Bojim se da ću napraviti pogreške.“). Dimenzija *zadovoljstvo uspjehom* služi procjeni ugodnih osjećaja vezanih uz uspjeh i odražava aspekte adaptivnog perfekcionizma. Sastoji se od 5 tvrdnji (npr. „Nakon što napravim neki zadatak,

osjećam se sretno.“). Dimenzija *kompulzivnost* mjeri potrebu za redom i organizacijom te savjesnom i upornom pristupu završetku zadatka. Sastoji se od 4 tvrdnje (npr. „Sviđa mi se da su stvari uvijek uredne.“). Posljednja dimenzija *želja za divljenjem* odnosi se na potrebu za priznanjem. Sastoji se od 4 tvrdnje (npr. „Želim biti poznata kao najbolja u onom što radim“). Modificirana ljestvica sadrži 18 čestica koje odgovaraju originalnim podljestvicama, ali imaju bolje metrijske karakteristike. Pouzdanost čitave ljestvice je visoka i iznosi $\alpha=.82$ (Lauri Korajlija, 2010).

Postupak

Istraživanje je odobreno od strane Etičke komisije Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu. U ovom diplomskom radu korišten je samo dio podataka prikupljenih u sklopu projekta „*Anksioznost i depresivnost u cjeloživotnoj perspektivi*“.

Grupno ispitivanje djece iz Zagreba provedeno je u razdoblju od 2006. do 2008. godine. U istraživanju su sudjelovala djeca od 4. do 8. razreda jedne zagrebačke osnovne škole. Prije provedbe testiranja, organiziran je roditeljski sastanak sa svrhom da istraživači roditeljima objasne svrhu i ciljeve istraživanja te su roditelji dali pristanak za sudjelovanje djece u istraživanju. Rečeno im je da će rezultati biti korišteni isključivo u istraživačke svrhe te da će uvid u grupne rezultate imati samo psiholozi koji su uključeni u projekt. Ispitivanje je trajalo jedan školski sat, za vrijeme redovite nastave. Istraživači su na početku ispitivanja objasnili djeci tijekom samog testiranja i dali su im uputu za svaki upitnik. Djeci je ponuđena pomoć istraživača ako bi im ona bila potrebna u bilo kojem trenutku tijekom rješavanja upitnika.

4. Rezultati

Rezultati su obrađeni korištenjem statističkog paketa IBM SPSS Statistics 20.

U tablici 2 prikazani su osnovni deskriptivni podaci za depresivnost, anksioznu osjetljivost i njezine dimenzije (*tjelesne brige, psihičke brige, socijalne brige*) te dimenzije perfekcionizma (*zabrinutost zbog pogrešaka, zadovoljstvo uspjehom, kompulzivnost, želja za divljenjem*).

Tablica 2

Deskriptivni statistički parametri za varijable depresivnosti, anksiozne osjetljivosti i njene dimenzije te dimenzije perfekcionizma na poduzorcima muških ($n= 456$) i ženskih ($n=418$) sudionika

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>min-max</i>	<i>Teoretski raspon</i>	<i>Z</i>	<i>Asimetričnost</i>	<i>Spljoštenost</i>
Depresivnost	M	8.7	6.70	0-48	0-54	3.98**	1.65	4.11
	Ž	8.4	6.11	0-36				
Anksiozna osjetljivost	M	30.8	12.74	0-80	0-90	1.16	.13	.36
	Ž	33.4	13.71	0-76				
Tjelesne brige	M	17	8.03	0-47	0-50	1.7**	.32	.17
	Ž	19.3	9.06	0-49				
Psihičke brige	M	6.1	4.02	0-23	0-25	4.43**	1.03	2.08
	Ž	6.3	3.92	0-25				
Socijalne brige	M	8	3.32	0-15	0-15	2.21**	-.13	-.32
	Ž	8.1	3.25	0-15				
Zabrinutost zbog pogrešaka	M	11.7	5.33	0-25	0-25	2.14**	.25	-.51
	Ž	12.7	5.76	0-25				
Zadovoljstvo uspjehom	M	20	4.75	0-25	0-25	4.44**	-1.37	2.19
	Ž	21	3.86	5-25				
Kompulzivnost	M	11.9	4.13	0-20	0-20	2.24**	-.25	-.39
	Ž	12.3	4.60	0-20				
Želja za divljenjem	M	11.3	4.78	0-20	0-20	1.86**	.14	-.72
	Ž	9.7	5.03	0-20				

Legenda: *M* – aritmetička sredina, *SD*- standardna devijacija, *n* – broj sudionika, *min-max* – najmanji i najveći postignuti rezultat na varijabli, *teoretski raspon* – najmanji i najveći mogući raspon na varijabli, *Z* – Kolmogorov-Smirnovljev test, ** $p < .01$, *Asimetričnost*- koeficijent asimetričnosti, *Spljoštenost*- koeficijent spljoštenosti

Koristeći Kolmogorov-Smirnovljev (K-S-Z) test normaliteta distribucije, pokazalo se da je u našem uzorku jedino anksiozna osjetljivost normalno distribuirana što je u skladu s dosadašnjim istraživanjima (npr. Reiss i sur., 1986). Usporedbom prosječnih vrijednosti s teoretskim rasponom, možemo vidjeti da učenici doživljavaju niže razine depresivnosti što je i očekivano, s obzirom na to da se radi o nekliničkom uzorku. Iako sve distribucije osim anksiozne osjetljivosti statistički značajno odstupaju od normalne, u daljnjoj obradi rezultata koristit ćemo parametrijsku statistiku budući da

je takav postupak prihvatljiv ako odstupanja distribucije od normalne nisu ekstremna, navode Aron i Aron (1994; prema Lauri Korajlija, 2010). Ekstremna odstupanja su ona prema kojima je koeficijent asimetričnosti (*Skewness*) veći od 3, a koeficijent spljoštenosti (*Kurtosis*) veći od 10 (Kline, 2005; prema Lauri Korajlija, 2010). Naše distribucije zadovoljavaju navedene uvjete što je vidljivo iz tablice 2.

Kako bismo odgovorili na prvi problem, ispitali smo postoje li razlike u intenzitetu depresivnosti s obzirom na spol i dob učenika te postoji li interakcija tih dvaju nezavisnih varijabli. Rezultat na Dječjoj skali depresije bio je zavisna varijabla. Dob je definirana razrednim kategorijama i to na način da 4., 5. i 6. razredi predstavljaju mlade učenike, a 7. i 8. razredi starije.

Složenom analizom varijance (2x2) nije dobiven statistički značajan efekt spola odnosno nije utvrđena razlika u intenzitetu depresivnosti između muških i ženskih sudionika (tablica 3). Efekt dobi se pokazao značajnim ($F(1,817)=8.47$; $p<.01$), pri čemu je utvrđena mala veličina učinka ($\eta_p^2=.01$) mjerena kvadriranom parcijalnom etom. Starija djeca iskazuju više simptoma depresije od mlade na što nam ukazuju i prosječne vrijednosti rezultata na Dječjoj skali depresije prikazane u tablici 4. Iako interakcija spola i dobi nije značajna, može se primijetiti da postoji tendencija različite promjene intenziteta depresivnosti kroz dob ovisno o spolu, odnosno da se rodne razlike u funkciji dobi povećavaju.

Tablica 3
Rezultati složene analize varijance za varijablu depresije
s obzirom na dob i spol

	<i>df</i>	<i>F</i>	η_p^2
Glavni efekt spola	1/817	.22	.00
Glavni efekt dobi	1/817	8.47*	.01
Interakcija spol x dob	1/817	.12	.00

* $p<.01$

Tablica 4
Aritmetičke sredine rezultata na Dječjoj skali depresije
pojedinih skupina sudionika

	M	Ž	Ukupno
Mlađi	8	7.9	8
Stariji	9.5	9	9.3
Ukupno	8.6	8.4	

Kako bismo odgovorili na drugi problem i utvrdili doprinos dimenzija anksiozne osjetljivosti i perfekcionizma u objašnjenju izraženosti simptoma depresivnosti kod četiri skupine sudionika (djevojčica, dječaka, djevojaka i mladića), proveli smo četiri odvojene regresijske analize za svaku skupinu sudionika. Depresivnost je uvrštena kao zavisna varijabla, a dimenzije anksiozne osjetljivosti i perfekcionizma uvrštene su kao nezavisne varijable.

Rezultati u tablici 5 pokazuju da dimenzije anksiozne osjetljivosti i perfekcionizma objašnjavaju 21.8% varijance depresivnosti kod djevojčica, 24.9% varijance depresivnosti kod dječaka, 35.4% kod djevojaka i 32.8% kod mladića. Skupine se međusobno razlikuju prema strukturi značajnih prediktora pa će u nastavku biti prikazana njihova detaljnija analiza.

Tablica 5

Rezultati regresijskih analiza za predikciju depresivnosti kod djevojčica, dječaka, djevojaka i mladića na temelju dimenzija anksiozne osjetljivosti i dimenzija perfekcionizma kao prediktora

		Djevojčice (<i>n</i> = 224)	Dječaci (<i>n</i> = 194)	Djevojke (<i>n</i> = 129)	Mladići (<i>n</i> = 153)
		β	β	β	β
Anksiozna osjetljivost	Tjelesne brige	-.108	.067	-.199	.008
	Psihičke brige	.252**	.140	.312**	.303**
	Socijalne brige	.064	.002	.071	-.060
Perfekcionizam	Zabrinutost zbog pogrešaka	.304**	.381**	.480**	.260*
	Zadovoljstvo uspjehom	-.265**	-.240**	-.210**	-.404**
	Kompulzivnost	-.199**	-.057	-.155	-.098
	Želja za divljenjem	.044	-.020	.053	.217**
	<i>F</i>	8.627	8.830	9.472	10.103
<i>R</i> ²	.218**	.249**	.354**	.328**	

Legenda: **p*<.05; ***p*<.01, β - standardizirani regresijski koeficijenti

Među dimenzijama anksiozne osjetljivosti (*tjelesne brige*, *psihičke brige*, *socijalne brige*), samo su *psihičke brige* značajan prediktor depresivnosti. Ta dimenzija anksiozne osjetljivosti značajna je u svim skupinama sudionika osim u skupini dječaka.

Među dimenzijama perfekcionizma, dvije dimenzije odražavaju neadaptivne aspekte perfekcionizma, a druge dvije adaptivne aspekte. Neadaptivne aspekte perfekcionizma odražavaju dimenzija *zabrinutost zbog pogrešaka* koja je značajan rizični čimbenik za pojavu depresivnih simptoma u svim skupinama sudionika i *želja za divljenjem* koja je značajan rizični čimbenik za pojavu depresivnih simptoma jedino u skupini mladića. Adaptivni aspekt perfekcionizma odražavaju dimenzije *zadovoljstvo uspjehom* koja je značajan zaštitni čimbenik u svim skupinama sudionika i *kompulzivnost* koja je značajan zaštitni čimbenik jedino u skupini djevojčica ($\beta=-.199$).

5. Rasprava

Dosadašnja istraživanja uglavnom pokazuju da u adolescenciji dolazi do porasta depresivnih simptoma, a vjerojatnost pojavljivanja depresivnih poremećaja u adolescenciji raste brže kod djevojčica nego kod dječaka (Hankin i Abramson, 2001; prema Kurtović i Marčinko, 2011). Razvojni obrat se događa između 13. i 15. godine: dotad dječaci pokazuju nešto više rezultate na ljestvicama depresivnosti i općenito imaju više psiholoških i bihevioralnih problema, a nakon te dobi djevojčice imaju izraženije simptome depresivnosti (Živčić-Bećirević, 1994; prema Vulić-Prtorić i Sorić, 2001). Takvom objašnjenju u prilog idu i nalazi da se kod djece veliki depresivni poremećaj javlja podjednako kod djevojčica i dječaka, dok je kod adolescenata taj odnos 2:1 u korist djevojčica (Vulić-Prtorić i Sorić, 2001). Dakle, pri tumačenju fenomenologije depresivnog poremećaja, nužno je uzeti u obzir dobne i rodne razlike među djecom i adolescentima. Cilj ovog istraživanja bio je ispitati dobne i rodne razlike u povezanosti simptoma depresivnosti s perfekcionizmom i anksioznom osjetljivošću kao rizičnim faktorima za depresije, na nekliničkom uzorku djece osnovnoškolske dobi podijeljene u četiri skupine prema dobi i spolu: mlađi učenici su oni koji pohađaju 4., 5. ili 6. razred (raspona dobi od 10 do 12 godina), a stariji učenici su oni koji pohađaju 7. ili 8. razred (raspona dobi od 13 do 15 godina).

Kako bismo odgovorili na prvi problem čiji je cilj bio utvrditi postoje li rodne i dobne razlike u razini depresivnosti kod djece i mlađih adolescenata, proveli smo složenu analizu varijance nacrtu 2x2. Prva hipoteza bila je da će djevojčice postizati statistički značajno viši rezultat na mjeri depresivnosti u odnosu na dječake. Iako bi

takav rezultat prema literaturi (npr. Mezzich i Mezzich, 1979; Reynolds, 1985; prema Mišćević, 2007) bio očekivan, u našem istraživanju glavni efekt spola nije bio statistički značajan ($F(1,817)=.22, p>.05$) odnosno nije dobivena rodna razlika u depresivnosti među skupinama djece i mlađih adolescenata. Moguće objašnjenje izostanka značajnih rodni razlika možemo temeljiti na nalazu meta-analize koju su proveli Twenge i Nolen-Hoeksema (2002). Oni su sumirali podatke dobivene Dječjom skalom depresije na 251 uzorku koji je uključivao 43.916 djece i zaključili da je rodna razlika u depresiji mala i vjerojatno statistički neznčajna ako se radi o blagim ili umjerenim simptomima depresije kod djece u uzorku. Tek ako se radi o ozbiljnijim simptomima depresije, rodne razlike mogu doći do izražaja. U našem istraživanju, Dječju skalu depresije primijenili smo na nekliničkom uzorku djece za koju je bilo očekivano da neće imati ozbiljnije simptome depresije, što se i pokazalo u rezultatima. Prosječan rezultat na upitniku iznosi $M=8.7, SD=6.70$ za dječake i $M=8.4, SD=6.11$ za djevojčice. Takav rezultat odgovara prosječnom rezultatu na Dječjoj skali depresije na uzorku neselekcionirane školske djece koji se kreće se oko 9, sa standardnom devijacijom oko 7 (Marinović i Vulić-Prtorić, 2000). Rezultati manji od 9 smatraju se niskima (Belavić, 2006).

Također, u sklopu prvog problema postavili smo hipotezu da će postojati dobne razlike u razini depresivnosti kod djece i mlađih adolescenata tj. da će starija djeca postizati statistički značajno viši rezultat na mjeri depresivnosti u odnosu na mlađu djecu. Složena analiza varijance je pokazala da je efekt dobi statistički značajan ($F(1,817)=8.47; p<.01$).

U literaturi nalazimo mnogo podataka koji potkrepljuju hipotezu o postojanju dobnih razlika u depresivnosti: Mišćević (2007) navodi istraživače poput Fleminga (1990) te Donga, Yanga i Ollendicka (1994) koji nalaze više rezultate na depresivnosti u pubertetu te tvrde da mlađa djeca izvještavaju o manje depresivnih simptoma nego što to čine starija djeca. Prema podacima Moffitta i sur. (2010; prema Maughan i sur., 2013), jednogodišnja prevalencija depresivnih simptoma raste s dobi: kod predadolescenata iznosi 1 do 2%, u srednjim adolescentskim godinama kreće se između 4 i 5%, dok prevalencija velikog depresivnog poremećaja u ranoj odrasloj dobi iznosi između 10 i 17%.

Moguće da dobnim razlikama u depresivnosti kod djece i mlađih adolescenata pridonose i veći zahtjevi u 7. i 8. razredu u odnosu na prethodno školovanje: raste broj

predmeta kao i njihova težina (npr. dodatak fizike, kemije), povećava se broj profesora čijim se kriterijima treba prilagoditi, rastu očekivanja od mlađih adolescenata (jer više nisu djeca), a stvara se i pritisak postizanja što boljeg uspjeha radi upisa u srednju školu.

Također, adolescencija je vrijeme izraženih bioloških i socijalnih promjena. Mozak sazrijeva što dovodi i do veće kognitivne zrelosti koju karakterizira i povećana svijest o sebi (Thapar, Collishaw, Pine i Thapar, 2012). Vjerojatno su mlađi adolescenti u odnosu na predadolescente sposobni jasnije prepoznati i imenovati svoje emocije i raspoloženje pa su njihove samoprocjene na Dječjoj skali depresije točnije. Prema Piagetu (Vasta i sur., 2005), između 12. i 13. godine počinje razdoblje formalnih operacija koje je ujedno i završno razdoblje Piagetove hijerarhije. Ovo razdoblje mijenja način na koji adolescenti vide sebe, druge i svijet (Berk, 2008) omogućavajući im razvoj apstraktnog mišljenja, ali i njegovih posljedica poput svadljivosti, osjetljivosti na javnu kritiku, pojačanog osjećaja osobne jedinstvenosti i poteškoća u donošenju svakodnevnih odluka. Navedene karakteristike ponašanja adolescenata mogu utjecati na odnose s drugim ljudima te dovesti do češće pojave negativnih životnih događaja poput svađa s roditeljima, lošeg uspjeha u školi, prekida romantične veze. Larson i Ham (1993; prema Berk, 2008) navode da su se negativni događaji stabilno povećavali od djetinjstva do adolescencije i da su adolescenti na njih reagirali emocionalnije nego djeca.

Treća hipoteza koju smo postavili u okviru prvog problema bila je da će postojati značajna interakcija dobi i spola u intenzitetu depresivnosti. Međutim, interakcija spola i dobi u našem istraživanju nije značajna ($F(1,817)=.12, p>.05$). Prema nalazima iz literature, očekivali bismo da u mlađoj dobnoj skupini dječaci budu depresivniji, a u starijoj dobnoj skupini djevojke. Primjerice, Peterson i sur. (1991; prema Bumber, 2003) proveli su longitudinalno istraživanje tijekom kojeg su od rane adolescencije do zrele dobi pratili 335 sudionika. Rezultati su pokazali da tijekom adolescencije depresivnost raste kod djevojčica, a kod dječaka ostaje stabilna. Rodne razlike u depresiji tijekom adolescencije se povećavaju, što pokazuje značajna interakcija između dobi i spola. Iako interakcija dobi i spola u našem istraživanju nije bila statistički značajna, uočili smo tendenciju da se rodne razlike povećavaju u funkciji dobi.

Twenge i Nolen-Hoeksema (2002) su u svojoj meta-analizi provedenoj na uzorku od 310 istraživanja iznijeli nalaz da do 12. godine dječaci imaju nešto izraženije

simptome depresije (ta razlika nije statistički značajna), a potom se smanjuju i ostaju stabilni kroz adolescenciju, dok su djevojčice nakon 13. godine statistički značajno depresivnije od dječaka. Moguće je da u ovom istraživanju nismo uspjeli zahvatiti razdoblje razvojnog obrata koji se događa između 13. i 15. godine, a kojeg su Vulić-Prtorić i Sorić (2001) uspjele prikazati u svojem istraživanju. Autorice su podijelile sudionike u tri skupine: mlađu (učenici 5. razreda osnovne škole), srednju (učenici 8. razreda osnovne škole) i stariju (učenici 4. razreda srednje škole). Među mlađom skupinom sudionika nisu pronašle značajnu razliku između dječaka i djevojčica premda su dječaci općenito nešto depresivniji od djevojčica, no u srednjoj skupini (8. razredi) događa se obrat nakon kojeg su djevojčice u starijoj skupini (4. razredi srednje škole) značajno depresivnije od dječaka.

Slično kao i u našem istraživanju, ni Mišćević (2007) ne nalazi rodne razlike u depresivnosti, no pronalazi da su starija djeca (učenici 7. i 8. razreda) depresivnija u odnosu na mlađu (učenike 5. i 6. razreda).

Kako bismo odgovorili na drugi problem čiji je cilj bio utvrditi doprinos dimenzija anksiozne osjetljivosti i perfekcionizma u objašnjenju izraženosti simptoma depresivnosti kod četiriju skupina sudionika (djevojčica, dječaka, djevojaka i mladića), proveli smo četiri odvojene regresijske analize za svaku skupinu sudionika.

Prva hipoteza u okviru drugog problema bila je da će sve dimenzije anksiozne osjetljivosti biti značajni prediktori depresivnosti u svim skupinama, pri čemu će *psihičke brige* biti najznačajniji rizični prediktor depresivnosti u svim skupinama.

Dimenzije *tjelesnih* i *socijalnih briga* nisu značajan prediktor depresivnosti kod djece i adolescenata u našem uzorku. Dimenzija *tjelesnih briga* najznačajnije je povezana sa simptomima anksioznosti i s paničnim poremećajem, no ne i s depresivnošću (Lauri Korajlija, 2010), stoga ne čudi da *tjelesne brige* nisu značajan prediktor depresivnosti u našem istraživanju. Budući da su *socijalne brige* u našem upitniku zastupljene s najmanjim brojem čestica te su i ranije pokazale nisku unutarnju pouzdanost u odnosu na druge dimenzije (Mohlman i Zinbarg, 2000; prema Lauri Korajlija, 2010), nije neobično da ni dimenzija *socijalnih briga* nije značajan prediktor depresivnosti u našem istraživanju.

Za razliku od *tjelesnih* i *socijalnih briga*, *psihičke brige* ostaju značajan prediktor depresivnosti kod djevojčica od 5. do 8. razreda dok kod mladića postaju značajne kasnije – u 7. i 8. razredu. Takvu razliku bismo mogli objasniti time što djevojčice ranije ulaze u pubertet od dječaka (Berk, 2008) pa je moguće i da ranije počinju razmišljati o sebi i sklonije su usmjeriti se na sebe i svoje negativne osjećaje. Međutim, s obzirom na to da dimenzija anksiozne osjetljivosti *psihičke brige* jedina predstavlja značajan prediktor depresivnosti i to u čak tri skupine sudionika na nekliničkom uzorku, trebalo bi detaljnije istražiti podlogu takve povezanosti.

Preliminarna istraživanja pokazuju povezanost između rezultata na dimenziji *psihičkih briga* mjenima Indeksom anksiozne osjetljivosti i kognitivne ruminacije u klinički depresivnih bolesnika (Cox, Enns i Taylor, 2001; prema Rector i sur., 2007). Uz simptome mentalne onesposobljenosti poput poteškoća s koncentracijom, nemira i umora, i kognitivne ruminacije su sastavni dio frenofobije odnosno straha od poteškoća s koncentracijom i ostalih indikacija gubitka kognitivne kontrole, a koje proizlaze iz vjerovanja da ovakve poteškoće mogu dovesti do ludila ili mentalne onesposobljenosti (Taylor i sur., 1996). Moguće je da frenofobija pogoršava depresiju, a Taylor i sur. (1996) čak sugeriraju da bi strah od mentalne onesposobljenosti mogao predstavljati za depresiju specifičan oblik anksiozne osjetljivosti. Cox i suradnici (1999; prema Cox i sur., 2001) su predložili termin „depresivna osjetljivost“ kojeg bi na Indeksu anksiozne osjetljivosti za odrasle (ASI) opisivalo pitanje „Kad sam nervozan, brinem se da sam možda mentalno bolestan“. Najsljednija pitanja u našem modificiranom Indeksu dječje anksiozne osjetljivosti su upravo neke čestice dimenzije *psihičkih briga* koja predstavlja mjeru zabrinutosti zbog mentalne onesposobljenosti: „Kad se ne mogu koncentrirati na školsku zadaću, brinem da možda postajem lud“ ili „Plaši me kad se osjećam uznemireno“. Ulaskom u adolescenciju, razvija se i sposobnost hipotetičko-deduktivnog rasuđivanja što adolescentima omogućuje da stvaraju opće teorije o činiteljima koji mogu utjecati na ishod i dedukcijom dolaze do specifičnih predviđanja o tome što se može dogoditi (Berk, 2008). Moguće je da mladi adolescenti u našem uzorku stvaraju katastrofična predviđanja o tome što će se dogoditi u slučaju pojave normalnih činitelja koji prate pubertet poput nedostatka koncentracije, uznemirenosti i potrebe za preuzimanjem kontrole nad vlastitim životom.

U okviru drugog problema, željeli smo utvrditi doprinos dimenzija perfekcionizma u objašnjenju izraženosti simptoma depresivnosti kod četiri skupine sudionika: djevojčica, djevojaka, dječaka i mladića. Istraživanje Ricea i suradnika (2007) ukazuje na postojanje određenih rodni specifičnosti u strukturi perfekcionizma, a to se pokazalo da vrijedi i u našem istraživanju.

Hipoteza koju smo postavili u okviru drugog problema odnosila se pozitivan aspekt perfekcionizma (*zadovoljstvo uspjehom*) kao značajan zaštitni faktor od depresivnih simptoma. Dimenzija perfekcionizma *zadovoljstvo uspjehom* je pozitivan aspekt perfekcionizma, koji predstavlja značajan zaštitni čimbenik u svim skupinama sudionika. Zdravi perfekcionista su oni koji mogu uživati u svojem uspjehu, osjećaju ponos i zadovoljstvo kad postignu postavljeni cilj. Za razliku od njih, negativni perfekcionista zapravo nikad nisu zadovoljni učinjenim i takva negativna orijentacija k uspjehu povezana je s negativnim ishodom i slabijom psihološkom prilagodbom. U prilog adolescentskom zadovoljstvu uspjehom ide i kognitivno iskrivljavanje koje se naziva osobna bajka (Berk, 2008). Naime, zbog pojačanog osjećaja osobne jedinstvenosti, tinejdžeri mogu razviti predimenzionirano mišljenje o svojoj važnosti.

Zanimljiv je nalaz da dimenzija *kompulzivnosti* ima negativan predznak β koeficijenta, što je sukladno nalazu dobivenom u istraživanju *kompulzivnosti* kao prediktora anksioznosti (Lauri Korajlija, 2010). Iako je takav nalaz iznenađujući, čini se da je konzistentan i za predikciju anksioznosti i za predikciju depresivnosti. Lauri Korajlija (2010, str. 97) je ponudila objašnjenje da je „moguće da, kad kontroliramo sve perfekcionistačke, neadaptivne aspekte kompulzivnosti, ostaje dio varijance koji se odnosi na adaptivnu potrebu za organizacijom i redom. Ona možda predstavlja svojevrstu kontrolu nad situacijom i kao takva je kod djevojčica povezana sa sniženim razinama anksioznosti“. Tome možemo samo pridodati da je kao takva kod djevojčica vjerojatno povezana i sa sniženim razinama depresivnosti. Također je zanimljivo da je *kompulzivnost* značajni zaštitni faktor jedino u skupini djevojčica. Nameću nam se pitanja zašto *kompulzivnost* nije zaštitni faktor kod dječaka i mladića i zbog čega se gubi značajnost *kompulzivnosti* kod djevojaka.

Prijašnja istraživanja *kompulzivnosti* pokazala su da djevojčice izražavaju više briga oko reda i organizacije negoli dječaci u osnovnoj i srednjoj školi (DeKryger, 2005; Siegle i Schuler, 2000; prema Uz Baš, 2011). Objašnjenje razlike u

kompulzivnosti i ostalim dimenzijama perfekcionizma među djevojčicama i dječacima možda leži u roditeljskom stilu odgoja i kulturi u kojoj djeca odrastaju, odnosno u različitim očekivanjima od djevojčica i dječaka. Čini se da djevojčice pokušavaju osigurati osjećaj kontrole i samoefikasnost kroz organizaciju i urednost (Lauri Korajlija, 2010) jer se od njih očekuje da budu uspješne i njegovane, mirne i pristojne, dok se od dječaka očekuje da budu uspješni u područjima koja podrazumijevaju snagu i moć (Adderholdt i Goldberg, 1999; prema Lauri Korajlija, 2010).

Time bismo mogli objasniti i naš idući nalaz: izraženu *želju za divljenjem* kod mladića. Naime, u našem istraživanju je *želja za divljenjem* značajan prediktor depresivnosti jedino u skupini mladića. Osim različitim očekivanjima za djevojčice i dječake, rodne razlike možemo objasniti i mogućim razlikama u razini samopoštovanja. Larsen i Buss (2008) navode da mala djeca u dobi od 7 do 10 godina imaju malu rodnu razliku u samopoštovanju, no što su djeca bliže razdoblju adolescencije, to se razlika među spolovima više povećava. Rodna razlika dostiže svoj vrhunac u dobi između 15 i 18 godina kada žene imaju značajno nižu razinu samopoštovanja u odnosu na muškarce ($d=.33$). Moguće je da djevojčice i djevojke u našem uzorku također imaju niže samopoštovanje i smatraju da niti ne mogu biti savršene i poznate kao najbolje u onome što rade.

Što se tiče dobnih razlika, Lapsley (1990; prema Rice i sur., 2007) navodi da se faktor *želje za divljenjem* razlikuje kod djece i adolescenata. Ljudi tek u ranoj adolescenciji postaju svjesniji samih sebe i mogućnosti da ih drugi prosuđuju pa je to mogući razlog zašto *želja za divljenjem* nije značajan prediktor depresivnosti i u mlađoj skupini dječaka.

Ovaj nalaz možemo povezati i s iskrivljenom slikom odnosa sebe i drugih koja se naziva zamišljena publika, a javlja se u adolescenciji (Berk, 2008). Odnosi se na uvjerenje adolescenata da ih svi promatraju i procjenjuju te da su u središtu pažnje. Zbog toga su i osjetljivi na javnu kritiku.

Dimenzija perfekcionizma *zabrinutost zbog pogrešaka* je u više istraživanja pokazala snažnu povezanost s psihološkim problemima među odraslima (Frost, i sur., 1990; Rice i sur., 2007). Imajući na umu da su za razvoj perfekcionizma najznačajnija razdoblja ranog djetinjstva i adolescencije (Hewitt i sur., 2002), za pretpostaviti je da bi ta dimenzija perfekcionizma mogla biti značajan prediktor psiholoških poteškoća već u

ovoj dobi. Zaista, u našem istraživanju je *zabrinutost zbog pogrešaka* prediktor depresivnosti od 5. do 8. razreda, za oba spola. Moguće da ovakvom nalazu na nekliničkom uzorku pridonosi i kultura u kojoj djeca odrastaju. Naime, pred djecu se postavljaju sve veći akademski zahtjevi, a greške se kažnjavaju – lošijom ocjenom, lošijim uspjehom, raznim kaznama od strane roditelja (npr. zabrana izlazaka). Ako se greške i kazne zbog grešaka ponavljaju, učenik može razviti vjerovanje da njegov trud ne dovodi do željenih rezultata i da vjerojatno nešto nije u redu s njim. Rose i Abramson (1992; prema Huberty, 2012) navode da se takvo vjerovanje može generalizirati i na druga područja života što povećava vjerojatnost razvoja depresije. Naime, prema teoriji bespomoćnosti, depresivni ljudi češće imaju internalni lokus kontrole jer vjeruju da su za neuspjeh krivi njihovi osobni nedostaci, a takve negativne atribucije su postojane (otporne su na promjenu) i globalne (utječu na sve aspekte života). Depresivna djeca najčešće iskazuju pretjeranu zabrinutost, preokupaciju prošlim neuspjesima i anticipaciju budućih (Vulić-Prtorić, 2004; prema Belavić, 2006), a u pozadini se zapravo nalazi intenzivan strah od pogreške. Frost i sur. (1990) smatraju da je usmjerenost na vlastite pogreške jedan od važnih faktora koji čini perfekcionizam faktorom ranjivosti za veći broj psihičkih poremećaja pa je stoga na ovaj prediktor potrebno obratiti posebnu pažnju.

Na kraju, možemo učiniti kratak pregled najvažnijih nalaza doprinosa pojedinih dimenzija anksiozne osjetljivosti i perfekcionizma kao prediktora depresivnosti kod djece i mlađih adolescenata.

Dimenzije perfekcionizma i anksiozne osjetljivosti kod djevojčica i djevojaka predviđaju između 21.8% i 35.4% varijance depresivnosti dok kod dječaka i mladića predviđaju između 24.9% i 32.8% varijance depresivnosti. Također, struktura prediktora je različita. Kod djevojčica su najznačajniji prediktori *psihičke brige*, *zabrinutost zbog pogrešaka*, *zadovoljstvo uspjehom* i *kompulzivnost*. Kod dječaka su najznačajniji prediktori *zabrinutost zbog pogrešaka* i *zadovoljstvo uspjehom*. Kod djevojaka su najznačajniji prediktori *psihičke brige*, *zabrinutost zbog pogrešaka* i *zadovoljstvo uspjehom*, a kod mladića su to *psihičke brige*, *zabrinutost zbog pogrešaka*, *zadovoljstvo uspjehom* i *želja za divljenjem*.

Opisani nalazi imaju implikacije i za stručnjake koji su u direktnom kontaktu s djecom. Depresiju je važno na vrijeme prepoznati jer se depresija u adolescenciji može nastaviti u odraslu dob (Thaper i sur., 2012). Poznavanje rodni i dobnih razlika u manifestaciji depresivnih simptoma kao i rizičnih faktora za razvoj depresije može biti od ključne važnosti u dijagnostici i terapiji. Možemo pretpostaviti da bi stručnjaci mogli lakše prepoznati rizik za razvoj depresije kod djevojčica i djevojaka negoli kod dječaka i mladića s obzirom na to da bi se kod djevojčica i djevojaka mogli osloniti na više različitih prediktora depresije. Posebno bi trebalo obratiti pažnju na *zabrinutost zbog pogrešaka* kao neadaptivni aspekt perfekcionizma i *zadovoljstvo uspjehom* kao adaptivni aspekt budući da su ove dvije dimenzije perfekcionizma značajni prediktori u sve četiri skupine sudionika.

Zaključno, depresivnost je heterogeni fenomen koji kod djece i adolescenata može imati više različitih prediktora odnosno rizičnih i zaštitnih čimbenika, ali se pritom ti prediktori mogu razlikovati u različitim dobnim skupinama i kod sudionika različitog spola. Teško ih je identificirati zbog snažne povezanosti individualnih, obiteljskih i socijalnih rizika.

6. Kritički osvrt i sugestije za buduća istraživanja

Ovo istraživanje predstavlja prvo istraživanje koje istovremeno provjerava doprinos perfekcionizma i anksiozne osjetljivosti kao rizičnih čimbenika u izraženosti depresivnosti kod djece i mlađih adolescenata te zasigurno doprinosi boljem razumijevanju njihove povezanosti. Nadalje, prednost provedenog istraživanja je u veličini uzorka sa zahvaćenim širokim rasponom dobi sudionika što nam omogućuje veće generaliziranje rezultata.

Budući da je istraživanje provedeno na nekliničkom uzorku djece, dobiveni su relativno niski rezultati na depresivnosti i dimenzijama anksiozne osjetljivosti i perfekcionizma te je moguće da je zbog toga smanjena mogućnost otkrivanja značajnih povezanosti među korištenim mjerama. U budućnosti bi bilo korisno provesti longitudinalno istraživanje koje bi uspoređivalo klinički i neklinički uzorak djece i mlađih adolescenata, a bilo bi zanimljivo i zahvatiti širu dobnu skupinu.

Naš uzorak bi mogao biti selekcioniran budući da su u istraživanju sudjelovali samo učenici za koje smo dobili pismeni pristanak roditelja. Postoji vjerojatnost da neki roditelji čije dijete ima psiholoških poteškoća nisu željeli da se to zna ili da dijete dodatno prolazi kroz proces „testiranja“. Stoga su uskratili svoj pristanak na sudjelovanje.

Budući da je ovo istraživanje dio većeg projekta, od djece je traženo da popune brojne upitnike i daju puno informacija o sebi pa je moguće da je kod nekih učenika došlo do umora ili pada motivacije, što je za posljedicu moglo imati nasumično odgovaranje.

Sudionici su rješavali upitnike koji se baziraju na samoprocjeni. To se čini primjerenim u rješavanju Dječjeg indeksa anksiozne osjetljivosti jer se radi o individualnoj interpretaciji simptoma anksioznosti. Samoprocjenjivanje na Dječjoj skali depresije je primjereno budući da visok rezultat na ljestvici depresivnih simptoma kod djece može značiti zabrinjavajuću neprilagođenost u socijalnom, akademskom i obiteljskom funkcioniranju, bez obzira na to radi li se o kliničkom ili nekliničkom uzorku djece. Međutim, kod samoprocjenjivanja uvijek postoji mogućnost neiskrenog odgovaranja, a kod mlađe djece i adolescenata moguće je i neprepoznavanje vlastitih osjećaja i simptoma. Zbog navedenog, u budućim istraživanjima bilo bi korisno uvesti druge metode mjerenja anksiozne osjetljivosti, poput vođenja dnevnika, opažanja ponašanja, intervjua i procjenjivanja od strane djetetovih roditelja i prijatelja.

Na daljnjim je istraživanjima da dodatno razjasne povezanost dimenzija anksiozne osjetljivosti i dimenzija perfekcionizma kao prediktora depresivnosti, pogotovo u funkciji procesa rasta i razvoja te rodni razlika.

7. Zaključak

Na uzorku od ukupno 874 osnovnoškolaca iz Zagreba, podijeljenih u četiri skupine prema dobi i spolu (djevojčice, dječaci, djevojke, mladići) ispitali smo povezanost simptoma depresivnosti s perfekcionizmom i anksioznom osjetljivošću. Nakon provedenih statističkih analiza, moguće je formulirati sljedeće zaključke:

1. Nisu utvrđene rodne razlike u razini depresivnosti kod djece i mlađih adolescenata, no pronađene su dobne razlike ($F(1,817)=8.47$; $p<.01$) pri čemu je utvrđena mala veličina učinka ($\eta_p^2=.01$). Efekt dobi se pokazao značajnim u smjeru da starija djeca iskazuju više simptoma depresije od mlađe. Interakcija spola i dobi nije statistički značajna.

2. Dimenzije anksiozne osjetljivosti i perfekcionizma objašnjavaju 21.8% varijance depresivnosti kod djevojčica, 24.9% varijance depresivnosti kod dječaka, 35.4% kod djevojaka i 32.8% kod mladića.

Među dimenzijama anksiozne osjetljivosti (*tjelesne brige*, *psihičke brige*, *socijalne brige*), samo su *psihičke brige* značajan prediktor depresivnosti. Ta dimenzija anksiozne osjetljivosti značajna je u svim skupinama sudionika osim u skupini dječaka.

Među dimenzijama perfekcionizma, neadaptivne aspekte perfekcionizma odražavaju dimenzija *zabrinutost zbog pogrešaka* koja je značajan rizični čimbenik za pojavu depresivnih simptoma u svim skupinama sudionika i *želja za divljenjem* koja je značajan rizični čimbenik za pojavu depresivnih simptoma jedino u skupini mladića. Adaptivni aspekt perfekcionizma odražava dimenzija *zadovoljstvo uspjehom* koja je značajan zaštitni čimbenik u svim skupinama sudionika i *kompulzivnost* koja je značajan zaštitni čimbenik jedino u skupini djevojčica.

8. Literatura

- Begić, D. (2011). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Belavić, I. (2006). *Povezanost perfekcionizma, anksioznosti i depresivnosti kod djece*. Neobjavljen diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Berk, L. E. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Bumber, Ž. (2003). *Razlike u depresivnosti s obzirom na darovitost, spol, dob i školski uspjeh učenika*. Neobjavljen diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Chorpita, B. F. i Lilienfeld, S. O. (1999). Clinical assessment of anxiety sensitivity in children and adolescents: Where do we go from here? *Psychological Assessment*, 11(2), 212-224.
- Cox, B. J., Enns, M. W., Freeman, P. i Walker, J. R. (2001). Anxiety sensitivity and major depression: examination of affective state dependence. *Behaviour Research and Therapy*, 39(11), 1349-1356.
- Davison, G. C. i Neale, J. M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Flett, G. L., Greene, A. i Hewitt, P. L. (2004). Dimensions of perfectionism and anxiety sensitivity. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22(1), 39-57.
- Flett, G. L. i Hewitt, P. L. (2002). *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I. i Neuberg, A. L. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Hotujac, Lj., Filipčić, I., Grubišić, J., Marčinko, D. (2003). *Živjeti s depresijom*. Zagreb: PLIVA.
<http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/15396/Depresija-i-mladi.html>
- Hewitt, P. L. i Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), 98-101.
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Flett, G. L., Sherry, S. B., Collins, L. i Flynn, C. A. (2002). Perfectionism in children: Associations with depression, anxiety, and anger. *Personality and Individual Differences*, 32, 1049-1061.

- Huberty, T. J. (2012). *Anxiety and Depression in Children and Adolescents: Assessment, Intervention, and Prevention*. New York: Springer Science.
- Jokić-Begić, N., Jurin, T. i Lauri Korajlija, A. (2012). Factor Structure and Psychometric Properties of the Modified Childhood Anxiety Sensitivity Index in a Sample of Croatian Children and Adolescents. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 34(1), 126-135.
- Jurin, T., Bratko, D. i Lauri Korajlija, A. (2007). Povezanost perfekcionizma, akademskog postignuća i depresivnosti studenata. *Socijalna psihijatrija*, 35, 161-168.
- Kawamura, K. Y., Hunt, S. L., Frost, R. O. i DiBartolo, P. M. (2001). Perfectionism, Anxiety and Depression: Are the Relationships Independent? *Cognitive Therapy and Research*. 25(3), 291-301.
- Kurtović, A. i Marčinko, I. (2011). Spolne razlike u atribucijama negativnih i pozitivnih događaja te depresivnim simptomima. *Psihologijske teme*, 20(1), 1-25.
- Lauri Korajlija, A. (2004). *Povezanost perfekcionizma i atribucijskog stila s depresivnošću i anksioznošću*. Neobjavljen magistarski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Lauri Korajlija, A. (2010). *Perfekcionizam i anksiozna osjetljivost kao rizični faktori za pojavu anksioznih smetnji: kvantitativna i kvalitativna studija*. Neobjavljena doktorska disertacija. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Larsen, R. J., Buss, D. M. (2008). *Psihologija ličnosti*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Marinović, L. i Vulić-Prtorić, A. (2000). Usporedba dviju skala dječje depresivnosti s obzirom na neke psihometrijske karakteristike. *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 39(16), 155-177.
- Maughan, B., Collishaw, S. i Stringaris, A. (2013). Depression in Childhood and Adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 22(1), 35- 40.
- Miščević, M. (2007). *Simptomi anksioznosti i depresivnosti kod osnovnoškolske djece*. Neobjavljen diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Muris, P., Schmidt, H., Merckelbach, H. i Schouten, E. (2001). Anxiety sensitivity in adolescents: Factor structure and relationships to trait anxiety and symptoms of anxiety disorders and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 89–100.
- Murray, C. J. L i Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1498-1504.

- Nietzel, M. T., Bernstein, D. A. i Milich, R. (2002). *Uvod u kliničku psihologiju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K. i Leybman, M. (2007). Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1967–1975.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky D. M. i McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24(1), 1-8.
- Rice, K. G., Leever, B. A., Noggle, C. A. i Lapsley, D. K. (2007). Perfectionism and depressive symptoms in early adolescence. *Psychology in the Schools*, 44(2), 139-156.
- Rudan, V. i Tomac, A. (2009). Depresija u djece i adolescenata. *Medicus*, 18(2), 173 – 179.
- Rudolph, K. i Hammen, C. (1999). Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactivity in youngsters: A transactional perspective. *Child Development*, 70, 660-677.
- Slade, P. D. i Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*, 22(3), 372-391.
- Smári, J., Erlendsdóttir, G., Björgvinsdóttir, A. i Ágútsdóttir, V.R. (2003). Anxiety sensitivity and trait-symptom measures of anxiety and depression. *Anxiety, Stress, and Coping*, 16(4), 375-386.
- Stoeber, J. i Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology*, 10, 295-319.
- Stoeber, J. i Childs, J. H. (2012). *Encyclopedia of Adolescence*. New York: Springer.
- Taylor, S. (1995): Anxiety sensitivity: theoretical perspectives and recent findings. *Behavioral Research and Therapy*, 33, 243-258.
- Taylor, S., Koch, W. J., Woody, S. i McLean, P. (1996). Anxiety sensitivity and depression: How are they related?. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(3), 474-479.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, S.D. i Thapar, A.K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379, 1056-1067.

- Twenge, J. M. i Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, Gender, Race, Socioeconomic Status, and Birth Cohort Differences on the Children's Depression Inventory: A Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 578–588.
- Uz Baš, A (2011). Dimensions of Perfectionism in Elementary School-Aged Children: Associations with Anxiety, Life Satisfaction, and Academic Achievement. *Education and Science*, 36(162), 261-272.
- Vasta, R., Haith, M. M. i Miller, S. A. (2005). *Dječja psihologija: moderna znanost*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Vulić-Prtorić, A. i Sorić, I. (2001). Taksonomija depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji: razlike i sličnosti s obzirom na spol i dob ispitanika. *Medica Jadertina*, 31(3-4), 115-140.
- Vulić-Prtorić, A. (2006). Anksiozna osjetljivost: fenomenologija i teorije. *Suvremena psihologija*, 9(2), 171-193.
- Walsh, T. M., Stewart, S. H., McLaughlin, E. i Comeau, N. (2004). Gender differences in Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(5), 695–706.
- Weems, C. F., Hammond-Laurence, K., Silverman, W. K. i Ferguson, C. (1997). The relation between anxiety sensitivity and depression in children and adolescents referred for anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 35(10), 961-966.
- Zaić, A. (2005). *Odnos simptoma anksioznosti, depresivnosti i somatizacije u dječjoj dobi*. Neobjavljen diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Živković, Ž. (2006). *Depresija kod djece i mladih*. Đakovo: Tempo.