

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

DIPLOMSKI RAD

*Odnos simptoma anksioznosti, depresivnosti i somatizacije
u dječjoj dobi*

Mentor:
doc. dr. sc. Nataša Jokić-Begić

Student:
Asja Zaić

Zagreb, 2005.

SADRŽAJ

I.	UVOD	4
1.	STRESOVI U DJETINJSTVU	4
2.	ANKSIOZNOST	5
2.1	Osnovna obilježja anksioznosti	5
2.2	Strahovi u djetinjstvu	7
2.3	Povezanost obiteljskih interakcija i anksioznosti	8
2.4	Procjenjivanje anksioznosti	8
3.	DEPRESIVNOST	10
3.1	Osnovna obilježja depresije	10
3.2	Depresija kao reakcija na dvije vrste gubitka	11
3.3	Spolne razlike u pojavljivanju depresivnih simptoma	12
3.4	Povezanost depresije i obiteljskih odnosa	13
3.5	Procjenjivanje depresije	13
4.	KOMORBIDNOST ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI	15
5.	SOMATOFORMNI POREMEĆAJI	19
5.1	Somatoformni poremećaji u djece	19
5.2	Objašnjenja pojave somatizacije	20
II.	CILJ ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE	23
III.	METODOLOGIJA	24
1.	Ispitanici	24
2.	Mjerni instrumenti	25
2.1	Skala dječje anksioznosti (SKAN)	25
2.2	Children's Depression Inventory (CDI) – Dječja skala depresije	25
2.3	Upitnik somatizacijskih smetnji	26
3.	Postupak	27
IV.	REZULTATI	27
1.	Ispitivanje odnosa somatizacijskih simptoma i simptoma anksioznosti i depresivnosti	28
2.	Ispitivanje povezanosti simptoma anksioznosti i simptoma depresivnosti	28
V.	RASPRAVA	32
1.	Odnos somatizacijskih simptoma i simptoma anksioznosti i depresivnosti	32
2.	Povezanost simptoma anksioznosti i depresivnosti	37
3.	Ograničenja i praktične implikacije ovog istraživanja	40

VI.	ZAKLJUČAK	41
VII.	LITERATURA	42
VII.	PRILOG	45
	1. SKAN	46
	2. CDI	48
	3. Upitnik somatizacijskih smetnji	51
	4. Prilog br.4	52

I. UVOD

1. STRAHOVI U DJETINJSTVU

Većina psihodinamskih, bihevioralnih, kognitivnih, pa čak i bioloških teoretičara smatra da iskustva u djetinjstvu imaju ključnu ulogu u razvoju psihičkog zdravlja odrasle osobe (prema Davidson i Neale, 1999.). Ljubav, pažnja, zadovoljavanje djetetovih potreba i poticanje njegovog razvoja osnova su zdravog razvoja. Na primjer, ljubav majke prema djetetu i njena posvećenost i briga određuju vrstu privrženosti koju će dijete razviti i u sličnom obliku zadržati i u odrasloj dobi.

Postepeno spoznavanje sebe, svoje fizičke i socijalne okoline polako smanjuje veliku razliku između realnosti i razumijevanja realnosti malog djeteta. Nerealna uvjerenja dio su normalnog kognitivnog razvoja u djetinjstvu, a njihova posljedica je česta pojava nerealnih strahova. Jedan od najčešćih strahova u dječjoj dobi je strah djeteta od odvajanja od njemu važne osobe, često praćen intenzivnom anksioznošću. Dobri odnosi sa djetetu važnim osobama neophodni su za njegov zdrav razvoj. U ranom djetinjstvu najvažniju ulogu ima djetetov skrbnik. U školskoj dobi prijateljstva s vršnjacima postaju sve značajnija, i razvijaju osjećaj zajedništva, dijeljenje i brigu za druge. Nezadovoljavajući socijalni odnosi često izazivaju osjećaj usamljenosti, jedan od osnovnih obilježja depresije, a povezuju se i sa somatizacijskim smetnjama (prema Garralda, 1996.). U dječjoj dobi je posebno važan osjećaj prihvaćenosti od roditelja, učenika, prijatelja i učitelja. Zanemarivanje djeteta, psihičko ili fizičko zlostavljanje ostavit će traga na djetetov psihički razvoj, i povećati vjerojatnost pojavljivanja različitih poremećaja.

U školskoj dobi razvija se osjećaj vlastite vrijednosti, povezan sa školskim, tjelesnim i socijalnim sposobnostima. Nedostatak inicijative u ovom periodu može dovesti do razvoja naučene bespomoćnosti, a time i depresije (prema Wenar, 2002.).

Dakle, već se malo dijete susreće sa stresom u svakodnevnom životu. Najčešći stresovi u dječjoj dobi su bolest, rođenje brata ili sestre, rivalitet među braćom, frustracije i privremeno odsustvo roditelja (prema Papalia i Olds, 1995.). Odlazak u školu jedan je od najvećih stresora u djetinjstvu, a uključuje i promjenu okoline, odvajanje od roditelja, evaluaciju djetetovog rada, stvaranje novih poznanstava, te pritisak vršnjaka. Pubertet označava početak adolescencije, razdoblje prelaska iz djetinjstva u odraslu dob. Obilježen je hormonalnim promjenama i spolnim sazrijevanjem, a njih prati i porast emocionalnih problema (prema Papalia i Olds, 1995.). Adolescenciju karakterizira i učenje spolnih uloga, traganje za identitetom kroz odnose s roditeljima i vršnjacima, te izbor zanimanja. Prijateljstva su dublja i intimnija, održavaju se prve romantične veze, a razvijaju i radne sposobnosti.

Specifičnost stresnog događaja, te dob i spol djeteta utječu na način suočavanja djeteta sa stresom. Isti stresni događaj može imati različiti utjecaj na različitu djecu. Optimističan je podatak da su djeca prema većini teorija, prilagodljivija od odraslih, a stoga i podložnija terapijskim tretmanima (prema Davidson i Neale, 1999.).

Različita istraživanja (prema Davidson i Neale, 1999.) podijelila su dječje simptome u dvije osnovne skupine; internalizirajuće i eksternalizirajuće simptome. Eksternalizirajući simptomi češće se javljaju kod dječaka, a tipično ih prati nedovoljno kontrolirano, ekscesivno ponašanje. Internalizirajući simptomi češće se javljaju kod djevojčica, a uključuju fobije, brige, bolove u trbuhu, povlačenje, mučninu, povraćanje, kompulziju, nesanicu, osamljivanje, depresiju i plač. Za djecu s ovim simptomima karakteristično je pretjerano kontrolirano ponašanje, prisutnost određenih deficita u ponašanju ili emocionalna inhibicija (Achenbach, 1966.; Achenbach i sur., 1989.; Achenbach i Edelbrock, 1978.; prema Davidson i Neale, 1999.). Ovakvi

podaci pokazuju da su obilježja anksioznosti kao što su fobije, brige i povlačenja, i obilježja depresije npr. osamljenost i plač, u bliskoj vezi sa somatizacijskim smetnjama kao što su mučnina i povraćanje.

U dobi od 6-12 godina 20-25% djece ima psihijatrijskih problema, a samo jedno od petoro djece dobije adekvatnu pomoć. Najčešće su prisutni problemi kontrole ponašanja, anksiozni poremećaji i depresija (prema Logue, 2001.). Emocionalni problemi javljaju se kod 4.9% dječaka i 13.6% djevojčica u dobi od 12 do 16 godina (Offord i sur., 1987.; prema Logue, 2001.), a somatizacijske smetnje kod 4.5% dječaka i 10.7% djevojčica (prema Logue, 2001.).

Anksiozni poremećaji najčešći su poremećaji dječje dobi (Costello, 1989.; Kashani i Orvaschel, 1988.; McGee i sur., 1990.; prema Davidson i Neale, 1999.), a i najčešći su komorbidni poremećaji depresivnih i somatizacijskih poremećaja (prema Vulić-Prtorić, 2000.). Nažalost, dosadašnja istraživanja ne objašnjavaju uzročno posljedičnu vezu ovih poremećaja. Napetost i tjeskoba javljaju se u situacijama anticipiranja stresa. Kako djeca nemaju dovoljno razvijene kognitivne i verbalne sposobnosti često nisu u stanju razumjeti ni objasniti što ih brine. Stoga je logična pretpostavka da u dječjoj dobi dolazi do somatizacije stresa, odnosno izražavanja napetosti i stresa kroz somatske simptome.

Depresivno raspoloženje i jako izraženi simptomi anksioznosti česta su popratna obilježja somatizacije (prema Davidson i Neale, 1999.). Glavno obilježje somatizacije je prisutnost više neobjašnjivih, uglavnom bolnih tjelesnih simptoma, koji se ponavljaju ili dugo traju, te se zbog njih traži medicinska pomoć. Iako se još uvijek ne zna da li su anksioznost i depresivnost posljedice somatizacije ili njeni uzroci, povezanost ovih poremećaja ukazuje na važnost identificiranja djece koja su izložena povećanom riziku razvoja somatizacijskih smetnji, kako bi im se na vrijeme pružila pomoć, prije nego što se pojave prvi bolni tjelesni simptomi. Važnost ispitivanja odnosa ovih poremećaja je još i veća ako znamo da se prema nekim istraživanjima somatizacijski simptomi javljaju u čak 10% djece i adolescenata (prema Beck-Dvoržak i Grubić, 2000.).

Iako teoretičari predlažu različita objašnjenja povezanosti anksioznosti i depresije, ispitivanja pokazuju da se u većini slučajeva anksioznost javlja prije depresivnosti (prema Vulić-Prtorić i Macuka, 2004.). To znači da kod djece s anksioznim simptomima postoji povećani rizik pojavljivanja depresivnih simptoma. Dakle, identifikacija djece s anksioznim simptomima i pravodobno pružanje adekvatnih terapijskih tretmana, mogli bi spriječiti pojavljivanje i razvoj depresivnih poremećaja. Zbog toga su posebno važna istraživanja koja ispituju komorbidnost ova dva fenomena.

Ovim istraživanjem željeli smo ispitati povezanost simptoma anksioznosti, depresivnosti i somatizacije, kako bi ukazali na važnost uočavanja simptoma pojedinog poremećaja u sprječavanju pojavljivanja i razvoja druga dva poremećaja.

Da bi mogli što bolje razumjeti pojavljivanje i povezanost ovih simptoma, prvo smo objasnili karakteristike anksioznosti, depresivnosti i somatizacije kod djece.

2. ANKSIOZNOST

2.1 Osnovna obilježja anksioznosti

Anksioznost je kompleksno, neugodno čuvstvo tjeskobe, bojazni, napetosti i nesigurnosti,

karakterizirano anticipacijom moguće opasnosti ili prijetnje, a praćeno aktivacijom autonomnog

živčanog sustava. Anksioznost je normalna pojava u svakodnevnom životu. Pitanje patologije, pitanje je

intenziteta, trajanja i broja prisutnih simptoma. Intenzivna anksioznost javlja se uz mnoge psihičke, ali i fiziološke poremećaje.

Normalna anksioznost ima motivacijsku i adaptivnu funkciju, potiče promišljanje, planiranje i oprez, i sprječava ponovna izlaganja neugodnim i bolnim situacijama. Ovakva anksioznost pod kontrolom je pojedinca.

Patološka anksioznost javlja se izvan opasne ili prijeteće situacije, traje dugo nakon stresa ili opasnosti, ometa funkcioniranje osobe i može na bizaran način izmijeniti njeno mišljenje i ponašanje. Patološka anksioznost izvan je kontrole pojedinca.

Emocionalna stanja, osim kroz emocije, izražavaju se i kroz kognitivnu, bihevioralnu i fiziološku komponentu. Anksioznost karakterizira istovremena prisutnost simptoma na svim područjima i njihova međusobna interakcija.

Kognitivna komponenta anksioznosti uključuje misli, vjerovanja, interpretacije i atribucije vezane uz određenu situaciju i njene očekivane rezultate.

Bihevioralna komponenta odnosi se na motorne reakcije koje obično uključuju poduzimanje akcije, izbjegavanje ili bijeg.

Fiziološka komponenta uključuje tjelesne reakcije osobe. Somatski simptomi anksioznosti mogu se podijeliti u nekoliko skupina: kardiovaskularni (palpitacije, tahikardija, povećani krvni tlak, crvenilo ili bljedilo), respiratorni (osjećaj gušenja i nedostatka zraka, ubrzano disanje), promjene na koži (crvene pjege, promjene u temperaturi kože, parestezija), muskularni (tremor, mišićna tenzija, mišićni grčevi), gastrointestinalni (dijareja, mučnina, abdominalna bol) i ostali simptomi (glavobolja, bolovi u prsima, insomnia, noćne more, vrtoglavica, osjećaj nesvjestice, učestalo mokrenje, zamorljivost).

Somatske simptome prate subjektivni doživljaji na kognitivnom i afektivnom planu, na primjer, ubrzano kucanje srca je često prvi znak straha da će se izgubiti kontrola ili da će se osoba onesvijestiti. Taylor (1995.; prema Vulić-Prtorić, 1999.) smatra da je upravo strah koji se javi nakon somatskih simptoma presudan za razvoj anksioznosti. Strah da će promjene povezane s anksioznosti, poput lupanja srca, drhtanja ili derealizacije imati negativne socijalne, psihološke ili tjelesne posljedice naziva se anksiozna senzitivnost.

Osnovna razlika između straha i anksioznosti je u interpretaciji prijetnje kao neposredne (kod straha) ili anticipirane (kod anksioznosti) i u prirodi fiziološkog uzbuđenja kao alarmne reakcije (kod straha) ili povećane razine napetosti i strepnje (kod anksioznosti).

Anksiozni poremećaji najčešći su poremećaji u djetinjstvu; 6-8% djece i adolescenata pati od nekog oblika anksioznog poremećaja (Costello, 1989.; Kashani i Orvaschel, 1988.; McGee i sur., 1990.; prema Davidson i Neale, 1999.). Dob pojavljivanja, tijek i ishod različiti su za različite anksiozne poremećaje.

Istraživanje koje su proveli Last, Perin, Hersen i Kadzin (1992.; prema Albano, Causey i Carter, 2001.) na 188 djece i adolescenata u klinici za anksiozne poremećaje, pokazalo je da je dob pojavljivanja za anksiozni poremećaj zbog separacije 7.5 godina, za jednostavne fobije 8.4 godine, a za poremećaj s pretjeranom anksioznošću 8.8 godina.

Anksiozni poremećaj zbog separacije i poremećaj s pretjeranom anksioznošću specifični su za dječju dob.

Anksiozni poremećaj zbog separacije obilježen je pretjeranom anksioznom zabrinutošću djeteta zbog separacije od osoba za koje je vezano. Najčešća je nerealna zabrinutost da će se djetetu važnoj osobi nešto dogoditi ili da će se pojaviti neki iznenadni događaj i uzrokovati separaciju. Simptomi se razlikuju ovisno o dobi djeteta. Ponašanja karakteristična za mlađu djecu uključuju “vješanje” ili praćenje roditelja “poput sjene”, plač, izljeve bijesa, zahtijevanje djeteta da spava u istom krevetu s roditeljem, protivljenje odlasku roditelja i sl. Starija djeca više se tuže na somatske simptome koji se pojavljuju kada im prijete separacija od važne osobe; postaju uznemirena kada trebaju provesti dulje vremena odvojeni od te osobe ili otići na udaljenija mjesta, npr. provesti noć izvan kuće. Odbijanje odlaska u školu kako bi se ostalo uz važnu osobu, često je kako kod mlade, tako i kod starije djece.

Djeca koja pate od poremećaja s pretjeranom anksioznošću mogu brinuti o budućnosti, kompetenciji u školskom i socijalnom funkcioniranju, zdravstvenim tegobama, obiteljskim problemima, događajima u svijetu, i sl. Često se prisutni osjećaji nesigurnosti i napetosti, potreba za umirivanjem, te somatske tegobe.

Fobija je intenzivan, iracionalan strah povezan s prisutnošću ili očekivanjem nekog određenog objekta ili situacije. Fobični podražaj se izbjegava ili podnosi uz iznimne smetnje.

Socijalnu fobiju česta je kod djece, a karakterizira je strah od nepoznatih socijalnih situacija, plahost i ograničeni socijalni odnosi, iako je dijete sposobno za socijalne odnose s poznatim ljudima.

Fobije se javljaju kod 2.4% djece i kod 3.4% adolescenata (Bernstein i Borchardt, 1991.; prema Wenar, 2002.). Većina se fobija u dječjoj dobi sama povuče kroz 2-3 godine. Proces povlačenja može se ubrzati psihoterapijskim tretmanima. Postoji bliska veza između fobija i depresije.

Ostali anksiozni poremećaji uglavnom se javljaju u odrasloj dobi a uključuju panični poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, opsesivno kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj i akutni stresni poremećaj.

Iako se veliki broj anksioznih smetnji najčešće “preraste” do odrasle dobi (Miller, Boyer i Rodoletz, 1990.; prema Wenar, 2002.), djeca s anksioznim poremećajima izložena su većem riziku razvijanja drugih poteškoća i psihijatrijskih poremećaja.

2.2 Strahovi u djetinjstvu

Strah i brige dio su normalnog tijeka dječjeg razvoja. Razvoj strahova izravno je povezan s brigama koje se javljaju o određenim razvojnim periodima i stupnjem realnosti u mišljenju djeteta. Primarni izvor anksioznosti mijenja se s obzirom na razvojne faze u životu. S porastom dobi, broj strahova se smanjuje a njihov izvor mijenja, iracionalnost strahova postepeno se povlači, ali ne nestaje u potpunosti.

Pretjerane strahove doživljava 3-8% djece (prema Wenar, 2002.), a veći broj strahova prisutan je kod djevojčica nego kod dječaka. Većina strahova je prolazna, a oko polovice ih nestane tijekom 3 mjeseca.

Važno je razlikovati normalne razvojne strahove i anksiozne reakcije od kliničkih fobija. Neproporcionalan intenzitet reakcija straha na određenu situaciju, povećana frekvencija reakcija straha, reakcije straha izazvane neopasnim podražajima, spontane reakcije straha koje su izvan voljne kontrole djeteta, te reakcije straha koje vode bijegu ili izbjegavanju situacije najčešće upućuju na kliničku fobiju. Takve manifestacije anksioznih simptoma često prate i smetnje u obiteljskom funkcioniranju, socijalnim odnosima i školskim aktivnostima.

Školska fobija

Školska fobija je iracionalni strah izazvan nekim aspektima školskih okolnosti (npr. strah od ismijavanja ili strah od neuspjeha u školi), praćen fiziološkim simptomima anksioznosti ili panike.

Manifestira se kroz poteškoće zadržavanja u razredu za vrijeme čitavog školskog dana ili kroz potpuno odbijanje odlaska u školu.

Javlja se u 0.4 do 1.5% djece u dobi od 5 do 17 godina (Last i Strauss, 1990.; prema Wenar, 2002.). Najčešće se javlja i najviše dolazi do izražaja kod četrnaestogodišnjaka kada prelaze u novu školsku okolinu, češće kod dječaka nego kod djevojčica.

Važno je razlikovati školsku fobiju od anksioznog poremećaja zbog separacije, koji se često očituje i kroz odbijanje odlaska u školu (Last i Strauss, 1990.; prema Wenar, 2002.).

Kearney i Silverman (1990.; prema Albano, Causey i Carter, 2001.) predložili su bihevioralni pristup liječenju školske fobije, čije se metode razlikuju ovisno o vrstama poteškoća koje dijete pokazuje, a koje su autori podijelili u tri glavne kategorije; izbjegavanje specifičnih strahova vezanih uz školsku okolinu, izbjegavanje averzivnih socijalnih okolnosti i ponašanja djeteta kojima je cilj ostajanje kod kuće.

Metode liječenja, ovisno o djetetovim smetnjama, uključuju: desenzitizaciju, učenje po modelu i kognitivno rekonstruiranje; te podučavanje roditelja da ignoriraju dijete kada ono želi ostatu kod kuće, ili da mu omoguće da negativni kućni ambijent izbjegne odlaskom u školu.

Postoje razlike u mišljenju kada je najpoželjnije vratiti dijete u školu; dok neki psiholozi smatraju da to ovisi u napretku djeteta u psihoterapijskom postupku, drugi se zalažu za to da se

dijete odmah vrati u školu. Istraživanja pokazuju da oba pristupa, kao i postepeni pristup kombiniran s bihevioralnim tehnikama daju pozitivne rezultate.

2.3 Povezanost obiteljskih interakcija i anksioznosti

Ispitivanjem utjecaja obiteljskih interakcija na razvoj anksioznosti, utvrđeno je da se anksiozni poremećaj zbog separacije i školske fobije javljaju kod djece koja su previše ovisna o svojim roditeljima i kod roditelja koji se ponašaju nametljivo, odnosno pretjerano zaštitnički prema svojoj djeci (npr. potkrepljuju ovisnost djeteta, ograničavaju kontrolu djeteta, "ulaze" u njegovu psihološku i fizičku privatnost) (prema Wenar, 2002.).

Druga istraživanja na ovom području pokazuju da su djeca u obiteljima u kojima postoje bračni problemi u kombinaciji sa dominacijom roditelja suprotnog spola, izložena riziku za razvoj anksioznih poremećaja (prema Wenar, 2002.).

U novije vrijeme sve se više ispituje se povezanost temperamenta i anksioznosti. Rezultati istraživanja Hirshfelda i sur. (1992.; prema Wenar, 2002.) upućuju na to da djeca koja kroz najranije djetinjstvo (od 21. mjeseca) kontinuirano pokazuju "bihevioralnu inhibiciju prema nepoznatom" imaju više anksioznih simptoma i kasnije u djetinjstvu (7.5 godina), ali da su i njihovi roditelji također imali više stope anksioznosti od dječje do odrasle dobi.

2.4 Procjenjivanje anksioznosti

Stupanj anksioznosti procjenjuje se preko njene ponašajne, subjektivne i fiziološke komponente.

Pri procjeni anksioznosti najčešće se koriste klinički intervjui. Strukturiranim dijagnostičkim intervjuima dobivamo detaljne podatke o djetetovim problemima i strahovima. Ispitujemo okolnosti u kojima se oni javljaju, kako se izražavaju, njihovo trajanje i specifičnost.

Klinički upitnici koriste se za procjenu ozbiljnosti i frekvencije anksioznih simptoma. Dobivene rezultate uspoređuje se s normama koje vrijede za opću populaciju, što nam ukazuje na stupanj anksioznosti određenog djeteta.

Neposrednim promatranjem djeteta u specifičnim situacijama također se procjenjuje ponašajna komponenta anksioznosti, pri čemu se koriste unaprijed razrađeni instrumenti za bilježenje i kategoriziranje određenog aspekta djetetovog ponašanja.

Iako je za procjenu anksioznosti kod djece neophodno razgovarati sa roditeljima i drugim značajnim osobama u djetetovom životu, procjenu unutarnja, subjektivna iskustva anksioznosti moguće je dobiti

jedino od djeteta samog. Različiti instrumenti za samoprocjenu mogu ispitivati osjećaj općeg stupnja anksioznosti ili osjećaj anksioznosti vezan uz neke specifične strahove.

Među najčešće korištene skale samoprocjene anksioznih simptoma su: RCMAS - Revised Children's Manifest Anxiety Scale (Reynolds i Richmond, 1985.), STAIC – State-Trait Anxiety Scale for Children (Speilberger, 1973.), MASC – Multidimensional Anxiety Scale for Children (March, Parker, Sullivan, Stallings i Conners, 1979.) i SCARED – Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (Birhmaher i sur., 1997.; sve prema (Albano, Causey i Carter, 2001.).

Fiziološke mjere anksioznosti, kao što su mjerenje krvnog tlaka, praćenje rada srca, napetosti mišića, znojenja i sl., koriste se u situacijama kada se djetetu prezentira stvarni podražaj koji izaziva strah, ili kad mu se taj podražaj verbalno ili slikovito opiše. Međutim, zbog složenosti ovih situacija, fiziološke mjere anksioznosti ne koriste se često.

Osnovi problem kod procjenjivanja anksioznosti je u tome što mjere ponašajne, subjektivne i fiziološke komponente ne pokazuju visok stupanj korelacije. Nadalje, pri procjenjivanju anksioznosti kod djece, djeca redovito navode mnogo više strahova od njihovih roditelja (prema Wenar, 2002.).

3. DEPRESIVNOST

3.1 Osnovna obilježja depresije

Depresija je emocionalno stanje obilježeno velikom tugom i zlim slutnjama, osjećajima bezvrijednosti, krivnje, potištenosti, povlačenjem od drugih, nesanicom, gubitkom teka i spolnih žudnji, ili gubitkom zanimanja za uobičajene aktivnosti i zadovoljstva što iz njih proizlazi. Većina ljudi u svom životu doživi neki oblik depresije, ali se ona najčešće, po svom intenzitetu, trajanju i manifestaciji razlikuje od patološke depresije.

Pojam depresija može se odnositi na tri različita fenomena: simptom, sindrom i poremećaj. Najčešći simptom depresije je tuga, koju često susrećemo u svakodnevnom životu. Sindrom depresije se odnosi na zajedničko pojavljivanje grupe simptoma, pa se tako osim tuge mogu pojaviti osjećaji bezvrijednosti, potištenosti i usamljenosti, poteškoće sa spavanjem, promjene u apetitu, i dr. Da bi se dijagnosticirao neki od poremećaja depresije, moraju se zadovoljiti kriteriji određenog klasifikacijskog sustava, kao što je npr. DSM-IV. Depresija je dio veće kategorije poremećaja raspoloženja.

Istraživači dječje psihopatologije tek su se prije dvadesetak godina složili oko toga da se depresija kao klinički fenomen može pojaviti već u dječjoj dobi (Matson, 1989.; prema Milling, 2001.) Iako postoje mnoge sličnosti u manifestaciji depresije kod djece i odraslih, priroda

depresije se mijenja u funkciji dobi. U novije vrijeme sve je više istraživanja koja ispituju razlike između depresije u djece i adolescenata.

Česta obilježja depresije kod djece su srdžba, iritabilnost, pretjerana aktivnost i agresivnost, koja je češća kod dječaka nego kod djevojčica. Djevojčice su po svom doživljavanju i izražavanju depresije mnogo sličnije adolescentima i odraslima. 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 Davidson i Neale, 1999.).

Simptomi depresivnosti koji se javljaju u adolescenciji često su teži od onih koji se javljaju u dječjoj dobi. U adolescenciji su više izraženi osjećaj neshvaćenosti i osjećaj krivnje, negativizam, antisocijalno ponašanje te veći gubitak zanimanja ili užitivanja u aktivnostima.

Iako su suicidalne ideacije, prijetnje i pokušaji prisutni kod djece, iznimno rijetko dolazi do samoubojstva kod djece mlađe od 12 godina (Hawton, 1985.; prema Kazdin, 1989.). Istraživanja pokazuju da se vjerojatnost suicida povećava u adolescenciji (prema Gilbert, 1996.), pogotovo kod depresivnih osoba u dobi od 15-19 godina, koji na skalama depresivnosti pokazuju nisko samopoštovanje i beznađe, i koriste manji broj strategija (koje sami procjenjuju neučinkovitima) u suočavanju sa stresnim životnim događajima (prema Marciano i Kazdin, 1994.; prema Vulić-Prtorić, 2001.). Međutim, istraživanja pokazuju da je suicid češće rezultat osobnih sukoba i razvojnih kriza, kao što je slom ljubavne veze (Achenbach, 1982.; Cytryn i McKnew, 1979.; prema Davidson i Neale, 1999.), svađa s roditeljima i problemi u školi (Hoberman i Garfinkel, 1988.; prema Davidson i Neale, 1999.), nego posljedica depresije.

Neka specifična obilježja depresije kod odraslih su zaboravnost, gubitak pamćenja i distraktibilnost.

Vjerojatnost pojavljivanja depresivnih poremećaja u predškolskoj dobi izuzetno je mala, polagano raste kroz školsku dob, ali se izrazito povećava u adolescenciji. Npr., 10-15% djece u dobi od 10-11 godina pokazuje depresivno raspoloženje, ali više od 40% adolescenata ima snažan osjećaj patnje (prema Wenar, 2002.). U adolescenciji dolazi i do promjena po spolu, jer vjerojatnost pojavljivanja depresivnih poremećaja raste brže za djevojčice nego za dječake. Tako je u dobi od 16 godina kod djevojčica ta vjerojatnost dvostruko veća nego kod dječaka, što je u skladu sa istraživanjima provedenim na odraslima, koja pokazuju da se depresivni poremećaji dvostruko češće javljaju kod žena nego kod muškaraca (Nolen-Hoeksema, 2002.; prema Twenge i Nolen-Hoeksema, 2002.).

Predadolescentni sa depresivnom simptomatologijom najčešće zadovoljavaju kriterije za veliki depresivni poremećaj i distimnični poremećaj. Veliki depresivni poremećaj pogađa 3% ili manje predadolescenata, a češće se javlja u srednjoj ili kasnoj adolescenciji (Lewinsohn, Hoberman i Rosenbaum, 1988.; prema Milling, 2001.), dok za određivanje prevalencije distimničnog poremećaja kod predadolescenata još uvijek nema dovoljno podataka.

Veliki depresivni poremećaj javlja se u obliku bar jedne depresivne epizode, koja je karakterizirana depresivnim raspoloženjem, gubitkom na težini, nesanicom, psihomotoričkom agitacijom ili usporenošću, osjećajem bezvrijednosti ili krivnje, neodlučnošću, opetovanim mislima o smrti, te značajno smanjenim zanimanjem ili užitivanjem u aktivnostima. Pojava i prestanak ovog stanja prilično su iznenadni.

Distimični poremećaj je kronično stanje depresije u trajanju od najmanje godinu dana. Djeca koja pate od ovog poremećaja su pod povećanim rizikom od opetovanih velikih depresivnih epizoda, a tijek je distimije obilježen superiornim velikim depresijama tijekom prvih 5 godina ovog poremećaja.

Kod oba poremećaja, rani početak upućuje na lošu prognozu, postoji visoka učestalost "spontanih" remisija, a predstavljaju rizik za buduće depresije.

Ostali depresivni poremećaji uključuju poremećaj prilagođavanja sa depresivnim raspoloženjem, poremećaj prilagođavanja sa miješanim anksioznim i depresivnim raspoloženjem, depresivni poremećaj ne drugačije specificiran, različite oblike bipolarnog poremećaja i tugovanje.

Većina depresivnih poremećaja s vremenom se ublažava. Prognoza, za sve dobne skupine, je u većini slučajeva dobra. Međutim, depresija je rekurentna. Kod predadolescenata s depresivnim poremećajem, depresivni simptomi vjerojatno će se pojaviti i u adolescenciji i u odrasloj dobi. Ako depresija postane kronična, između dvije depresivne epizode osoba nije uvijek u stanju vratiti se na prethodnu razinu funkcioniranja. Neliječena depresivna epizoda u prosjeku traje 6 do 8 mjeseci, iako može trajati i dulje.

3.2 Depresija kao reakcija na dvije vrste gubitka

Prve dvije godine života izuzetno su važne za razvoj privrženosti i individuacije. Neadekvatno roditeljstvo u tom periodu i popratni životni stresovi, faktori su rizika za razvoj depresije kod djece. Pojava depresije u prvih nekoliko godina života smatra se reakcijom na gubitak voljene osobe, koju prate osjećaji bespomoćnosti i slabosti. Moguća je i pojava anaklitičke depresije, kao reakcije na produženu separaciju od skrbnika, bez adekvatne zamjene. Očituje se agitiranošću, srdžbom i anksioznošću, a moguće je i izrazito povlačenje i očajanje, i konačno poricanje veze ljubavi (prema Wenar, 2002.).

Kasnije u djetinjstvu, depresija može biti i reakcija na gubitak samopoštovanja, pa se tada javljaju i osjećaji inferiornosti, krivnje i beskorisnosti. U školskoj dobi, kada su kognitivni razvoj i razvoj socijalnih odnosa od izuzetne važnosti, na gubitak samopoštovanja mogu utjecati i omalovažavajuće primjedbe značajnih osoba, preveliko ulaganje u nerealno visoke ciljeve, veliki nerazmjer između doživljenih uspjeha i pretpostavljenih potencijala i sl. U toj dobi, reakcije na gubitak izražavaju se kroz nekritičke izljeve bijesa, neposlušnost i delikvenciju, nemir i poteškoće u koncentriranju na školske zadatke.

Harter i Whitseli (1996; prema Vulić-Prtorić, 2001.) su provele istraživanje u kojem je 91.2% djece koja su imala izražene simptome depresivnosti procijenilo sebe nekompetentnima u domeni školskog postignuća, te socijalnim, sportskim i drugim domenama kompetentnosti.

3.3 Spolne razlike u pojavljivanju depresivnih simptoma

Teoretičari predlažu tri osnovna modela nastanka spolnih razlika u depresiji, u adolescenciji (prema, Nolen-Hoeksema i Girgus, 1994.). Prema prvom modelu uzroci depresije isti su kod dječaka i kod djevojčica, ali se u ranoj adolescenciji češće javljaju kod djevojčica nego kod dječaka (npr. neasertivnost).

Prema drugom modelu, uzroci depresije kod dječaka i djevojčica su različiti. U ranoj adolescenciji faktori rizika za razvoj povećavaju se u većoj mjeri kod djevojčica nego kod dječaka.

Dokazi najbolje podržavaju treći model, prema kojem se spolne razlike u depresiji pojavljuju u ranoj adolescenciji zbog toga, što se spolne razlike u faktorima rizika za depresiju, susreću s biološkim i socijalnim izazovima čija se prevalencija povećava u tom periodu. Faktori rizika, koji se razvijaju i prije puberteta, vode do depresije samo kad dođu u interakciju s izazovima rane adolescencije. Iako se rizici u određenoj mjeri povećavaju i za dječake i za djevojčice, porast je mnogo veći za djevojčice, koje se u ovom periodu suočavaju s većim brojem bioloških (npr. hormonalne promjene, nezadovoljstvo tijelom) i socijalnih izazova (npr. očekivanja roditelja i vršnjaka, spolne uloge, seksualno zlostavljanje). Faktori rizika povezani s ličnošću su npr. razvijanje samopouzdanja na temelju odnosa s drugima i asertivnost.

Neki istraživači smatraju da postoji veća socijalna vulnerabilnost za razvoj depresije kod djevojčica, kao posljedica različitih zahtjeva okoline s obzirom na socijalne uloge djevojčica i dječaka. Djevojčice su više socijalno orijentirane, ovisnije o pozitivnim socijalnim odnosima i osjetljivije na gubitke socijalnih interakcija.

Istraživanja pokazuju da između dječaka i djevojčica postoje razlike u stilu suočavanja sa stresnim situacijama. Dok dječaci nastoje potisnuti misli o stresnom događaju, što smanjuje trajanje njihovih depresivnih epizoda praćenih s više eksternaliziranih reakcija, za djevojčice je karakterističan ruminacijski stil suočavanja, i veća ovisnost o podršci roditelja i vršnjaka. Ruminacijski stil suočavanja, koji se usvaja u djetinjstvu kroz procese učenja spolnih uloga (Nolen-Hoeksema, 1992.; prema Vulić-Prtorić, 2001.), uključuje ponavljano razmišljanje o događaju ili vlastitom ponašanju, što ometa proces aktivnog suočavanja i rješavanja problema, te pojačava i produbljuje stanje depresije.

3.4 Povezanost depresije i obiteljskih odnosa

Ispitivanja povezanosti depresije i obiteljskih odnosa jasno pokazuju da je depresivnost u djece značajno povezana s dva oblika obiteljskih interakcija: odbacivanjem i kontrolom. Odbacivanje se odnosi na negativne, neprijateljske osjećaje roditelja prema djetetu, kritičizam i dobacivanje, nasuprot prihvaćanju, toplini i razumijevanju. Kontrola se odnosi na roditeljsku zaštitu i kontrolu, nasuprot autonomiji. Odbacivanje i kontrola često rezultiraju upravljanjem djetetom i smanjivanjem njegove individualnosti (Vulić-Prtorić, 2001.).

Birnaher i sur. (1996.) su u svom istraživanju uočili da u obiteljskim odnosima depresivne djece, postoji veći broj konflikata i problema u komunikaciji, manje izražavanja

emocija i međusobne podrške, češće zanemarivanje, odbacivanje i zlostavljanje, u usporedbi s obiteljskim interakcijama nedepresivne djece (prema Vulić-Prtorić, 2001.).

Izloženost većem broju događaja na koje dijete objektivno ne može utjecati (npr. nasilje u obitelji, i sl.) ili djetetova procjena nemogućnosti kontrole okolnih događaja važan je faktor rizika za razvoj depresivnosti kod djece i adolescenata (Vulić-Prtorić, 2002.; prema Vulić-Prtorić, 2001.).

3.5 Procjenjivanje depresije

Kod procjene depresije koriste se metode kao što su klinički intervju, skale procjene, neposredno opažanje od strane kliničara ili drugih značajnih osoba. Podatke o depresivnoj simptomatologiji kod djece treba prikupiti i od djeteta i od roditelja, odnosno značajnih osoba u djetetovom životu. Ponekad se prikupljaju podaci i od djetetovih vršnjaka.

Skale samoprocjene posebno su važne jer ključni simptomi depresije, kao što su tuga, osjećaj bezvrijednosti i gubitak interesa za aktivnosti, odražavaju subjektivne osjećaje i percepcije djeteta koje se ne moraju reflektirati u djetetovom ponašanju. O bihevioralnim aspektima depresije, kao što su npr. iritabilnost, promjene u teku ili navikama spavanja, više izvještavaju roditelji nego sama djeca. Dakle, dok su djeca više usmjerena na subjektivne, unutarne doživljaje depresije, osobe oko djeteta više su usmjerene na vanjske, ponašajne aspekte djetetove depresije.

Najčešće korištene skale samoprocjene simptoma depresije kod djece su: CDI – Children's Depression Inventory (Kovacs, 1979., 1992.; prema Milling, 2001.) i RADS – Reynolds Adolescent Depression Scale (Reynolds, 1989.; prema Milling, 2001.).

Provođenjem kliničkog intervjua možemo dobiti informacije o djetetovom doživljavanju vlastitih tegoba, stresora i simptoma, svom funkcioniranju i pogledu na svoju okolinu.

Neposredno promatranje djeteta može pružiti i informacije o njegovoj socijalnoj aktivnosti, izražavanju emocija i ponašanju kada je ono samo.

Pri procjenjivanju depresije mogu se koristiti i mjere specifičnih karakteristika depresivnih simptoma, ili ispitivati ključna područja za koja se pretpostavlja da su pod utjecajem depresivnih simptoma, kao što su npr. nisko samopouzdanje, percipirana kontrola nad događajima, kognitivne distorzije, bespomoćnost, beznađe ili negativna očekivanja vezana uz vlastitu budućnost.

Osim što su korelacije između podataka dobivenih od različitih informanata niske, djeca sama izjavljuju o većem broju depresivnih simptoma. Problem kod dijagnosticiranja depresije je i visok stupanj komorbidnosti s drugim poremećajima (prema Milling, 2001.).

4. KOMORBIDNOST ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI

Komorbidnost je pojava kod koje osoba s jednim dijagnosticiranim poremećajem zadovoljava i dijagnostičke kriterije za neki drugi, dodatni poremećaj. U djetinjstvu i adolescenciji komorbidnost je vrlo česta pojava, prema nekim autorima, prisutna je u preko 50% dječje kliničke populacije (Ollendick i Ollendick, 1997.; prema Vulić-Prtorić i Macuka, 2004.). Iako je jasno pokazana široka pojavnost i važnost komorbidnosti u razumijevanju dječje psihopatologije, malo je empirijskih istraživanja koja se bave njenim uzrokom i njenom prirodom.

Većina teoretičara se slaže da postoje dva glavna konceptualna modela za razumijevanje komorbiditeta: model koji pojavu komorbidnosti objašnjava zajedničkom etiologijom i uzročni model (Merikangas, 1990.; prema Avenevoli, Stolar, Li, Dierker i Merikangas, 2001.). Prvi model tumači povezanost dva poremećaja zajedničkim faktorima rizika, a razlike do kojih dolazi posljedicom različitog razvojnog izražavanja određenog poremećaja, spolnih razlika u manifestaciji određenog fenomena, ili razlikama u izražavanju zajedničkih genetskih faktora. Prema uzročnom objašnjenju jedan od poremećaja uzrokuje ili smanjuje vjerojatnost izražavanja drugog poremećaja.

Pregled istraživanja komorbidnosti anksioznosti i depresivnosti pokazuje da su kod 15.9% (Anderson i sur., 1987.) do 61.9% (Bernstein i Garfinkel, 1986.) ispitivane djece dijagnosticirana oba poremećaja (prema Brady i Kendall, 1992.).

U pregledu 21 istraživanja provedenog na općoj populaciji, utvrđeno je da je 11-69% mladih osoba s anksioznim poremećajem imalo i komorbidni depresivni poremećaj, dok je 15-75% mladih osoba s depresivnim poremećajem imalo i komorbidni anksiozni poremećaj (Angold i sur., 1999.; prema Chavira, Stein, Bailey i Stein, 2004.).

Lewinsohn i sur (1997.; prema Avenevoli, Stolar, Li, Dierker i Merikangas, 2001.) su u svom istraživanju utvrdili značajnu povezanost velikog depresivnog poremećaja i različitih anksioznih poremećaja (panični poremećaj, anksiozni poremećaj zbog separacije, poremećaj pretjerane anksioznosti, socijalna fobija i jednostavne fobije, ali ne i sa opsesivno-kompulzivnim poremećajem).

U drugom istraživanju, na kliničkom uzorku djece s depresivnim poremećajem u dobi od 7-17 godina (Bernstein, 1991.; prema Vulić-Prtorić i Macuka, 2004.) utvrđeno je da je kod 63% ispitanika sa komorbidnim anksiozno-depresivnim poremećajem, najčešći anksiozni poremećaj bio anksiozni poremećaj zbog separacije.

Osnovno pitanje na ovom području komorbidnosti je postojanje valjane i korisne distinkcije između anksioznog i depresivnog poremećaja, odnosno, jesu li anksiozni i depresivni poremećaj, unatoč velikom preklapanju, dva odvojena konstrukta koja mogu koegzistirati ili

predstavljaju različite manifestacije istog poremećaja. Istraživači koji smatraju da su anksioznost i depresivnost dva odvojena entiteta ukazuju na specifične simptome anksioznosti i specifične simptome depresivnosti. Druga grupa istraživača smatra da visoke korelacije između rezultata na skalama anksioznosti i depresivnosti, visoke prevalencije komorbidnosti između anksioznih i depresivnih poremećaja, te visok stupanj anksioznosti i depresivnosti djece roditelja s dijagnosticiranim depresivnim ili paničnim poremećajem, ukazuju na to da su anksioznost i depresivnost različite manifestacije istog poremećaja. Različita taksonomska razina analize provedena u pojedinim istraživanjima često daje različite odgovore na ovo pitanje.

Rezultati raznih istraživanja grupirali su specifične aspekte komorbidnosti anksioznosti i depresivnosti u 4 osnovna oblika (Vulić-Prtorić, 2004.; prema Vulić-Prtorić i Macuka, 2004.).

Prema jednom modelu anksioznost i depresija se nalaze na istom kontinuumu, na čijem je jednom kraju anksioznost a na drugom depresija. Stanje osobe može biti na bilo kojem mjestu na kontinuumu, a ta se pozicija može mijenjati s vremenom (Dealy, Ishiki, Avery, Wilson i Dunner, 1981.; prema Brady i Kendall, 1992.).

Iako anksioznost može prethoditi, biti istovremena ili slijediti nakon depresivne epizode, istraživanja pokazuju da u većini slučajeva anksiozni simptomi prethode depresivnima. Obratno je primijećeno u slučajevima distimičnog poremećaja.

Npr. istraživanja Dobsona (1985.) i Kendalla i Ingrama (1987.) pokazala su da su djeca sa samo anksioznim ili samo depresivnim poremećajem bila mlađa od djece s komorbidnim poremećajem. Djeca s oba poremećaja, imala su općenito više simptoma, a anksiozni su se simptomi pojavili prije depresivnih. Djeca sa samo anksioznim poremećajem razlikovala su se od ostale djece po relativnom izostanku depresivnih simptoma, dok djeca sa samo depresivnim poremećajem nisu pokazivala manje anksioznih simptoma od druge dvije skupine (prema Brady i Kendall, 1992.).

U longitudinalnom istraživanju Pina i sur., (1998.; prema Chavira, Stein, Bailey i Stein, 2004.), poremećaj s pretjeranom anksioznošću u adolescenciji, bio je povezan s povećanom vjerojatnošću pojavljivanja velikog depresivnog poremećaja u ranoj odrasloj dobi.

Prema Gotlib i Cane (1989.; prema Vulić-Prtorić i Macuka, 2004.) kod osoba s anksioznim poremećajem koji obilježava dugotrajna i intenzivna anksioznost može doći do razvoja tzv. sekundarne depresije. Kako s vremenom raste broj problema u svakodnevnom funkcioniranju i socijalnim odnosima osobe, raste i broj depresivnih simptoma.

Zanimljivi su rezultati istraživanja (Breslau, Schultz i Peterson, 1995.) koji pokazuju razlike po spolu, očite prvenstveno kod osoba s komorbidnim velikim depresivnim poremećajem i anksioznim poremećajem. Iako poremećaj anksioznosti povećava rizik za razvoj velikog depresivnog poremećaja kod oba spola, kontrolom anksioznog poremećaja, koeficijent koji procjenjuje povezanost između spola i velikog depresivnog poremećaja reducira se za više od 50%. Prema tim rezultatima, češće pojavljivanje anksioznosti kod žena nego kod muškaraca, i to rano u životu, može velikim dijelom objasniti povećani rizik za razvoj velikog depresivnog poremećaja kod žena, a ujedno i ističe potrebu za daljnjim ispitivanjem spolnih razlika kod anksioznih poremećaja.

Visoki stupanj komorbidnosti anksioznih i depresivnih poremećaja, i vremenski redoslijed pojavljivanja prvo anksioznog a onda depresivnog poremećaja, potakli su pitanje uloge anksioznosti kao faktora rizika za razvoj depresije. Podaci koji govore o progresiji anksioznosti u depresiju, ističu važnost što ranije identifikacije anksioznosti kod djece, kako bi se spriječio razvoj depresivnosti.

Prema drugom modelu, anksioznost i depresivnost su odvojeni konstrukti; visoka povezanost među njima nastaje zbog zajedničkih uzroka koji leže u njihovoj osnovi.

Caroll Izard (prema Vulić-Prtorić i Macuka, 2004.) u svojoj teoriji diferencijalnih emocija predlaže da su anksioznost i depresivnost složene kombinacije emocija koje su u osnovi obje pojave. Anksioznost i depresija imaju slična emocionalna obilježja, ali se razlikuju s obzirom na njihove dominantne emocije. Kod anksioznosti to je strah, a kod depresije tuga. Iako se strah i tuga razlikuju na ekspresivnoj i fiziološkoj razini, zbog visoke međusobne povezanosti od 0.67 (Watson i Kendall, 1989.; prema Vulić-Prtorić i Macuka, 2004.), odnosno istog emocionalnog tona, postoji visoka korelacija na skalama samoprocjene.

Prema trećem modelu anksioznost i depresivnost su dio jednog složenijeg zajedničkog konstrukta koji je u dijagnostičkom sustavu razdijeljen na umjetan način.

Watson i Clark (1984.; prema Brady i Kendall, 1992.) uveli su termin negativni afektivitet za konstrukt koji uključuje simptome anksioznosti (nervoza, napetost, zabrinutost), depresivnosti (ljutnja, krivnja, tuga) i neuroticizma, procijenjenih mjerama samoprocjene. Autori smatraju da se negativni afektivitet nalazi u osnovi anksioznosti i depresivnosti i da je on uzrok njihove značajne povezanosti.

Prema ovom modelu simptomi anksioznosti i depresivnosti se grupiraju u 3 prepoznatljiva klastera:

1. nespecifični simptomi generalne potresenosti u kojima se ne razlikuju anksioznost i depresija
2. fiziološko uzbuđenje koje je relativno specifično za anksioznost, i
3. anhedonija ili niski pozitivni afekt koji je specifičan za depresiju.

Istraživanja pokazuju da i depresivne i anksiozne osobe ostvaruju visoke rezultate na skalama negativnog afektiviteta. Razlikovanje anksioznih i depresivnih osoba moguće je dodavanjem modelu drugog faktora – pozitivnog afektiviteta. Pozitivni afektivitet je široki konstrukt koji reflektira pozitivna afektivna stanja kao što su entuzijizam, radost i energija. Za depresiju je karakteristična kombinacija visokog negativnog afektiviteta i niskog pozitivnog afektiviteta, dok je kod anksioznosti negativni afektivitet visok, a pozitivni afektivitet irelevantan (Clark, 1989.; Watson i Kendall, 1989.; Watson, Clark i sur. 1995.; Watson, Weber i sur., 1995.; Bedford, 1997.; prema Vulić-Prtorić i Macuka, 2004.).

Model Watsona i Clarka dobio je potvrdu u istraživanjima provedenim kako na odraslima, tako i u zasada malom broju istraživanja provedenim na djeci i adolescentima (prema Vulić-Prtorić i Macuka, 2004.).

Prema četvrtom modelu, objašnjenje visoke povezanosti između anksioznosti i depresivnosti je u metodološkim nedostacima skala samoprocjene anksioznosti i depresivnosti, odnosno u njihovoj slaboj konstruktivnoj i diskriminativnoj valjanosti.

Uzrok visoke povezanost (0.5-0.8) između rezultata na skalama samoprocjene anksioznosti i depresivnosti, (Finch i suradnici 1989.; Kendall i Watson, 1989.; Ollendick i Yule, 1990.; Bernstein i sur., 1996.; prema Vulić-Prtorić i Macuka, 2004.) može biti u tzv. "sadržajnoj

kontaminaciji” tj. sadržajno istim ili sličnim tvrdnjama uvrštenim u skalama samoprocjene anksioznosti i depresivnosti.

Empirijski podaci pokazuju, da unatoč visokoj povezanosti između mjera anksioznosti i depresije, posebno između mjera samoprocjene, postoje razlike između djece s depresivnim poremećajem, djece s anksioznim poremećajem, i djece dijagnosticirane s oba poremećaja. Depresivna djeca postižu visoke rezultate i na skalama anksioznosti i na skalama depresivnosti, dok anksiozna djeca postižu visoke rezultate na mjerama anksioznosti, ali niže na mjerama depresivnosti. Nadalje, djeca sa oba poremećaja pokazuju više različitih simptoma anksioznosti i depresivnosti, nego djeca samo sa poremećajem anksioznosti ili samo s poremećajem depresije.

Jedan od problema u objašnjavanju odnosa anksioznosti i depresije je postojanje višestruke razine

definiranja, a tako i uspoređivanja anksioznosti i depresije, s obzirom na različite dimenzije: afektivnu,

kognitivnu, bihevioralnu i fiziološku (Clark, 1990.; prema Brady i Kendall, 1992.). Npr. kognicije

tipične za anksioznost vezane su uz anticipiranje opasnosti, a one tipične za depresiju uz gubitak i

neuspjeh.

Kako nijedan simptom nije patogen za jedan određeni poremećaj, poremećaji su identificirani klasterima simptoma. Za mnoge poremećaje, postoji jedan ili više definirajućih simptoma i popis ostalih, asociranih simptoma, od kojih je potrebno prisustvo samo određenog broja. Tako se klaster simptoma, koji se koristi za dijagnozu određenog poremećaja, može razlikovati od osobe do osobe. Simptomi koji su uključeni u kriterij za određeni poremećaj mogu također biti i kriteriji za druge poremećaje, što može pridonijeti artificijelnom preklapanju među poremećajima.

5. SOMATOFORMNI POREMEĆAJI

5.1 Samotofornni poremećaji u djece

Glavno obilježje somatofornnih poremećaja je prisutnost tjelesnih simptoma bez jasnih organskih uzroka. Simptomi nisu pod voljnom kontrolom osobe, a uzrokuju smetnje u njenom funkcioniranju na socijalnom, radnom ili nekom drugom njoj važnom području. Široki spektar simptoma obuhvaća bolove na različitim tjelesnim lokalizacijama (glava, zglobovi, leđa i dr.), seksualne simptome (neredovite menstruacije, pojačano krvarenje, i sl.), te psihoneurološke simptome (npr. konverzivni ili disocijativni). Pretpostavlja se da su oni psihološki uzrokovani te da je njihovo pojavljivanje vezano uz neko stresogeno iskustvo. Zato se somatizacija definira kao manifestacija psiholoških teškoća ili stresa kroz somatske simptome koji se ne mogu objasniti patološkim nalazima, njihovo atribuiranje fizičkoj bolesti i traženje medicinske pomoći (Lipowski, 1988.; prema Garralda, 1996.).

U osnovi komunikacije stresa kroz somatske simptome je smanjena sposobnost verbaliziranja stresa (Lloyd, 1986.; prema Garralda, 1996.). Mali rječnik djeteta za emocionalno izražavanje i nezrele kognitivne verbalne vještine, povećavaju vjerojatnost pojavljivanja somatizacije. Značenje simptoma i bolesti za samo dijete određeno je njegovom kognitivnom zrelošću. Kognitivne interpretacije, kao što je strah djeteta da će tjelesni simptomi imati negativne socijalne, psihološke ili tjelesne posljedice, česte su kod djece i nažalost pridonose pojačavanju simptoma.

Prepoznavanje simptoma pouzdanije je kod samog djeteta nego kod roditelja koji u pravilu navode manji broj teškoća. Za somatizaciju u dječjoj dobi karakteristična je prisutnost kombinacije simptoma.

Priroda i značenje psihosomatskih simptoma razlikuje se s obzirom na dob djeteta. Najčešći simptomi koji se javljaju kod djece u dobi od 2 do 4 godine su smanjeni apetit, odbijanje hrane, konstipacija ili dijareja, zadržavanje daha, pretjerana briga oko vlastite čistoće i urednosti, i sl. U dobi od 4 do 18 godina najčešći simptomi su glavobolje, trboblje, mučnine, povraćanje, vrtoglavice, problemi s vidom i dr. (Achenbach i McConaugh, 1997.; prema Vulić–Prtorić, 2000.).

Postoji i situacijska specifičnost u javljanju određenih simptoma, pa se tako na primjer, vrtoglavica i dezorijentacija češće javljaju u javnim situacijama (kupovina, gužva na ulici, razgovor s autoritetima), a bolovi u prsima i problemi s disanjem u privatnom okruženju, uglavnom kod kuće (Vulić–Prtorić, 2000.).

Iako su psihosomatski simptomi relativno česti u djece, samo kod malog broja djece oni su dovoljno ozbiljni i onesposobljavajući da zadovoljavaju kriterije dijagnoza somatoformnih poremećaja. Epidemiološka istraživanja problema somatizacije pokazuju da se prevalencija somatizacije kod djece i adolescenata u općoj populaciji kreće od 2-10% (prema Beck-Dvoržak i Grubić, 2000.), a u 12-20% slučajeva praćena je komorbidnim poremećajima, najčešće anksioznim ili depresivnim poremećajima i bihevioralnim problemima kao što su agresivnost i hiperaktivnost (Carr, 1999.; prema Vulić–Prtorić, 2000.). Dok u ranom djetinjstvu ne postoji razlika između dječaka i djevojčica, u adolescenciji se djevojčice češće žale na somatske smetnje od dječaka (Walker i Greene, 1991.; prema Zwaigenbaum, Szatmari, Boyle i Offord, 1999.). U odrasloj populaciji procjena prevalencije somatizacije kreće se između 0.2 i 2% među ženama i manje od 0.2% kod muškaraca (prema DSM IV, 1996.).

Garber i sur. (1991.; prema Garralda, 1996.) sastavili su upitnik: Children's Somatization Inventory, koji sadrži 36 psihofizioloških simptoma. Primijenili su ga u istraživanju koje su proveli na 540 djece i adolescenata. Rezultati su pokazali da su se djeca u prosjeku žalila na dvije tegobe. Najčešće su se tužila na glavobolje, nisku energiju, bolne mišiće, mučninu i uznemiren želudac, bol u leđima, bolove u trbuhu, zamagljeni vid, slabost i netoleranciju hrane. Djevojčice starije od 12 godine postigle su veće rezultate, što ukazuje na prisutnost većeg broja simptoma kod djevojčica, nego kod dječaka. Istraživanje je također pokazalo da su djeca i adolescenti sa većim brojem simptoma imali i više simptoma anksioznosti i depresije, te niže rezultate u samoprocjeni kompetencije.

5.2 Objašnjenja pojave somatizacije

Psihološki procesi

Teoretičari su predložili nekoliko psiholoških procesa kao moguću osnovu psihopatologije somatizacije, ali nijedan proces u potpunosti ne objašnjava pojavu somatoformnih poremećaja.

Disocijacija se definira kao neuspjeh integriranja različitih elemenata svijesti, što dovodi do ograničenja svjesnosti za određene teme koje za osobu imaju neposrednu emocionalnu važnost. Smanjena je ili izgubljena uobičajena povezanost fizičkih i psiholoških iskustava. Smatra se da je ovakvo stanje svijesti izazvano ozbiljnim, teškim stresom koji osobi ne dopušta fizički bijeg iz teške situacije, ili idiosinkratskom tendencijom osobe koja joj omogućava psihološki bijeg od stresa.

Aleksitimija označava posebnu psihološku strukturu psihosomatskih bolesnika, čije su osnovne karakteristike: poteškoće u identificiranju i opisivanju osjećaja, poteškoće u razlikovanju osjećaja i tjelesnih osjeta od emocionalnog uzbuđenja, ograničeni imaginativni procesi i nefleksibilan, krut kognitivni stil (Taylor, Baglay, Ryan i Parker, 1990.; prema Garralda, 1996.).

Osobe sa somatoformnim simptomima pokazuju pretjeranu tendenciju atribuiranja tjelesnih simptoma organskim i patološkim uzrocima, dok većina ljudi "normalizira" općenite simptome, atribuirajući ih događajima u okolini, odnosno psihološkom stresu ili psihološkim stanjima (Robbins i Kirmayer, 1991.; prema Garralda, 1996.).

Veća povezanost somatizacije u djece s poremećajima raspoloženja nego s "eksternalizirajućim" problemima, ukazuje na to da bi somatizacija stresa mogla biti manifestacija povećane tendencije usmjeravanja somatoformnih pacijenata na unutarnja stanja, uključujući osjećaje i fizičke senzacije.

Obiteljski utjecaji

Istraživanja pokazuju da je somatizacija prisutna u oko 20% najbližih srodnika bolesnika sa somatizacijom (Arkonac i Guze, 1963.; prema Davidson i Neale, 1999.).

Somatizacija u djece, bez obzira na to o kakvim je smetnjama riječ, češća je u obiteljima s visokom prevalencijom tjelesnih i duševnih bolesti. Razna istraživanja utvrdila su da djeca sa somatoformnim simptomima često u obitelji imaju članove sa sličnom simptomatologijom (Routh i Ernest, 1984.; prema Garralda, 1996.).

Isto tako djeca roditelja sa somatoformnim poremećajima imaju više somatskih tegoba od djece zdravih roditelja (Dura i Beck, 1988.; Livingstone, 1993.; prema Garralda, 1996.). Potkrepljivanje simptoma od strane roditelja, i nepoticanje odnosno obeshrabrivanje svladavanja simptoma, može pridonijeti pojavljivanju i održavanju simptoma.

U obiteljima djece sa somatoformnim simptomima često postoji povećana usmjerenost na zdravlje, i visoke razine anksioznosti i poremećaja raspoloženja. Roditelji su zaokupljeni zdravstvenim stanjem djeteta i često prenatraglašeno reagiraju i na male tjelesne promjene.

S druge strane, kombinacija smanjene roditeljske brige i bolesti u djetinjstvu može pridonijeti razvoju neadekvatnih strategija za neutraliziranje efekata prijetećih kriza i dovesti do razvoja somatizacije u odrasloj dobi (Craig, Drake, Mills i Boardman, 1994.; prema Garralda, 1996.).

Teorije obiteljskih sustava dale su nekoliko objašnjenja razvoja somatizacije u dječjoj dobi. Somatski simptomi smatraju se oblikom komunikacije djeteta, koji ono koristi kada mu je otežan ili onemogućen emocionalni dijalog s njemu važnim osobama. Organ na kojem će se javiti somatski poremećaj, određen je obiteljskom sredinom u kojoj dijete živi i u kojoj ima model ponašanja. Najvažniji faktor rizika za razvoj somatske simptomatologije su nesređeni obiteljski odnosi i specifični oblici interakcije roditelja i djeteta.

Wood smatra da su za razvoj simptoma somatizacije najznačajniji obiteljski procesi, kao što su upletanja, pretjerano zaštićivanje, rigidnost, autoritarnost, pretjerana popustljivost, i dr. (prema Vulić–Prtorić, 2000.).

Rohner i sur. su utvrdili da su dimenzije prihvaćanje i odbijanje od roditelja najvažnije za razvoj psihopatologije, pa tako i somatizacije u djece i adolescenata (prema Vulić–Prtorić, 2000.).

Kombinacija psihološkog stresa i zdravstvenih problema u obitelji često se spominje kao faktor rizika za razvoj somatizacije u djece. Stresni događaji vjerojatno pridonose pojavljivanju i/ili održavanju somatizacije, pogotovo kod psihološki ranjive djece, čiji roditelj pokazuje visoku razinu tjelesne simptomatologije.

Utjecaj životnih stresova

Provode se različita istraživanja s ciljem ispitivanja povezanosti životnih stresova i somatizacije kod djece.

Edukacijski stresovi, kao što su visoki školski zahtjevi, slabi napredak, ili teškoće prilagodbe u školi, predstavljaju faktore rizika za pojavljivanje i održavanje somatske simptomatologije kod djece sa funkcionalnim problemima (Wynick i sur., 1995.; prema Garralda, 1996.). S druge strane, samopouzdanje vezano za uspjeh u školi ne smanjuje efekte životnih stresova u djece sa somatizacijom (Walker i sur., 1994.; prema Garralda, 1996.). Posebno je važno ispitati jesu li problemi u školi sekundarni u odnosu na emocionalne probleme djece.

Istraživanja pokazuju da su kod djece sa somatoformnim poremećajima i njihovih majki često prisutne misli o gubitku i smrti (Huges, 1984.; Wasserman, Whittington i Rivara, 1988.; Kreichman, 1987.; prema Garralda, 1996.).

Seksualno zlostavljanje također može izazvati pojavu, ili pridonijeti održanju somatoformnog poremećaja (Kriechman, 1987.; prema Garralda, 1996.).

Osobine ličnosti

Somatizacija se često povezuje s određenim osobinama, crtama ličnosti i problemima u socijalnim odnosima.

Istraživanje provedeno na odraslima koje je ispitivalo koncept o hipohondrijskom poremećaju ličnosti, pokazalo je da su ponašajne crte koje bi mogle biti u osnovi somatizacije: pretjerana preokupacija zdravljem, iskrivljena percepcija manjih simptoma i često traženje medicinskih savjeta (Tyrer, Fowler-Dixon i Ferguson, 1990.; prema Garralda, 1996.).

Djeca sa psihogenim bolovima često se opisuju kao savjesna, ambiciozna, pretjerano zabrinuta, preosjetljiva, nesigurna i poslušna.

Kod djece sa somatoformnim poremećajima često su prisutni problemi u socijalnim interakcijama, posebno s vršnjacima. Neki autori smatraju da su slabe vještine empatije, karakteristike socijalnih odnosa djece sa somatizacijom i njihovih obitelji (Rastam i Gillberg, 1992.; prema Garralda, 1996.).

II. CILJ ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE

CILJ ISTRAŽIVANJA

Somatoformni poremećaji često se javljaju u djetinjstvu. Smatra se da su psihološki uzrokovani iako njihova etiologija još nije razjašnjena. Istraživanja pokazuju da se uz somatizacijske simptome često zajedno javljaju anksiozni i depresivni simptomi, te da su anksiozni i depresivni poremećaji najčešći komorbidni poremećaji koji se javljaju uz somatoformne poremećaje.

Glavni cilj ovog istraživanja je utvrditi odnos somatizacije, anksioznosti i depresivnosti u dječjoj dobi.

PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

1. Ispitati razlikuju li se djeca sa somatizacijskim simptomima od zdrave djece po učestalosti anksioznih i depresivnih simptoma, te ispitati diskriminativnu valjanost upitnika SKAN i CDI u razlikovanju zdrave djece od djece sa somatizacijskim smetnjama.
2. Ispitati povezanost rezultata na testovima anksioznosti i depresivnosti, na skupini zdrave djece i na skupini djece sa somatizacijskim simptomima.

HIPOTEZE

1. Očekuje se da će djeca sa somatizacijskim simptomima izvijestiti o većem broju anksioznih i depresivnih simptoma u odnosu na zdravu djecu, te da će testovi SKAN i CDI dobro razlikovati zdravu djecu od djece sa somatizacijskim simptomima.
2. Postoji pozitivna povezanost rezultata na testovima anksioznosti i depresivnosti.

III. METODOLOGIJA

1. ISPITANICI

U ispitivanju je sudjelovalo ukupno 129 ispitanika, podijeljenih u dvije skupine.

Prva skupina je obuhvaćala pedesetoro djece koja su u periodu od srpnja 2002. godine do ožujka 2004. godine bila upućena psihologu u kliničkoj bolnici Rebro. Djeca su bila u dobi od 8 do 15 godina. Prosječna dob skupine je 12 godina.

Kriterij za selekciju ispitanika uključuje:

1. postojanje jedne ili više tjelesnih tegoba,
2. odgovarajuće pretrage ne mogu u potpunosti objasniti simptome postojećim općim zdravstvenim stanjem ili neposrednim učinkom neke psihoaktivne tvari,
3. simptomi uključuju značajne kliničke smetnje ili oštećenje socijalnog, školskog ili nekog drugog djetetu važnog područja,
4. smetnje ne odgovaraju drugim duševnim poremećajima i
5. simptomi nisu namjerno stvarani niti hinjeni.

Druga skupina ispitanika obuhvaća 79 učenika osnovne škole Miroslava Krleže u Zagrebu, od drugog do osmog razreda, koji su u Upitniku somatizacijskih smetnji (prilog br. 3), na sva pitanja o postojanju različitih bolova i o posjetu dječjem psihologu ili psihijatru odgovorili negativno. Na taj način identificirana su sva djeca koja su izjavila da imaju bilo kakve bolove. Iako određeni smetnje i bolovi mogu biti normalna posljedica razvojne faze djeteta, dobili smo samo podatke od djeteta, te nismo mogli sa sigurnošću tvrditi da se ne radi o bolovima uzrokovanim organskim problemima ili somatizaciji. Stoga je izdvojena skupina zdrave djece koja nemaju nikakve bolove. Prosječna dob ispitanika o ovoj skupini je 11 godina.

Izbor ispitanika dobi od 8 do 15 godina omogućio je samostalno ispunjavanje upitnika.

Možemo pretpostaviti da skupina učenika koji imaju somatske bolove uključuje i zdravu djecu čiji su bolovi rezultat razvoja ili specifičnih okolnosti (npr. bavljenje sportom), djecu čiji su bolovi posljedica somatizacije, i djecu čiji su bolovi organski uzrokovani. Zbog nemogućnosti otkrivanja pravih uzroka bolova, rezultati ove djece nisu uključeni u daljnju obradu podataka. Međutim, posebno smo izračunali osnovne statističke podatke za ovu skupinu djece, koji su potvrdili opravdanost neuključivanja rezultata ove skupine djece u istraživanje. Podaci su prikazani u prilogu br.4.

2. MJERNI INSTRUMENTI

2.1 Skala dječje anksioznosti (SKAN)

Skala dječje anksioznosti autorice Purić (1992.; prema Caser, 1997.) namijenjena je ispitivanju anksioznosti djece školske dobi. Sadrži 27 tvrdnji koje obuhvaćaju različite anksiozne simptome a ispitanik treba odlučiti je li svaka tvrdnja za njega točna (T) ili ne (N).

Tvrdnje skale sadržajno obuhvaćaju tri područja anksioznosti:

1. ispitnu anksioznost (anksioznost vezana uz školsku nastavu i zahtjeve školskog obrazovanja);
2. socijalnu anksioznost (anksioznost vezana uz kontakte s drugim ljudima);
3. opću anksioznost (anksioznost koja nije vezana uz specifične situacije).

Svaka tvrdnja označena kao točna ukazuje na postojanje simptoma anksioznosti i boduje se s jednim bodom. Tvrdnje označene kao netočne dobivaju 0 bodova. Ukupan rezultat predstavlja zbroj ostvarenih bodova, tako da se totalni raspon rezultata kreće od 0 do 27. Veći broj bodova ukazuje na veću anksioznost. Autorica navodi kao prosječni rezultat vrijednost 10, sa standardnom devijacijom 5.25, ali ne navodi vrijednost kritičnog rezultata koji bi ukazivao na značajno povišenu anksioznost (prema Caser, 1997.).

Provjera pouzdanosti SKAN skale pokazala je visoku pouzdanost; Cronbach alfa koeficijent pouzdanosti iznosi 0.83 (Purić, 1992.; prema Caser, 1997.). Cronbach alfa koeficijent pouzdanosti dobiven u ovom istraživanju iznosi 0.755, a korelacije rezultata na pojedinim česticama s ukupnim rezultatom kreću se od 0.194 do 0.612.

2.2 Children's Depression Inventory (CDI) – Dječja skala depresije

Dječja skala depresije - CDI (Kovacs, 1981.; prema Marinović i Vulić-Prtorić, 2000.) nastala je modifikacijom Beckove skale depresivnosti namijenjene za ispitivanje depresije kod odraslih (BDI). Skala

sadrži 27 čestica koje obuhvaćaju široki spektar depresivnih simptoma. Svaka čestica sadrži tri tvrdnje od kojih dijete bira onu koja najbolje opisuje njegove osjećaje. Tvrdnje su skalirane sa 0, 1 i 2 boda pri čemu veći broj bodova predstavlja jači intenzitet simptoma. 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, dok se kao prag koji selekcioniра 10% ispitanika s najizraženijim depresivnim simptomima uzima rezultat od 19 (prema Marinović i Vulić-Prtorić, 2000.).

Provjere pouzdanosti CDI skale pokazale su da se Cronbach alfa koeficijent pouzdanosti kreće od 0.71 do 0.94 za neselekcioniranu populaciju (Seligman i sur., 1984.; Finch i sur., 1985.; Živčić, 1992.; Smucker i sur., 1986.; sve prema Marinović i Vulić-Prtorić, 2000.). Korelacije rezultata na pojedinim česticama s ukupnim rezultatom u skali kreću se od 0.04 do 0.57 (Živčić, 1992.; prema Marinović i Vulić-Prtorić, 2000.) ili od 0.19 do 0.56 (Smucker, 1986.; prema Marinović i Vulić-Prtorić, 2000.). U ovom istraživanju dobivene korelacije rezultata na pojedinim česticama s ukupnim rezultatom kreću se od 0.172 do 0.608, a Cronbach alfa koeficijent pouzdanosti iznosi 0.763.

CDI upitnik ima dobru specifičnost, odnosno dobro razlikuje klinički depresivnu djecu od djece koja nisu klinički depresivna. Najozbiljnija kritika ove skale su prigovori o njenoj diskriminativnoj valjanosti, odnosno sposobnosti razlikovanja klinički depresivne djece. Međutim, autorica ove skale naglašava da je CDI mjera intenziteta depresije, a ne dijagnostičko sredstvo (prema Marinović i Vulić-Prtorić, 2000.).

Skala je namijenjena ispitanicima od 8 do 17 godina.

2.3 Upitnik somatizacijskih smetnji

Upitnik je sastavljen za potrebe ovog istraživanja. Sadrži 7 pitanja koja obuhvaćaju najčešće somatoformne smetnje koje se javljaju kod djece u dobi od 8 do 15 godina. Za svako pitanje ponuđena su tri odgovora: nikad, rijetko i često, a dijete treba izabrati onaj odgovor koji najbolje opisuje postojanje određene somatske smetnje kod njega.

3. POSTUPAK

Ispitivanje je provedeno u dva dijela.

Prvi dio ispitivanja proveden je na dječjem odjelu kliničke bolnice Rebro, u periodu od srpnja 2002. godine do ožujka 2004. godine. Ispitanici su bila djeca upućena psihologu, kojima su dijagnosticirani somatizacijski simptomi. Ispitivanje je provedeno individualno; ispitanici su sami ispunjavali upitnike anksioznosti i depresivnosti, a za to im je bilo potrebno 10-15 minuta. Prije ispunjavanja upitnika pročitana im je uputa, i pokazan jedan primjer. Za sva potrebna pitanja mogli su se obratiti psihologu.

Drugi dio ispitivanja proveden je u osnovnoj školi Miroslav Krleža u Zagrebu, u listopadu 2004. godine, na učenicima od drugog do osmog razreda. Ispitivanje je provedeno grupno, za svaki razred posebno, u trajanju od jednog školskog sata. Ispitanicima je naglašeno da u upitnicima nema točnih i netočnih odgovora, da se njihov učinak neće posebno ocjenjivati, te da će se podaci koristiti samo u svrhu izrade diplomskog rada. Ispitanicima je također rečeno da se mogu obratiti eksperimentatoru u slučaju da ne razumiju neko od pitanja.

Ispitanici su prvo ispunjavali SKAN upitnik anksioznosti. Vrijeme ispunjavanja upitnika bilo je neograničeno. Učenicima nižih razreda trebalo je u prosjeku 15 minuta, dok je učenicima viših razreda bilo dovoljno desetak minuta. Prije početka rada učenicima je pročitana uputa i eksperimentator je zajedno s njima riješio prvi primjer.

Zatim je ispitanicima podijeljen CDI upitnik depresivnosti. Uputa im je pročitana i na primjeru pokazano kako ispuniti upitnik. Vrijeme rada je također bilo neograničeno; ispitanici nižih razreda ispunjavali su upitnik u prosjeku dvadesetak minuta, dok je ispitanicima viših razreda bilo dovoljno desetak minuta.

IV. REZULTATI

1. ispitivanje odnosa somatizacijskih SIMPTOMA i Simptoma anksioznosti i depresivnosti

Prvi problem ovog istraživanja bio je ispitati razlikuju li se djeca sa somatizacijskim simptomima od zdrave djece po učestalosti anksioznih i depresivnih simptoma, te ispitati diskriminativnu valjanost upitnika SKAN i CDI u razlikovanju zdrave djece od djece sa somatizacijskim smetnjama.

Kako bi ispitili postoji li statistički značajna razlika u izraženosti anksioznih i depresivnih simptoma između djece sa somatizacijskim simptomima i zdrave djece proveli smo 2 t-testa za nezavisne uzorke.

Tablica 1. Rezultati t-testova značajnosti razlika u broju anksioznih i u broju depresivnih simptoma između dvije skupine ispitanika

	ZDRAVI				BOLESNI				mogući raspon rezultata	t	p
	M	SD	N	ostvareni raspon rezultata	M	SD	N	ostvareni raspon rezultata			
SKAN	6.823	3.751	79	20 (0-19)	11.400	5.059	50	19 (3-21)	27	-5.886	0.000
CDI	5.810	3.807	79	22 (0-21)	9.680	5.923	50	28 (2-29)	54	-4.521	0.000

LEGENDA:

1. ZDRAVI – skupina zdrave djece
2. BOLESNI – skupina djece sa somatizacijskim simptomima
3. M – aritmetička sredina rezultata u pojedinim skupinama
4. SD – standardna devijacija rezultata za pojedine skupine
5. N – broj ispitanika
6. OSTVARENI RASPON REZULTATA – ostvareni raspon rezultata na pojedinom testu
7. MOGUĆI RASPON REZULTATA – mogući raspon rezultata na pojedinom testu
8. t – t-test
9. p – razina značajnosti
10. SKAN – Skala dječje anksioznosti
11. CDI – Dječja skala depresije

Dobiveni rezultati pokazuju da postoji statistički značajna razlika u broju anksioznih i u broju depresivnih simptoma između dviju skupina ispitanika, na razini značajnosti od 1%;

odnosno da kod djece sa somatizacijskim simptomima postoji statistički značajno više anksioznih i depresivnih simptoma u odnosu na zdravu djecu.

Zatim smo provjerili koji broj djece u svakoj skupini ispitanika ima rezultat jednak ili veći od 19 na upitniku depresivnosti. Kao kriterij smo uzeli vrijednost 19, jer rezultat od 19 na CDI upitniku na uzorku neselekcionirane školske djece selekcioniра 10% ispitanika s najizraženijim depresivnim simptomima. U skupini zdrave djece 2.6% ispitanika postiglo je rezultat veći od 19, dok je u skupini bolesne djece taj rezultat ostvarilo 8% ispitanika.

Da bi ispitati drugi dio problema, proveli smo diskriminativnu analizu, koja je rezultirala sljedećim nalazima:

Tablica 2. Rezultati diskriminativne analize razlika u učinku na testovima SKAN i CDI za skupinu zdrave i bolesne djece

D. funkcija	svojevna vrijednost	kanonička korelacija	x^2	df	p
1	0.315	0.489	34.473	2	0.000

LEGENDA:

1. D. funkcija – diskriminativna funkcija
2. p - razina značajnosti

Tablica 3. Položaj skupine zdrave djece i skupine djece sa somatizacijskim simptomima u odnosu na diskriminativnu funkciju

	Funkcija
ZDRAVI	-0.443
BOLESNI	0.700

LEGENDA:

1. ZDRAVI – skupina zdrave djece
2. BOLESNI – skupina djece sa somatizacijskim simptomima

Tablica 4. Strukturna matrica koeficijenata kanoničke diskriminativne funkcije i korelacija pojedinog testa sa diskriminativnom funkcijom

	koeficijenti funkcije	korelacije s funkcijom
SKAN	0.761	0.931
CDI	0.403	0.725

Tablica 5. Rezultati ispitivanja vjerojatnosti točne klasifikacije ispitanika u skupinu zdrave djece ili skupinu bolesne djece, na temelju učinka u testovima SKAN i CDI

	SKUPINA	predviđena pripadnost grupi		ukupno
		zdravi	bolesni	
f	zdravi	64	15	79
	bolesni	17	33	50
%	zdravi	81.0	19.0	100.0
	bolesni	34.0	66.0	100.0

LEGENDA:

1. f – frekvencija ispitanika po pojedinim skupinama s obzirom na klasifikacijsku valjanost SKAN i CDI testa
2. % - postotak ispitanika po pojedinim skupinama s obzirom na klasifikacijsku valjanost SKAN i CDI testa
3. zdravi – skupina zdrave djece
4. bolesni – skupina djece sa somatizacijskim simptomima

Dobivena vjerojatnost točne klasifikacije ispitanika na temelju ostvarenih rezultata na testovima SKAN i CDI, u skupinu zdrave djece ili skupinu djece sa somatizacijskim simptomima iznosi 75.2%.

2. ISPITIVANJE POVEZANOSTI SIMPTOMA ANKSIOZNOSTI I SIMPTOMA DEPRESIVNOSTI

Drugi problem ovog istraživanja bio je ispitati povezanost rezultata na testovima anksioznosti i depresivnosti, na skupini zdrave djece i na skupini djece sa somatizacijskim simptomima.

Da bi odgovorili na ovaj problem izračunali smo Pearsonove koeficijente korelacija kako bi utvrdili postoji li povezanost između rezultata na testu anksioznosti SKAN i upitniku depresivnosti CDI za obje skupine ispitanika. Rezultati su prikazani u Tablici 6.

Tablica 6. Povezanost testova SKAN i CDI za obje skupine ispitanika

	ZDRAVI	BOLESNI
koeficijent korelacije	0.326**	0.478**

LEGENDA:

1. koeficijent korelacije – Pearsonov koeficijent korelacije dobiven na rezultatima na testovima SKAN i CDI za pojedinu skupinu ispitanika
2. ZDRAVI – skupina zdrave djece
3. BOLESNI – skupina djece sa somatizacijskim simptomima
4. ** - $p < 0.01$

Dobiveni Pearsonovi koeficijenti korelacija statistički su značajni na razini od 1%. Dakle, postoji statistički značajna povezanost rezultata na testovima SKAN i CDI i za skupinu zdrave djece i za skupinu djece sa somatizacijskim smetnjama.

Zatim smo izračunali parcijalnu korelaciju rezultata na ovim testovima, pri čemu smo kontrolirali utjecaj varijable zdravlja. Povezanost testova SKAN i CDI uz parcijalizaciju utjecaja zdravlja, dobivena na ukupnom broju ispitanika, iznosi **0.424** i statistički je značajna. na razini značajnosti od 1%.

V. RASPRAVA

1. ODNOS SOMATIZACIJSKIH SIMPTOMA I SIMPTOMA ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI

Djeca često brinu o svom zdravlju i žale se na tjelesne smetnje kod kojih nije moguće pronaći organsku osnovu. Prema nekim istraživanjima više od 50% adolescenata žali se na bar jedan tjelesni simptom ili izražava zabrinutost o vlastitom zdravlju (Taylor, Szatmari, Boyle i Offord, 1996.; prema Zwaigenbaum, Szatmari, Boyle i Offord, 1999.). Većina ove djece ne pati od emocionalnih poremećaja, a somatske smetnje ne ometaju njihovo svakodnevno funkcioniranje (Taylor, Szatmari, Boyle i Offord, 1996.; prema Zwaigenbaum, Szatmari, Boyle i Offord, 1999.). Samo kod malog broja djece simptomi zadovoljavaju kriterije dijagnoza somatoformnih poremećaja.

U nizu empirijskih istraživanja Achenbach i McConaugh (1997.; prema Vulić-Prtorić, 2000.) su utvrdili da su u dobi od 4-18 godina najčešće somatske tegobe glavobolje, trboblje, mučnine, povraćanje, vrtoglavice, problemi s vidom i sl. Podaci ovog istraživanja potvrđuju ove nalaze.

Kod djece sa somatizacijskim smetnjama koja su sudjelovala u ovom istraživanju, prikupili smo podatke o vrsti i broju somatizacijskih simptoma. Većina djece (44) žalila se na jednu, dvije ili tri smetnje.

Tablica 7. Prikaz broja ispitanika koji su se žalili na određeni broj somatizacijskih simptoma

	broj somatizacijskih simptoma						
	1	2	3	4	5	6	7
broj ispitanika	17	11	16	2	3	0	1

LEGENDA:

1. BROJ SOMATIZACIJSKIH SIMPTOMA – broj somatizacijskih simptoma na koje su se djeca žalila
2. BROJ ISPITANIKA – broj ispitanika koji su se žalili na određeni broj somatizacijskih simptoma

Različite tegobe na koje su se djeca žalila uključuju recidivne bolove u trbuhu, glavobolje, bolove u prsištu, nesvjestice, vrtoglavice, nedostatak zraka, gušenje, slabost, umor, tresenje, bolove oko srca, tahikardiju, stenokardiju, mučninu, povraćanje, proljev i bolove u leđima.

Tablica 8 prikazuje najčešće somatizacijske smetnje, te koliko djece se na pojedinu od njih žalilo.

Tablica 8. Prikaz najčešćih somatizacijskih simptoma i broja ispitanika koji su se na njih žalila

	najčešći somatizacijski simptomi					
	bolovi u trbuhu	glavobolje	bolovi u prsištu	nesvjestica	vrtoglavica	nedostatak zraka
broj ispitanika	38	18	11	10	7	5

LEGENDA:

1. NAJČEŠĆI SOMATIZACIJSKI SIMPTOMI – najčešći somatizacijski simptomi na koje su se djeca žalila
2. BROJ ISPITANIKA – broj ispitanika koji su se žalili na pojedini somatizacijski simptom

Iz Tablice 8 se jasno vidi da su daleko najčešće somatske smetnje na koje se žalilo čak 38 djece recidivni bolovi u trbuhu. Slijede glavobolje, a zatim bolovi u prsištu, nesvjestice, vrtoglavice itd. Dobiveni podaci u skladu su s podacima iz literature koji pokazuju da su recidivni bolovi u trbuhu jedan od najčešćih oblika somatizacije, a najčešće se javljaju u dobi od 5 do 12 godina (prema Grubić, 1993.).

Recidivni bolovi u trbuhu javljaju se kod 10-15% djece (Apley 1975., Liebman 1978.; prema Grubić, 1993.) a samo kod 10% djece pronađeni su organski uzroci. Zbog toga su bolovi u trbuhu kod djece čest predmet istraživanja. Podatak da su djeca sa recidivnim bolovima u trbuhu lošije emocionalno prilagođena od zdrave djece spominje još Apley 1958. (prema Grubić, 1993.), a anksiozni i depresivni simptomi često se povezuju s tim somatizacijskim smetnjama.

U skladu s prvim problemom ovog istraživanja, ispitali smo razlikuju li se djeca sa somatizacijskim tegobama od zdrave djece s obzirom na učestalost anksioznih i depresivnih simptoma. Rezultati su pokazali da djeca sa somatizacijskim simptomima imaju značajno više anksioznih simptoma i simptoma depresivnosti u odnosu na zdravu djecu. Ovakve rezultate smo i očekivali. Oni su u skladu s podacima iz literature, koji navode anksioznost i depresivno raspoloženje kao česta popratna obilježja somatoformnih poremećaja.

Iako se još uvijek ne zna mnogo o etiologiji somatizacijskih poremećaja i njihovoj povezanosti s anksioznim i depresivnim simptomima, sve je više istraživanja koja se bave ovom tematikom.

Nekoliko istraživanja koja su se bavila ispitivanjem somatizacije, anksioznosti i depresije, pokazala su da anksioznost i depresija direktno koreliraju s rezultatima na CSI (Children's Somatization Inventory) testu (Garber, Walker i Zeaman, 1991.).

U istraživanju diferencijalnih karakteristika pacijenata sa somatizacijskim poremećajima, provedenom na 60 djece prosječne dobi od 11 godina, najčešća karakteristika bila je anksioznost (Sainz de la Maza, Bou, Ruano, Garcia, Rieradevall, Diez, i Cubells 2003.). Anksiozna senzitivnost (prema Vulić-Prtorić, 2000.) češće je prisutna kod djece sa dijagnosticiranim somatoformnim poremećajem i pridonosi njegovom održavanju. Strah da će tjelesni simptomi imati negativne socijalne, psihološke ili tjelesne posljedice doprinosi pojačavanju somatskih simptoma.

Rezultati ovog istraživanja pokazali su povezanost somatizacije sa anksioznim i depresivnim simptomima. Somatizacijski simptomi povećali su vjerojatnost pojavljivanja anksioznih i depresivnih simptoma, ali anksiozni i depresivni simptomi skupine ispitanika sa somatizacijskim simptomima nisu zadovoljavali kliničke dijagnoze. Takvi rezultati dobiveni su i u istraživanju (Smith, Martin-Hertz, Womack, i Marsigan, 2003.) u kojem je skupina adolescenata s neobjašnjivim kroničnim umorom postigla više rezultate na mjerama anksioznosti, depresije i somatizacije od zdrave djece, ali ne dovoljno visoke rezultate koji bi zadovoljili kriterije kliničke dijagnoze anksioznih ili depresivnih poremećaja. Prosječni rezultati skupina ukazali su na relativnu razliku u simptomatologiji, a ne na prisutnost specifičnih poremećaja.

Ekstremno visoke razine somatizacijskih simptoma često su povezane sa komorbidnim psihijatrijskim poremećajima. Tako su u istraživanju adolescenata opće populacije u dobi od 12-16 godina, u skupini ispitanika koji su postigli rezultate koji selekcioniraju 10% djece s najvišim razinama somatizacije, 28.6% je imalo i emocionalni poremećaj, nasuprot 4% djece s niskim razinama somatizacije. (Taylor, Szatmari, Boyle i Offord, 1996.; prema Zwaigenbaum, Szatmari, Boyle i Offord, 1999.). Istraživanja također pokazuju da hospitalizirana djeca sa anksioznim poremećajima ili poremećajima raspoloženja često pokazuju visoke razine somatskih simptoma (Beidel, Christ i Longm 1991.; prema Zwaigenbaum, Szatmari, Boyle i Offord, 1999.). Neobjašnjeni tjelesni simptomi često se javljaju kod velikog depresivnog poremećaja, anksioznih poremećaja i poremećaja prilagodbe.

Ispitivanje uloge visoke razine somatizacije kao faktora rizika za razvoj velikog depresivnog poremećaja i ostalih depresivnih poremećaja 4 godine kasnije, proveli su Zwaigenbaum, Szatmari, Boyle i Offord (1999.). Istraživanje su proveli na 1015 ispitanika iz opće populacije u dobi od 13-16 godina. Rezultati su pokazali da su adolescenti s visokim razinama somatizacije izloženi povećanom riziku razvoja velikog depresivnog poremećaja 4 godine kasnije. Ta se povezanost somatizacije i velikog depresivnog poremećaja nije mogla objasniti prisutnošću emocionalnog poremećaja u prvom ispitivanju, odnosno rizik za razvoj velikog depresivnog poremećaja bio je jednak kod adolescenata s visokim razinama somatizacije, bez obzira na prisutnost ili odsutnost detektabilnih emocionalnih poremećaja u prvom ispitivanju. Kao jedno od mogućih objašnjenja ove povezanosti autori predlažu somatizaciju kao varijablu ili alternativni oblik izražavanja emocionalnih poremećaja u adolescenciji. Campo i Firtch su u pregledu istraživanja povezanosti somatizacije i depresivnosti postavili hipotezu o somatizacijskim smetnjama u adolescenciji kao simptomu depresije (1994.; prema Zwaigenbaum, Szatmari, Boyle, i Offord, 1999.). Adolescenti s visokim razinama somatizacije također su izvijestili o većem broju napadaja panike.

O povezanosti somatizacije i depresivnosti govore i istraživanja koja su ispitivala prisutnost somatizacijskih simptoma kod djece sa depresivnim poremećajima. Tako su npr. McCauley, Carlson i Calderonl (1991.) ispitali prisutnost somatizacijskih simptoma u skupini od 100 depresivne djece i adolescenata i u skupini od 38 ispitanika s nekim drugim psihijatrijskim poremećajem. Somatizacija simptoma bila je prisutna kod 70% depresivne djece, ali samo u 34% djece u kontrolnoj skupini. Broj somatizacijskih simptoma povećavao se s višim razinama depresije.

Preciznu procjenu broja djece sa somatizacijskim simptomima otežava visoki komorbiditet somatoformnih poremećaja s anksioznim i depresivnim poremećajima, prvenstveno s velikim depresivnim poremećajem i paničnim poremećajem. Pregledi istraživanja pokazuju da se čak kod 12-20% djece sa somatoformnim poremećajima mogu registrirati komorbidni simptomi (Carr, 1999.; prema Vulić-Prtorić, 2000.).

Pokušaji tumačenja odnosa između somatizacije i emocionalnih poremećaja u djece i adolescenata temelje se prvenstveno na krossekcionalnim istraživanjima koja ne uzimaju u obzir vremenski redoslijed pojavljivanja somatizacijskih simptoma i tipičnih simptoma depresije kao što su poremećaji spavanja, apetita ili česte promjene raspoloženja (Taylor, Szatmari, Boyle i Offord, 1996.; prema Zwaigenbaum, Szatmari, Boyle i Offord, 1999.). Retrospektivne studije ukazuju na to da su se odrasle osobe s anksioznim poremećajima ili poremećajima raspoloženja često žalile na somatske smetnje u adolescenciji.

Prospektivne studije somatizacije do sada nisu uključile ispitivanje postojanja emocionalnih poremećaja kod početnih ispitivanja somatizacije, tako da još uvijek nema odgovora na pitanje je li somatizacija u adolescenata prvi znak depresije, ili depresivni simptomi prate pojavu somatizacije.

Prospektivna istraživanja provedena na ispitanicima dječje dobi ograničena su na djecu s neobjašnjenim recidivnim bolovima u trbuhu upućenim liječnicima u klinikama. Walker i sur (1995.; prema Zwaigenbaum, Szatmari, Boyle i Offord, 1999.) proveli su istraživanje u kojem su pratili 31 pacijenta koji su patili od recidivnih bolova u trbuhu i 31 zdravog ispitanika u periodu

od 5 godina. Djeca sa somatizacijskim tegobama imala su osim bolova u trbuhu i druge somatske simptome koji su ometali njihovo funkcioniranje, te depresivne simptome. Kako se u prvom ispitivanju nisu mjerili depresivni simptomi, tako ostaje pitanje je li depresivnost bila prisutna kod djece od samog početka ispitivanja ili se pojavila kao posljedica somatizacijskih simptoma, odnosno je li somatizacija bila oblik izražavanja postojećih emocionalnih problema, ili je prethodila tipičnim simptomima depresije (Taylor, Szatmari, Boyle i Offord, 1996.; prema Zwaigenbaum, Szatmari, Boyle i Offord, 1999.).

Uzorci ispitanika u prospektivnim istraživanjima najčešće uključuju hospitalizirane adolescente ili adolescente upućene liječnicima u klinikama što može pridonijeti pristranosti u procjenjivanju učestalosti komorbiditeta somatizacijskih smetnji i emocionalnih poremećaja u općoj populaciji. Osobe s komorbidnim poremećajima češće su upućene liječnicima u klinikama što može dovesti do pogrešnih zaključaka u vezi povezanosti ovih poremećaja.

Jasna je potreba epidemioloških i longitudinalnih istraživanja ispitanika dječje dobi sa somatizacijskim simptomima, u rasvjetljavanju odnosa somatizacijskih simptoma u djetinjstvu i poremećaja u odrasloj dobi.

U ovom istraživanju ispitali smo i diskriminativnu valjanost upitnika SKAN I CDI u razlikovanju zdrave djece od djece sa somatizacijskim smetnjama, što ima posebnu praktičnu vrijednost. Naime, dobra diskriminativna valjanost ovih testova u razlikovanju dvije skupine ispitanika, značila bi mogućnost lakše i ranije identifikacije djece sa somatizacijskim tegobama, a time i što ranije pružanje adekvatne pomoći.

Diskriminativna analiza rezultirala je izdvajanjem jedne statistički značajne diskriminativne funkcije (Tablica 2).

Koeficijenti kanoničke diskriminativne funkcije, i korelacije između testova i diskriminativne funkcije pokazuju nam koji test bolje razlikuje ove dvije skupine ispitanika. Ove korelacije prikazane su u strukturalnoj matrici (Tablica 4). Dobiveni podaci pokazuju da SKAN test ($r=0.931$) bolje razlikuje zdravu djecu od djece sa somatizacijskim simptomima, od CDI upitnika ($r=0.725$).

Diskriminativnom analizom dobili smo podatak o vjerojatnosti točne klasifikacije ispitanika u skupinu zdrave djece ili djece sa somatizacijskim simptomima s obzirom na ostvarene rezultate na testovima SKAN i CDI. U tablici 5 prikazane su frekvencije i postoci točnih klasifikacija ispitanika u određenu skupinu s obzirom na razlike u testovnim rezultatima. Dobiveni podaci pokazuju da je vjerojatnost točne klasifikacije ispitanika na temelju ostvarenih rezultata na testovima SKAN i CDI, u skupinu zdrave djece ili skupinu djece sa somatizacijskim tegobama 75.2%, što je značajno više od klasifikacije po slučaju.

Možemo zaključiti da rezultati na SKAN i CDI testovima predstavljaju dobru mjeru razlikovanja zdrave djece od djece sa somatizacijskim simptomima, što ukazuje na mogućnost korištenja ovih testova u trijažne svrhe.

Rezultati ovog istraživanja potvrdili su podatke iz literature koji ukazuju na povezanost somatizacijskih simptoma i simptoma anksioznosti i depresije. Djecu sa somatizacijskim smetnjama potrebno je pratiti i uzeti u obzir mogućnost pojavljivanja emocionalnih poremećaja. Prisutnost somatizacijskih simptoma ne znači nužno i prisutnost emocionalnih poremećaja, ali ni odsutnost

emocionalnih poremećaja ne znači da somatizacijske tegobe i njihove moguće posljedice ne treba ozbiljno shvatiti.

2. POVEZANOST SIMPTOMA ANKSIOZNOSTI I DEPRESIVNOSTI

Fenomeni anksioznosti i depresivnosti i njihova međusobna povezanost često se ispituju u istraživanjima. Različiti stavovi o njihovoj povezanosti dijele autore na one koji smatraju da su anksioznost i depresivnost različiti i odvojeni entiteti, i one prema kojima su anksioznost i depresivnost različiti pojavni oblici istog poremećaja. Tako je npr. Quay (1986.; prema Brady i Kendall, 1992.) korištenjem multivarijatnog statističkog pristupa za klasificiranje poremećaja u djetinjstvu identificirao jedinstvenu kategoriju anksioznost-povlačenje-depresivnost koja je uključivala i depresivne i anksiozne poremećaje, a Achenbach i sur. (1989.; prema Brady i Kendall, 1992.) govorili su o jedinstvenom anksiozno-depresivnom sindromu koji je obuhvaćao i poremećaje anksioznosti i poremećaje depresivnosti.

S druge strane, prema dvokomponentnim modelima, anksioznost i depresivnost je moguće razlikovati s obzirom na vrstu afektivnih, kognitivnih, obiteljskih, doživljajnih i fenomenoloških običaja. Potvrdu ovog stajališta daje npr. teorija diferencijalnih emocija Carroll Izard (prema Vulić-Prtorić i Macuka, 2004.).

Razna istraživanja pokazala su visoku povezanost, čak do vrijednosti od 0.8, između rezultata na skalama samoprocjene anksioznosti i depresivnosti (Finch i sur. 1989.; Kendall i Watson, 1989.; Ollendick i Yule, 1990.; Bernstein i sur., 1996.; prema Vulić-Prtorić i Macuka, 2004.).

Drugi problem ovog istraživanja bio je ispitati povezanost anksioznih i depresivnih simptoma. Rezultati su pokazali da postoji značajna povezanost anksioznih simptoma i simptoma depresivnosti kod obje skupine ispitanika. Veća povezanost dobivena je u skupini djece sa somatizacijskim tegobama u odnosu na skupinu zdrave djece.

Wolfe i sur. (1987.; Albano, Causey i Carter, 2001.), proveli su istraživanje u kojem su ispitali odnos između anksioznosti, depresije i ljutnje na većem broju djece u kliničkoj populaciji. Korelacije između anksioznosti i depresije kretale su se 0.36 do 0.56, a korelacija s ljutnjom do 0.28.

Korelacije dobivene u ovom istraživanju na skupini djece sa somatizacijskim simptomima odgovaraju korelacijama dobivenim u istraživanju Wolfea i suradnika, dok je korelacija dobivena na skupini zdrave djece malo niža (0.326). Razlog tome mogla bi biti selekcioniranost skupine, jer skupina zdrave djece u ovom istraživanju obuhvaća samo djecu koja nemaju nikakvih somatskih simptoma, niti su ikada posjetili dječjeg psihologa ili psihijatra. Razine anksioznosti i depresivnosti u toj skupini su niske.

Unatoč velikom broju istraživanja koja su pokazala postojanje komorbidnosti i njene važnosti u razumijevanju dječje psihopatologije, malo je empirijskih istraživanja namijenjeno ispitivanju prirode i uzroka komorbidnosti kod mladih.

Istraživanja nedvojbeno ukazuju na visoku komorbidnost anksioznih i depresivnih poremećaja u djetinjstvu.

Kod mladih dijagnosticiranih sa depresivnim poremećajem najčešći komorbidni poremećaj u 20-75% slučajeva je neki oblik anksioznog poremećaja (Angold, 1993.; Kovacs, 1998.; prema Avenevoli, Stolar, Li, Dierker i Merikangas, 2001.). Razine komorbidnosti depresivnih poremećaja u djece i adolescenata s anksioznim poremećajima su općenito niže, i kreću se od 5-55% (Angold i sur., 1999.; prema Avenevoli, Stolar, Li, Dierker i Merikangas, 2001.). Lewinsohn i sur (1997.; prema Avenevoli, Stolar, Li, Dierker i Merikangas, 2001.) su pokazali da je veliki depresivni poremećaj značajno povezan s većinom subtipova anksioznog poremećaja, uključujući panični poremećaj, anksiozni poremećaj zbog separacije, poremećaj pretjerane anksioznosti, i sa socijalnom i jednostavnim fobijama, ali ne sa opsesivno-kompulzivnim poremećajem.

U pregledu 21 istraživanja na općoj populaciji od 11 do 69% anksioznih mladih osoba imalo je komorbidni depresivni poremećaj, dok je od 15-75% depresivnih mladih osoba imalo komorbidni anksiozni poremećaj (Angold i sur., 1999.; prema Chavira, Stein, Bailey i Stein, 2004.).

Visoke razine komorbidnosti i vremenski redoslijed pojavljivanja prvo anksioznih a zatim depresivnih poremećaja u većini istraživanja, potakli su interes za ulogu anksioznosti, kao faktora rizika za depresiju. Npr. u longitudinalnoj studiji Pinea i sur. (1998.; prema Chavira, Stein, Bailey i Stein, 2004.) poremećaj s pretjeranom anksioznošću kroz adolescenciju bio je povezan s povećanom vjerojatnošću pojavljivanja velikog depresivnog poremećaja u ranoj odrasloj dobi.

Većina podataka o redoslijedu pojavljivanja anksioznih i depresivnih poremećaja temelji se na retrospektivnim izvještajima o godini pojavljivanja odnosno o dobi ispitanika kada se pojavio određeni poremećaj (Kessler i Walters, 1998.), obiteljskim studijama (npr., Beidel i Turner, 1997.), i kliničkim studijama (Kovacs i sur., 1989.; sve prema Avenevoli, Stolar, Li, Dierker i Merikangas, 2001.).

Istraživanja pokazuju da se stanja komorbidna sa depresijom tipično pojavljuju prije depresije. Nekoliko je longitudinalnih studija pokazalo da anksioznost prethodi depresiji u više od 60% slučajeva kod osoba sa komorbidnim anksioznim i depresivnim poremećajem (Orvaschel, 1995.; Pine, 1998.; Reinherz, 1989.; Rohde, 1991.; prema Avenevoli, Stolar, Li, Dierker i Merikangas, 2001.). Jednostavna fobija, separacijska anksioznost, poremećaj pretjerane anksioznosti i socijalna fobija, svi prethode dijagnozi velikog depresivnog poremećaja. Međutim opsesivno-kompulzivni poremećaj i panični poremećaj mogu pratiti pojavu depresije (Lewinsohn, 2000.; Wittchen, 1999.; prema Avenevoli, Stolar, Li, Dierker i Merikangas, 2001.). Postoje i indikacije da distimični poremećaj češće prethodi nego prati pojavu anksioznosti (Lewinsohn i sur., 1997.; prema Avenevoli, Stolar, Li, Dierker i Merikangas, 2001.).

U longitudinalnom istraživanju Kovacs i sur. (1989.; prema Brady i Kendall, 1992.) na uzorku depresivne djece, djeci sa komorbidnim anksioznim poremećajem, u mladoj dobi dijagnosticirana je depresija, nego djeci bez komorbidnog anksioznog poremećaja. Također, anksiozni poremećaji javili su se prije prve depresivne epizode u 2/3 slučajeva. Kad su odvojili depresivne poremećaje na veliki depresivni poremećaj i distimični poremećaj, rezultati su pokazali da je vjerojatnost pojavljivanja anksioznosti prije velikog depresivnog poremećaja 6 puta veća nego prije pojavljivanja distimičnog poremećaja. U pola slučajeva ispitanika sa velikim depresivnim poremećajem, i samo 1/4 slučajeva ispitanika sa distimičnim poremećajem, anksiozni poremećaj se nije povukao nakon povlačenja depresivnog poremećaja.

Ovim istraživanjem potvrđena je povezanost anksioznosti i depresije. Utvrđena je veća povezanost ova dva fenomena na uzorku djece sa somatizacijskim simptomima. Više razine rezultata postignute na SKAN testu anksioznosti u odnosu na rezultate ostvarene na CDI upitniku, za obje skupine, mogle bi ukazivati na anksioznost kao faktor rizika za razvoj depresije. Ovakvi podaci imaju važne praktične implikacije, jer ako se depresija razvija iz anksioznosti, odnosno ako postojanje anksioznosti kod djece povećava vjerojatnost pojavljivanja depresivnih poremećaja, onda je od presudne važnosti što ranije identificiranje anksioznih poremećaja u djece kako bi se spriječilo pojavljivanje depresivnosti.

3. OGRANIČENJA I PRAKTIČNE IMPLIKACIJE OVOG ISTRAŽIVANJA

Ovim istraživanjem potvrdili smo povezanost somatizacijskih simptoma sa anksioznim i depresivnim simptomima. Međutim, nacrt samog istraživanja ne omogućuje nam zaključivanje o uzročno-posljedičnoj povezanosti ovih simptoma. Nažalost, ne znamo uzrokuju li anksioznost i depresivnost somatizacijske smetnje, ili su njihova popratna obilježja.

Nadalje, iako smo pokazali povezanost anksioznosti i depresivnosti, na temelju dobivenih podataka ne možemo zaključivati o prirodi te povezanosti; da li su anksioznost i depresivnost potpuno različiti i odvojeni fenomeni, ili su različite manifestacije jednog većeg zajedničkog konstrukta, te da li anksioznost prethodi i predstavlja faktor rizika za razvoj depresije. Veći broj simptoma anksioznosti dobivenih u objema skupinama ispitanika, u odnosu na broj depresivnih simptoma, te veći broj anksioznih i depresivnih simptoma dobivenih u skupini djece sa somatizacijskim smetnjama u odnosu na zdravu djecu, govore u prilog pretpostavci da anksioznost predstavlja faktor rizika za razvoj depresivnosti, ali ovakve je hipoteze potrebno adekvatno ispitati.

Drugo važno ograničenje ovog istraživanja je uključivanje samo ekstremnih skupina ispitanika. Skupina bolesne djece uključuje djecu koja su upućena kliničkom psihologu zbog somatskih smetnji, dok skupina zdrave djece uključuje samo onu djecu koja ne pate od nikakvih bolova. Zbog nepoznavanja uzroka bolova kod ispitivane školske djece koja su se na njih žalila, njihovi rezultati nisu uključeni u obradu podataka. Međutim, na taj način izbacili smo i rezultate zdrave djece čiji su bolovi samo posljedica razvoja ili nekih specifičnih okolnosti. Bilo bi

interesantno ispitati simptome anksioznosti i depresivnosti te djece, i utvrditi da li su i u kojoj mjeri njihove tegobe utjecale na pojavu anksioznosti i depresivnosti. Možemo pretpostaviti da bi uključivanje rezultata ove djece donekle promijenilo naše dobivene podatke, ali da ta razlika ne bi bila značajna, jer smo ovim istraživanjem pokazali jasnu razliku između zdrave djece i djece sa somatizacijskim smetnjama u s obzirom na učestalost anksioznih i depresivnih simptoma.

Jasna razlika u učestalosti ovih simptoma između zdrave i bolesne djece ukazuje na povezanost somatizacijskih smetnji sa anksioznim i depresivnim simptomima, iz čega proizlazi jasna praktična implikacija ovog istraživanja. Iako ne možemo govoriti o uzročno-posljedičnim vezama ovih tegoba, na osnovu njihove povezanosti možemo zaključiti da je kod djece koja pokazuju anksiozne i depresivne simptome veća vjerojatnost pojavljivanja somatizacijskih simptoma u odnosu na zdravu djecu. Isto tako djeca koja pate od anksioznih simptoma pod povećanim su rizikom razvoja depresivnih simptoma. Naravno, to ne znači da će anksiozna ili depresivna djeca obavezno razviti somatizacijske smetnje, niti da će se kod anksiozne djece obavezno pojaviti i depresivni simptomi. Ali zbog povećane vjerojatnosti pojavljivanja ovih simptoma, što ranija identifikacija djece sa anksioznim ili depresivnim simptomima, i pružanje djeci adekvatne pomoći, spriječila bi razvoj bolnih tjelesnih simptoma kod mnoge djece. Isto tako, rana identifikacija i terapijski pristup anksioznoj djeci smanjio bi učestalost pojavljivanja depresivnosti kod anksiozne djece. Nadalje, utvrdili smo dobru diskriminativnu valjanost upotrebe testova SKAN i CDI u razlikovanju zdrave djece od djece sa somatizacijskim smetnjama.

Stoga predlažemo upotrebu skale dječje anksioznosti SKAN i upitnika dječje depresivnosti CDI u osnovnim školama. Upotrebom ovih testova, školski psiholog mogao bi lakše uočiti djecu sa anksioznim ili depresivnim simptomima, kod kojih postoji povećana vjerojatnost razvoja somatizacijskih smetnji. Anksioznoj djeci pomoć bi se mogla pružiti na vrijeme, i tako kod velikog broja djece spriječiti razvoj dodatnih depresivnih ili bolnih tjelesnih simptoma. Ako se pri tome osvrnemo na podatak da neobjašnjeni tjelesni bolovi predstavljaju jedan od najčešćih problema u dječjoj dobi, jasna je važnost upotrebe testova anksioznosti i depresivnosti koji bi identificirali djecu pod povećanim rizikom razvoja ovih smetnji, kako bi se na vrijeme moglo spriječiti njihovo pojavljivanje.

VI. ZAKLJUČAK

Statističkom obradom dobivenih rezultata skupine zdrave djece i skupine djece sa somatizacijskim simptomima, dobili smo sljedeće rezultate:

3. Potvrđena je prva hipoteza. Kod skupine djece sa somatizacijskim simptomima postoji statistički značajno više anksioznih i depresivnih simptoma u odnosu na skupinu zdrave djece, ali se skupina bolesne djece ne može smatrati klinički depresivnom. Diskriminativnom analizom dobivena je jedna statistički značajna diskriminativna funkcija. Utvrđeno je da SKAN test bolje razlikuje dvije skupine ispitanika. Diskriminativna analiza pokazuje da je vjerojatnost točne klasifikacije ispitanika u skupinu zdrave djece ili djece sa somatizacijskim simptomima, s obzirom na ostvarene rezultate na testovima SKAN I CDI 75.2%, što je znatno više od klasifikacije po slučaju.
4. Potvrđena je i druga hipoteza. Postoji statistički značajna povezanost rezultata na testovima SKAN i CDI i za skupinu zdrave djece i za skupinu djece sa somatizacijskim smetnjama. Povezanost je veća kod skupine bolesne djece.

VII. LITERATURA

Albano, A.M., Causey, D., & Carter, B.D. (2001). Fear and Anxiety in Children. In Walker, C.E. & Roberts, M.C. (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology* (pp.291-312). New York: John Wiley and sons.

Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L., & Merikangas, K.R. (2001). Comorbidity of Depression in Children and Adolescents: Models and Evidence from a Prospective High-Risk Family Study. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1071-1081.

Barrios, B.A., & O'Dell, S.L. (1989). Fears and Anxieties. In Mash, E.J. & Barkley, R.A. (Eds.), *Treatment of Childhood Disorders* (pp.168-206). New York: The Guilford Press.

Beck-Dvoržak, M., i Grubić, M. (2000). Medicinska psihologija djeteta. U Mardešić, D. (Ur.), *Pedijatrija* (str.47-66). Zagreb: Školska knjiga.

Brady, E.U., & Kendall, P.C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111(2), 244-255.

Breslau, N., Schultz, L., & Peterson, E. (1995). Sex Differences in Depression: a Role for Preexisting Anxiety. *Psychiatry Research*, 58(1), 1-12.

Caser, H. (1997). Anksioznost, depresivnost, percipirana kompetentnost i lokus kontrole kod zdrave djece i djece s psihijatrijskim poremećajima. Diplomski rad. Rijeka: Pedagoški fakultet.

Chavira, D.A., Stein, M.B., Bailey, K., & Stein, M.T. (2004). Comorbidity of Generalized Social Anxiety Disorder and Depression in a Pediatric Primary Care Sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(2/3), 163-171.

Davidson, G.C., & Neale, J.M. (1999). Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap.

DSM-IV. (1996). Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Garalda, M.E. (1996). Somatization in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(1), 13-33.

Gilbert, P. (1992). Depression: The Evolution of Powerlessness. New York, London: The Guilford Press.

Grubić, M. (1993). Psihološki aspekti recidivnih bolova u trbuhu djece školske dobi. Magistarski rad. Zagreb: Medicinski fakultet.

- Kazdin, A.E. (1989). Childhood Depression. In Mash, E.J. & Barkley, R.A. (Eds.), *Treatment of Childhood Disorders* (pp.135-167). New York: The Guilford Press.
- Logue, M.B. (2001). Emotional Problems of Adolescents. In Walker, C.E. & Roberts, M.C. (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology* (pp.638-656). New York: John Wiley and sons.
- 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.
- Milling, L.S. (2001). Depression in Preadolescents. In Walker, C.E. & Roberts, M.C. (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology* (pp.373-390). New York: John Wiley and sons.
- Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J.S. (1994). The Emergence of Differences in Depression During Adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424-443.
- Papalia, D.E., & Olds, S.W. (1995). *Human Development*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Sainz de la Maza, T.V., Bou, H.S., Ruano, C.E., Garcia, G., Rieradevall, M.E., Diez, A.J.A., & Cubells, L.C. (2003). Somatization Symptoms. An Emerging Pediatric Entity. *An Pediatr (Barc)*, 58(1), 34-38.
- Sheras, P.L. (2001). Depression and Suicide in Adolescence. In Walker, C.E. & Roberts, M.C. (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology* (pp.657-672). New York: John Wiley and sons.
- Smith M.S., Martin-Hertz, S.P., Womack, W.M., & Marsigan, J.L. (2003). Comparative Study of Anxiety, Depression, Somatization, Functional Disability, and Illness Attribution in Adolescents with Chronic Fatigue Migraine, *Pediatrics*, 111(4 Pt 1), 376-381.
- Twenge, J.M., & 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*, 114(4), 578-588.
- Vulić-Prtorić, A. (2000). Somatizacija i kvaliteta obiteljskih interakcija kod djece i adolescenata. *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 30(1/2), 21-31.
- Vulić-Prtorić, A. (1999). Somatski simptomi anksioznosti kod djece. *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 38(15), 79-96.
- Vulić-Prtorić, A. (2001). Suočavanje sa stresom i depresivnost u djece i adolescenata. *Suvremena psihologija*, 4(1/2), 25-39.
- Vulić-Prtorić, A., & Macuka, L. (2004). Anksioznost i depresivnost – fenomenologija komorbidnosti. *Suvremena psihologija*, 7(1)
- Wenar, C. (2002). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dječje dobi do adolescencije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Zwaigenbaum, L., Szatmari, P., Boyle, M.H., & Offord, D.R. (1999). Highly Somatizing Young Adolescents and the Risk of Depression. *Pediatrics*, *103*(6), 1203-1209.

VIII. PRILOG

PRILOG br.1

SKAN – Ž

Ime i prezime: _____

U sljedećim tvrdnjama govori se o onome što djeca osjećaju, misle ili čine. Pročitaj svaku rečenicu i odluči odnosi li se ona na tebe ili se ne odnosi na tebe.

Ako se odnosi na tebe zaokruži slovo T – točno, a ako se ne odnosi na tebe zaokruži slovo N – netočno.

Primjer:

Mislim da sam dobra sportašica. T N

Pročitaj pažljivo svaku tvrdnju koja slijedi i zaokruži T ili N.

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Nervozna sam kad razgovaram s osobom koju ne poznajem dobro. | T | N |
| 2. Dok odgovaram za ocjenu srce mi jako lupa. | T | N |
| 3. Budim se po noći i ne mogu poslije zaspati. | T | N |
| 4. Plašim se da bi me druga djeca mogla ismijati. | T | N |
| 5. Vjerujem da će mi se dogoditi nešto strašno. | T | N |
| 6. Plašim se ući u mračnu prostoriju. | T | N |
| 7. Nervoznija sam od većine druge djece. | T | N |
| 8. Zabrinuta sam kad imam test u školi. | T | N |
| 9. Nekih misli se jednostavno ne mogu osloboditi. | T | N |
| 10. Lako me je omesti dok nešto radim. | T | N |
| 11. Kad odgovaram za ocjenu, ruke mi se znoje ili podrhtavaju. | T | N |
| 12. Strah me je reakcija roditelja na loše ocjene. | T | N |
| 13. Neugodno mi je kada razgovaram sa starijima. | T | N |

14. Neki nastavnici mi tjeraju strah u kosti.	T	N
15. Navečer teško zaspim.	T	N
16. Kad me nastavnik prozove, ne mogu se sjetiti nečega što sam ranije znala.	T	N
17. Ponekad ne mogu učiti jer neprestano mislim na to kako će me nastavnik pitati.	T	N
18. Najradije bih pobjegla kad nastavnik počne ispitivati.	T	N
19. Smeta me kad me netko gleda dok radim.	T	N
20. Mislim da bih više učila i bolje znala kada u školi ne bi bilo ocjena.	T	N
21. Vjerujem da se ostala djeca boje ispitivanja u školi manje od mene.	T	N
22. Plašim se da ću oboljeti od neke teške, neizlječive bolesti.	T	N
23. Kad odgovaram pred razredom, glas mi podrhtava.	T	N
24. Opterećuje me misao da moram imati visoke ocjene u školi.	T	N
25. Često mi je mučno prije odlaska u školu.	T	N
26. Čini mi se da ostali prave budalu od mene.	T	N
27. Lako se uznemirim bez razloga.	T	N

Ukupan rezultat: _____

PRILOG br.2

CDI – M

Ime i prezime: _____

Djeca ponekad imaju različite osjećaje i misli. U ovom upitniku osjećaji i misli napisani su u grupama. U svakoj grupi izaberi onu rečenicu koja najbolje opisuje tvoje misli i osjećaje. Nakon što si izabrao rečenicu iz prve grupe, prijeđi na drugu grupu.

Ovdje nema točnih i netočnih odgovora. Samo izaberi onu rečenicu koja najbolje opisuje kako se ti osjećaš. Stavi ovakav znak X pored svog odgovora. Ovu oznaku stavi na praznu crtu pored rečenice koju si izabrao.

Evo jednog primjera kako to treba napraviti. Pokušaj. Stavi znak pored rečenice koja tebe najbolje opisuje.

Primjer:

- _____ Često čitam knjige.
- _____ Ponekad čitam knjige.
- _____ Nikad ne čitam knjige.

1. _____ Ponekad sam tužan.
_____ Često sam tužan.
_____ Stalno sam tužan.
2. _____ Nikad mi se neće događati dobre stvari.
_____ Nisam siguran da li će mi se događati dobre stvari.
_____ Siguran sam da će mi se događati dobre stvari.
3. _____ Većinu stvari radim dobro.
_____ Mnoge stvari radim krivo.
_____ Sve radim krivo.
4. _____ Mnoge me stvari zabavljaju.
_____ Poneke me stvari zabavljaju.
_____ Ništa me ne zabavlja.
5. _____ Nikad nisam dobar.
_____ Često nisam dobar.
_____ Uglavnom sam dobar.
6. _____ Rijetko razmišljam o tome da bi mi se mogle dogoditi loše stvari.
_____ Brinem se da će mi se dogoditi loše stvari.
_____ Siguran sam da će mi se dogoditi loše stvari.

7. Mrzim sebe.
 Ne volim sebe.
 Volim sebe.
8. Sam sam kriv za sve loše što mi se događa.
 Često sam kriv kad mi se događa nešto loše.
 Obično nisam kriv kad mi se događa nešto loše.
9. Ne razmišljam o tome da se ubijem.
 Razmišljam o tome da se ubijem, ali ne bih to učinio.
 Želim se ubiti.
10. Svaki dan mi se plače.
 Često mi se plače.
 Ponekad mi se plače.
11. Stalno sam uznemiren.
 Često sam uznemiren.
 Ponekad sam uznemiren.
12. Volim biti među ljudima.
 Često ne volim biti među ljudima.
 Nikad ne volim biti među ljudima.
13. Nikad ne mogu donijeti nikakvu odluku.
 Teško donosim bilo kakvu odluku.
 Lako donosim odluke o svemu.
14. Dobro izgledam.
 Neke mi se stvari na mom izgledu ne sviđaju.
 Užasno izgledam.
15. Stalno se moram prisiljavati na rad u školi.
 Često se moram prisiljavati na rad u školi.
 Rad u školi mi ne predstavlja veliki problem.
16. Svaku noć teško zaspim.
 Često teško zaspim.
 Prilično dobro spavam.
17. Ponekad sam umoran.
 Često sam umoran.
 Stalno sam umoran.

18. Najčešće nemam volju za jelom.
 Ponekad nemam volju za jelom.
 Prilično dobro jedem.
19. Uopće ne brinem o svojim bolovima i bolestima.
 Često brinem o svojim bolovima i bolestima.
 Stalno brinem o svojim bolovima i bolestima.
20. Ne osjećam se osamljeno.
 Često se osjećam osamljeno.
 Stalno se osjećam osamljeno.
21. Nikad mi nije zabavno u školi.
 Ponekad mi je zabavno u školi.
 Često mi je zabavno u školi.
22. Imam puno prijatelja.
 Imam nekoliko prijatelj, ali bih htio da imam više.
 Nemam niti jednog prijatelja.
23. Zadovoljan sam svojim školskim uspjehom.
 Nisam tako dobar učenik kao što sam bio prije.
 Postižem loš uspjeh u predmetima u kojima sam prije bio dobar.
24. Nikad ne mogu biti dobar kao ostala djeca.
 Mogao bih biti dobar kao i ostala djeca kad bih to htio.
 Jednako sam dobar kao i druga djeca.
25. Nitko me zaista ne voli.
 Nisam sigurna da me netko voli.
 Siguran sam da me netko voli.
26. Obično napravim ono što mi se kaže.
 Najčešće ne napravim ono što mi se kaže.
 Nikad ne napravim ono što mi se kaže.
27. Uglavnom se dobro slažem s drugima.
 Često se svađam i tučem.
 Stalno se svađam i tučem.

HVALA!

Ukupan rezultat: _____

PRILOG br.3

UPITNIK SOMATIZACIJSKIH SMETNJI

Kako često ti se dogodi da imaš neke od navedenih bolova:

- a) boli me glava
_____ nikad
_____ rijetko
_____ često
- b) boli me trbuh
_____ nikad
_____ rijetko
_____ često
- c) boli me oko srca
_____ nikad
_____ rijetko
_____ često
- d) vrti mi se u glavi
_____ nikad
_____ rijetko
_____ često
- e) bole me ruke ili noge
_____ nikad
_____ rijetko
_____ često
- f) slabo mi je kao da ću pasti u nesvijest
_____ nikad
_____ rijetko
_____ često
- g) teško mi je udahnuti
_____ nikad
_____ rijetko
_____ često

Jesi li ikada bio na pregledu kod psihologa ili dječjeg psihijatra?

- _____ da
_____ ne
_____ nisam siguran

Koliko imaš godina? _____

PRILOG br.4

Tablica 3. Deskriptivni statistički podaci dobiveni na rezultatima 3 skupine ispitanika, ostvarenim na SKAN upitniku i CDI upitniku

		M	SD	N	ostvareni raspon rezultata	moгуći raspon rezultata
ZDRAVI	SKAN	6.823	3.751	79	20 (0-19)	27
	CDI	5.810	3.807		22 (0-21)	54
BOLESNI	SKAN	11.400	5.059	50	19 (3-21)	27
	CDI	9.680	5.923		28 (2-29)	54
3.SKUPINA	SKAN	11.558	4.272	52	21 (4-24)	27
	CDI	10.885	6.311		29 (2-30)	54
UKUPNO	SKAN	9.448	4.859	181	25 (0-24)	27
	CDI	8.823	5.754		31 (0-30)	54

LEGENDA:

1. ZDRAVI – skupina zdrave djece
2. BOLESNI – skupina bolesne djece
3. 3. SKUPINA – skupina djece sa somatskim bolovima čiji uzrok nije ispitan
4. UKUPNO – podaci dobiveni na rezultatima ukupnog broja ispitanika
5. M – aritmetička sredina rezultata u pojedinim skupinama
6. SD – standardna devijacija rezultata za pojedine skupine
7. N – broj ispitanika u pojedinim skupinama
8. OSTVARENI RASPON REZULTATA – ostvareni raspon rezultata na testovima SKAN i CDI za pojedinu skupinu ispitanika
9. MOGUĆI RASPON REZULTATA – mogući raspon rezultata na testovima SKAN i CDI za pojedinu skupinu ispitanika