

## SOMATSKI SIMPTOMI ANKSIOZNOSTI KOD DJECE

ANITA VULIĆ-PRTORIĆ  
Filozofski fakultet u Zadru  
*Faculty of Philosophy in Zadar*

UDK/UDC: 159.922.7:159.942  
Izvorni znanstveni članak  
*Original scientific paper*

Primljeno  
: 1999-11-22  
*Received*

U radu je prikazana skala somatskih simptoma anksioznosti. Psihometrijske karakteristike dobivene u uzorku od 280 ispitanika (učenika od 5. do 8. razreda) ukazuju da se radi o pouzdanom mjernom instrumentu.

Prema dobivenim rezultatima djevojčice općenito pokazuju veću fiziološku osjetljivost, te u različitim situacijama (separacije, socijalne evaluacije, ispitnim situacijama i dr.) imaju više somatskih simptoma od dječaka.

Predlaže se razmatranje ispitivanog konstrukta kao zasebne kategorije poremećaja kod djece i adolescenata ekvivalentne kategoriji *Somatizacije* kod odraslih u DSM-IV klasifikaciji.

S obzirom na način suočavanja sa stresnim situacijama djeca koja imaju somatske simptome uslijed zdravstvenih problema ne razlikuju se po frekvenciji korištenja određenih strategija suočavanja od djece koja imaju psihološki uzrokovane somatske simptome.

**KLJUČNE RIJEČI:** somatski simptomi anksioznosti kod djece, anksiozna osjetljivost, strategije suočavanja sa stresom

### *Uvod*

Anksioznost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajem neugode, nemira i napetosti te anticipacijom moguće opasnosti i prijetnje. S obzirom na

načine manifestiranja anksioznost predstavlja jedan od najkompleksnijih psiholoških fenomena. Trajanje, intenzitet i broj simptoma anksioznosti određuju opisivanje kontinuuma anksioznosti od pojedinačnih simptoma, preko sindroma do anksioznih poremećaja. Simptomi anksioznosti obično se grupiraju u 4 glavna područja: somatski, emocionalni, kognitivni i bihevioralni. Premda su simptomi iz ove 4 grupe prisutni u većoj ili manjoj mjeri i kod ostalih emocionalnih stanja, samo su kod anksioznosti simptomi istovremeno prisutni na sva četiri plana, a somatske promjene i njihovo svjesno doživljavanje su njen sastavni dio. U Tablici 1. navedeni su najčešći simptomi anksioznosti koji se javljaju na somatskom planu.

Tablica 1. *Somatski simptomi anksioznosti*

• 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, drhtavica, mišićni grčevi
• gastrointestinalni	• dijareja, mučnina, abdominalna bol
• ostali simptomi	• glavobolja, bolovi u prsima, insomnia, noćne more, vrtoglavica, osjećaj nesvjestice, učestalo mokrenje, zamorljivost

Tvrđnje u kojima se opisuju somatski simptomi sastavni su dio gotovo svih skala anksioznosti. Kao mjere somatskih simptoma kod djece i adolescenata najčešće se koriste slijedeće skale: Fiziološka subskala upitnika anksioznosti ARC-R (Anxiety Rating for Children-Revised, Bernstein i sur. 1996) koja obuhvaća 6 grupa simptoma: gastrointestinalne, mišićne, senzorne, kardiovaskularne, respiratorne i autonomne; subskala somatskih simptoma CBCL (Child Behavior Checklist, Achenbach, 1991, prema Achenbach i McConaughy, 1997) koja obuhvaća 9 simptoma: osjećaj vrtoglavice, prekomjerni umor, bolove, glavobolju, mučninu, probleme s vidom, promjene na koži, bolove u trbuhu ili grčeve i povraćanje; subskala somatskih simptoma u skali manifestne anksioznosti RCMAS autora Reynolds a i Richmonda (1978, prema Martin, 1988) u kojoj su opisani somatski simptomi poput umora, znojenja, gastrointestinalnih problema, problema sa spavanjem i sl.

U novije vrijeme skale somatskih simptoma uključuju i subjektivne doživljaje na kognitivnom i afektivnom planu koji prate fiziološke promjene:

npr. mišićna napetost praćena je osjećajem neugode, slabosti i nesigurnosti; ubrzano kucanje srca je često prvi znak straha da će se izgubiti kontrola ili da će se onesvijestiti. Taylor (1995a, 1995b) smatra da je upravo strah koji se javi nakon somatskih simptoma ili anksiozna osjetljivost presudan za razvoj anksioznosti. Anksiozna senzitivnost predstavlja strah da će promjene povezane sa anksioznosti, poput lupanja srca, drhtanja ili derealizacije imati negativne socijalne, psihološke ili tjelesne posljedice. Autorica Wendy Silverman konstruirala je skalu anksiozne senzitivnosti za djecu - CASI (Childhood Anxiety Sensitivity Index, Silverman i sur., 1991) koja ispituje strahove od 18 različitih simptoma anksioznosti. Uz ovu skalu autorica preporuča korištenje i skale specifičnih somatskih simptoma koji su navedeni u CASI, a koju je nazvala CAFC (Child Anxiety Frequency Checklist, Silverman i sur., 1991). Ova skala mjeri frekvenciju pojavljivanja 8 somatskih simptoma: brzo lupanje srca, drhtavicu, nervoznost, osjećaj nesvjestice, teškoća u hvatanju daha, neobične tjelesne senzacije, teškoće u koncentraciji i dijareju.

U većini empirijskih istraživanja anksioznosti kod djece izdvaja se faktor koji opisuje aspekte anksioznosti u obliku afektivno-fiziološkog uzbuđenja, a njegova korelacija s ostalim aspektima anksioznosti, npr. kognitivnim, ukazuje da se radi o jedinstvenom, jasno prepoznatljivom konstrukt (Pearsonovi koeficijenti korelacije od 0.55 do 0.75, prema Schwarzer, 1984). Achenbach i McConaughy (1997) izdvajaju sindrom *somatskih pritužbi* (*Somatic Complaints Syndrome*) u zasebni klaster simptoma smatrajući da se radi o sindromu koji ustvari opisuje dijagnostičku kategoriju somatizacije iz DSM-IV klasifikacije (1996). Bitno obilježje somatizacije su tjelesne ili somatske pritužbe bez nekog vidljivog organskog nalaza koji bi objasnio te pritužbe ili bez nekog poznatog fiziološkog mehanizma koji bi objasnio nalaze. Također postoji pretpostavka da su s njima povezani psihološki čimbenici ili nesvjesni konflikti koji objašnjavaju prisutan sindrom. U DSM-IV klasifikaciji ovaj sindrom se ne nalazi na popisu *poremećaja koji se prvi put javljaju u dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji*, već su ti simptomi opisani u popisu simptoma za separacijsku anksioznost. Međutim, kako Achenbach i McConaughy (1997) napominju, zbog učestalosti ovih simptoma i kod mlađe djece, te značajne izdvojenosti klastera ovih simptoma u empirijskim istraživanjima, somatski simptomi zaslužuju veću pažnju kliničara i istraživača.

Etiologija i razvoj anksiozne simptomatologije do danas se pokušala objasniti u kontekstu utjecaja različitih stresnih događaja i načina suočavanja osobe s tim stresnim događajima. Metodološke teškoće i nekonzistentnost rezultata u istraživanjima životnih događaja u razvoju psihopatologije u djetinjstvu i mladosti, usmjerilo je istraživače u ispitivanje specifičnih

mehanizama suočavanja sa stresnim životnim događajima i njihove povezanosti sa simptomima anksioznosti. Strategije suočavanja imaju za cilj ublažavanje napetosti i nelagode u stresnim situacijama, te simptoma anksioznosti kao dugotrajnijih posljedica. Sposobnost generiranja različitih alternativnih solucija u stresnim događajima pokazala se značajno povezanom s emocionalnim i bihevioralnim problemima djece i adolescenata (Compas i sur., 1988). Pri tome se suočavanje promatra i kao rizični i kao protektivni faktor u razvoju ovih problema, tj. kao varijabla medijator između stresnih situacija i psiholoških simptoma. Efikasno suočavanje može umanjiti negativne efekte stresa, dok neučinkovito suočavanje može pogoršati efekte stresa na prilagodbu (Herman-Stahl i sur., 1995). Anksiozna djeca u većoj mjeri koriste upravo ove nedjelotvorne ili kako ih neki autori nazivaju nezrele i neurotske stilove suočavanja koji još više pojačavaju simptome anksioznosti. Na žalost, u literaturi se ne nalaze informacije o povezanosti specifičnih simptoma anksioznosti (poput somatskih) i odabira određenih strategija suočavanja sa stresom. U tom smislu mnogo je više podataka o načinu suočavanja sa somatskim problemima uslijed različitih bolesti ili medicinskih intervencija (Vulić-Prtorić, 1998a). Istraživanja u kojima se istražuje koncept suočavanja kod djece i adolescenata koja boluju od kroničnih i akutnih bolesti (Sharrer i Ryan-Wenger, 1991; Peterson, 1989; Spirito i sur., 1994; Spirito i sur., 1995) upućuju na značajne sličnosti u dobivenim rezultatima: aktivno suočavanje je uglavnom povezano s nižom razinom anksioznosti i općeg distresa u vrijeme i nakon hospitalizacije, značajno pozitivno utječe na brzinu postoperativnog oporavka i veću toleranciju na bol, te na osjećaj kontrole nad situacijom. Sherrer i Ryan-Wenger (1991) su ispitivale oblike suočavanja kod djece s abdominalnim simptomima i ustanovile da kako se povećava broj percipiranih stresora, povećava se i broj strategija suočavanja. U odnosu na zdravu djecu, grupa bolesne djece češće koriste strategije izoliranja i traženja socijalne podrške, a u 50% slučajeva smatraju distrakciju gledanjem TV efikasnom u odnosu na samo 7% zdrave djece.

U okviru kliničke i zdravstvene psihologije znanja iz ovog područja predstavljaju značajne smjernice za odabir terapijskih tehnika i intervencija za pripremu i pomoć djeci u suočavanju sa somatskim problemima.

Ovo istraživanje provedeno je s ciljem da se utvrdi struktura somatske anksioznosti kod djece, psihometrijske karakteristike instrumenta za mjerenje ovog konstrukta te ispita njegov odnos s nekim relevantnim varijablama (zdravstvenim statusom ispitanika i oblicima suočavanja sa stresom). Posebno se značajnim činilo usporediti frekvenciju korištenja određenih strategija suočavanja kada se radi o somatskim simptomima uzrokovanim anksioznosti i somatskim simptomima uzrokovanim bolešću.

## *Metodologija*

### *Ispitanici*

Ispitivanje je provedeno na uzorku od 330 učenika od petog do osmog razreda osnovne škole u Zadru (163 djevojčice i 167 dječaka) u dobi od 11 do 17 godina ( $M=13.06$ ,  $SD=1.14$ ).

U ovom radu prezentirani su rezultati dobiveni iz dvije skale (skale koja mjeri somatsku preosjetljivost i skale suočavanja sa stresom) te upitnika kojim su prikupljeni osnovni demografski podaci o ispitanicima.

### *Instrumentarij*

Upitnikom osnovnih podataka o ispitaniku prikupljane su informacije o spolu, dobi, školskom uspjehu, obiteljskoj situaciji i sl. Za ovo istraživanje upotrebljeni su podaci koji se odnose na zdravstveno stanje učenika. Svaki učenik dobio je uputu da zaokruživanjem odgovora DA ili NE odgovori na dva pitanja: *Imaš li često zdravstvenih problema? Ideš li često liječniku (više od jednom mjesečno)?* Ako je učenik odgovorio potvrdno na drugo pitanje zatraženo je da napiše zbog čega ide često liječniku.

Skala somatske anksioznosti (SOMA) sastoji se od 22 tvrdnje koje opisuju fiziološke reakcije koje se javljaju u različitim situacijama (socijalne evaluacije, separacije, ispitne situacije i sl.), te anksiozne senzitivnosti ili osjetljivosti u obliku straha od javljanja anksioznih i tjelesnih simptoma anksioznosti zbog predimenzioniranja njihovih somatskih, psiholoških i socijalnih posljedica. Skala je konstruirana na temelju rezultata istraživanja na ovom području, te postojećih tvrdnji u skalama koje se najčešće koriste za istraživanje ovog konstrukta. Većina tvrdnji preuzeta je iz sljedećih skala: subskale fiziološke anksioznosti iz skale manifestne anksioznosti za djecu Reynoldsa i Richmonda-RCMAS (1985, prema Boyd i Gullone, 1997); subskale somatskih simptoma iz polustrukturiranog intervjua za mjerenje anksioznosti ARC-R autorice Bernstein i suradnika (1996) i skale anksiozne osjetljivosti CASI autorice Wendy Silverman (1991). Za svaku tvrdnju ponuđen je odgovor u obliku skale Likertova tipa od 5 stupnjeva pomoću koje ispitanik izražava koliko je ponašanje opisano u tvrdnji relevantno za njega: od 1 = ni malo, uopće se ne slažem, do 5 = da, potpuno se slažem.

Skala suočavanja sa stresom za djecu - SUO (Vulić-Prtorić, 1998b) sastoji se od 58 tvrdnji koje opisuju različite strategije koje djeca koriste u situacijama kada imaju nekih zdravstvenih problema. Nakon što pročita svaku tvrdnju ispitanik treba odgovoriti na skali Likertova tipa (od 0 do 3) na pitanje:

*Koliko često to radiš?* (Subskala frekvencije: 0 = nikad to ne radim, 1 = ponekad, 2 = često, 3 = skoro uvijek). Ispitivanjem se dobiva informacija o frekvenciji korištenja pojedinih strategija. Skala SUO sastavljena je od 7 subskala:

- \* prva subskala nazvana je RJEŠAVANJE PROBLEMA (RP) jer je saturirana česticama čiji sadržaj opisuje različita razmišljanja i ponašanja djece usmjerena na to kako da riješe problem s kojim se suočavaju;
- \* druga subskala nazvana je EMOCIONALNE REAKCIJE (ER) i uglavnom opisuje različite načine "pražnjenja" i iskazivanja ljutnje;
- \* treća subskala je IZBJEGAVANJE (IZB) i predstavlja sve one *kognitivne* napore da se izbjegne misliti na stresnu situaciju (maštanje, zamišljanje, sanjarenje i sl.);
- \* četvrta subskala - DISTRAKCIJA (DIS) uključuje tvrdnje koje opisuju sve one *bihavioralne* napore da bi se na neki način omelo razmišljanje o problemnoj situaciji (zabava, igra, i sl.);
- \* peta subskala sadrži tvrdnje koje se odnose na traženje SOCIJALNE PODRŠKE OD PRIJATELJA (SPP);
- \* šesta na traženje SOCIJALNE PODRŠKE OD RODITELJA (SPR);
- \* sedma subskala je KOGNITIVNO RESTRUKTURIRANJE (KR) i opisuje razmišljanje o stresnoj situaciji na drugačiji, optimističniji način.

Za svaku subskalnu je izračunata pouzdanost tipa unutrašnje konzistencije (Cronbach alfa) koji se kreću od 0.88 za skalu *Rješavanje problema* do 0.76 za skalu *Socijalna podrška - roditelji*. Kako su u većini dosadašnjih istraživanja na različitim skalama suočavanja sa stresom (Vulić-Prtorić 1997, 1998c) dobiveni uglavnom niži koeficijenti unutrašnje pouzdanosti, može se zaključiti da skala SUO u ovom obliku predstavlja pouzdanu mjeru ispitivanog konstrukta te da se kao takva može koristiti i u ovom istraživanju.

### *Postupak*

Upitnici su primjenjeni grupno u vrijeme održavanja redovite nastave, a u sklopu jednog šireg istraživanja. Upitnike su primjenili psiholog škole i apsolvant psihologije. Prije primjene upitnika svim je ispitanicima objašnjen cilj ispitivanja, a zatim im je dana uputa o načinu popunjavanja upitnika. Zadatak ispitanika bio je da pošto pročitaju svaku tvrdnju zaokruže odgovarajući broj s desne strane ispod odgovora koji su odabrali.

### *Rezultati i diskusija*

Iz statističke obrade rezultata izuzeti su oni upitnici koji nisu pravilno ispunjeni, tj. u kojima je učenik izostavio odgovore na veći broj tvrdnji, u kojima su učenici davali besmislene odgovore, npr. zaokruženi svi odgovori 1 ili 5, ili u kojima nije odgovoreno na tvrdnje na cijeloj stranici i sl. Na taj način u obradu rezultata uvršteni su rezultati iz 280 upitnika za mjerenje anksioznosti i 291 za suočavanje sa stresom.

#### *Skala somatske anksioznosti (SOMA)*

U svrhu utvrđivanja faktorske strukture i pouzdanosti primjenjene skale provedena je faktorska analiza i analiza čestica. Konačni rezultati provedenih analiza nalaze se u Tablicama 2. i 3.

U faktorskoj analizi rezultata na *Skali somatske anksioznosti* korištena je metoda zajedničkih faktora. Naime, Fulgosi i Kulenović (1986) i Fulgosi (1996) napominju da se analiza na glavne komponente obično koristi kao metoda redukcije podataka, dok se analiza na zajedničke faktore preferira kada je cilj analize utvrđivanje strukture nekog konstrukta.

Faktorskom analizom rezultata (metoda zajedničkih faktora) utvrđeno je da skala somatske anksioznosti ima jednofaktorsku strukturu (Guttman-Kaiserov kriterij ekstrakcije faktora s karakterističnim korijenom većim od 1). Ekstrahirani faktor objašnjava 26% zajedničke varijance (Tablica 2). Sve čestice imaju zadovoljavajuće faktorsko zasićenje i korelaciju s ukupnim rezultatom u skali (veće od 0.35), a cjelokupna skala od 22 čestice ima zadovoljavajuću pouzdanost - koeficijent Cronbach alfa iznosi 0.879 (Tablica 3).

U ovom istraživanju, na faktoru somatske anksioznosti visoka faktorska zasićenja imaju i čestice koje pripadaju kognitivnoj dimenziji u vidu anksiozne osjetljivosti (Tablica 2), a koje se nalaze pod rednim brojem 1., 2., 7., 10., 15., 17. i 20. Kognitivna interpretacija somatskih simptoma zajedno s tim simptomima opisuje dvije sastavne komponente kategorije *somatske anksioznosti*. U svrhu dobivanja jasnijeg uvida u prirodu ovog konstrukta provjeren je stupanj povezanosti koji postoji između ove dvije komponente. *Skala somatskih simptoma anksioznosti SOMA* podijeljena je u dvije subskale tako da su prvu subskalu činile čestice kognitivne komponente, tj. anksiozne osjetljivosti (7 naprijed navedenih čestica), a drugu subskalu ostalih 15 čestica koje opisuju somatske simptome anksioznosti. U ovom radu je između ove dvije komponente somatske anksioznosti utvrđena značajna korelacija (Pearsonov koeficijent korelacije =0.63,  $p < 0.05$ ). Dobiveni rezultati u skladu

su s rezultatima dosadašnjih istraživanja koji ukazuju da se radi o dvije komponente koje nisu ortogonalne i među kojima se u pravilu dobiva visoka korelacija. Premda razlikovanje ove dvije komponente ima značajne implikacije za odabir terapijskih intervencija, statistički pokazatelji u ovom istraživanju ne daju opravdanje za odvojenu analizu ove dvije komponente. U tom smislu od veće važnosti za opću procjenu somatske anksioznosti kod djece može biti ukupni rezultat koji ispitanik postiže na ovoj skali, dok je za kliničku dijagnostiku i tretman važnije znati konkretno o kojim se simptomima radi te interpretacija kojih simptoma pridonosi intenzivnijem doživljavanju anksioznosti.

Analiza simptoma u ovom istraživanju izvršena je i s obzirom na kliničku specifičnost i kliničku relevantnost. *Klinička specifičnost* pojedinog simptoma u subskali određuje se pomoću faktorskog zasićenja čestice koja opisuje taj simptom, njenim komunalitetom i koeficijentom korelacije s ukupnim rezultatom na skali (Tablica 2). Prema statističkim pokazateljima specifični somatski simptomi opisani su u tvrdnjama pod rednim brojem 2., 6., 9., 22. Navedene čestice imaju visoka faktorska zasićenja, komunalitete i korelacije čestica s ukupnim rezultatom na skali. U ovom uzorku radi se o simptomima koji pripadaju grupi gastrointestinalnih smetnji - napetost u želucu, povraćanje, nemir u stomaku i sl. Ovaj nalaz je posebno važan jer su upravo glavobolje i trbololje najčešći somatski simptomi anksioznosti kod mlade djece, a nisu uvršteni u popis somatskih simptoma u DSM-IV klasifikaciji.

*Klinička značajnost ili relevantnost* nekog rezultata znači da se radi o značajno povišenom rezultatu na skali samoprocjene, koji ukazuje na povećani rizik za anksiozni poremećaj. Kako je ovaj rezultat uglavnom empirijski definiran i predstavlja arbitramo određenje *kritičnog rezultata (cutoff score)*, ne može se niti u kojem slučaju smatrati dovoljnim za donošenje bilo kakve dijagnoze ili prognoze budućeg ponašanja, već samo ukazivati da su djeca koja postižu ovaj rezultat u povećanom riziku i zahtijevaju punu pažnju kliničara.

U istraživanjima se danas uglavnom koriste 2 kriterija za određivanje kritičnog rezultata: rezultat koji se nalazi na ili iznad 90. centila (Živčić, 1992; Puura, 1997), ili je to rezultat koji predstavlja jednu standardnu devijaciju iznad aritmetičke sredine ( $M+1SD$ ) (Nolen-Hoeksema i sur., 1992; Nelson i sur., 1987). Autori navode da je kriterij jedne standardne devijacije najpouzdaniji u određivanju donje granice ozbiljno anksiozne djece. S obzirom na dosadašnje rezultate odlučeno je da se kriterij ( $M+1SD$ ) koristi u ovom istraživanju.

Tablica 2. *Rezultati faktorske analize čestica Skale somatske anksioznosti*

R.b.	TVRDNJE	faktorska zasićenja	h <sup>2</sup>
1.	Kada osjetim da mi srce ubrzano kuca zabrinem se da bih mogao doživjeti srčani udar	0.444	0.197
2.	Kada osjetim nemir u stomaku zabrinem se da bih mogao biti ozbiljno bolestan	0.575	0.330
3.	Kad sam napet osjećam da me boli glava	0.539	0.291
4.	Kad sam u središtu pažnje pocrvenim ili mi se ruke počnu znojiti	0.425	0.181
5.	Kad trebam otputovati od kuće, makar i na kratko, osjećam napetost u želucu	0.466	0.218
6.	Događa mi se da mi je prije pisanja testa toliko mučno da mi se povraća	0.593	0.352
7.	Plaše me neobične tjelesne reakcije	0.487	0.238
8.	Događa mi se da sam toliko nervozan da mi se vrti u glavi	0.557	0.310
9.	Osjećam napetost u želucu	0.604	0.365
10.	Kad mi se zavrti u glavi odmah pomislim da ću se možda onesvjestiti	0.534	0.286
11.	Srce mi kuca ubrzano	0.497	0.247
12.	Na zabavama najčešće ne prilazim osobama suprotnog spola jer mi od uzbuđenja srce jače kuca	0.368	0.136
13.	Ponestaje mi daha i teško dišem	0.388	0.151
14.	Teško mi je započeti razgovor s novim prijateljima jer osjećam napetost u želucu	0.502	0.252
15.	Događa mi se da mi je tako mučno da se uplašim kako bih mogao umrijeti	0.567	0.322
16.	Čim nastavnik prozove moje ime osjećam kao da me cijelog oblio znoj	0.510	0.260
17.	Kad me zaboli stomak pomislim da se trebam što prije javiti doktoru	0.501	0.251
18.	Izbjegavam situacije u kojima moram nešto govoriti pred drugima jer bi mogli primjetiti kako mi glas podrhtava	0.524	0.274
19.	Plaši me i sama pomisao da mi srce počne brže lupati	0.514	0.265
20.	Još dok se dijele bilježnice za školske zadaće i testovi, srce mi počne jako lupati	0.540	0.291
21.	Prije odlaska u školu osjećam mučninu	0.459	0.210
22.	Kad nastavnik ispituje uvijek mi se pojavi neki čudan osjećaj u stomaku	0.599	0.359
	<b>K.K.:</b>	<b>5.79</b>	
	<b>%</b>	<b>26.32</b>	

Tablica 3. Rezultati analize čestica Skale somatske anksioznosti

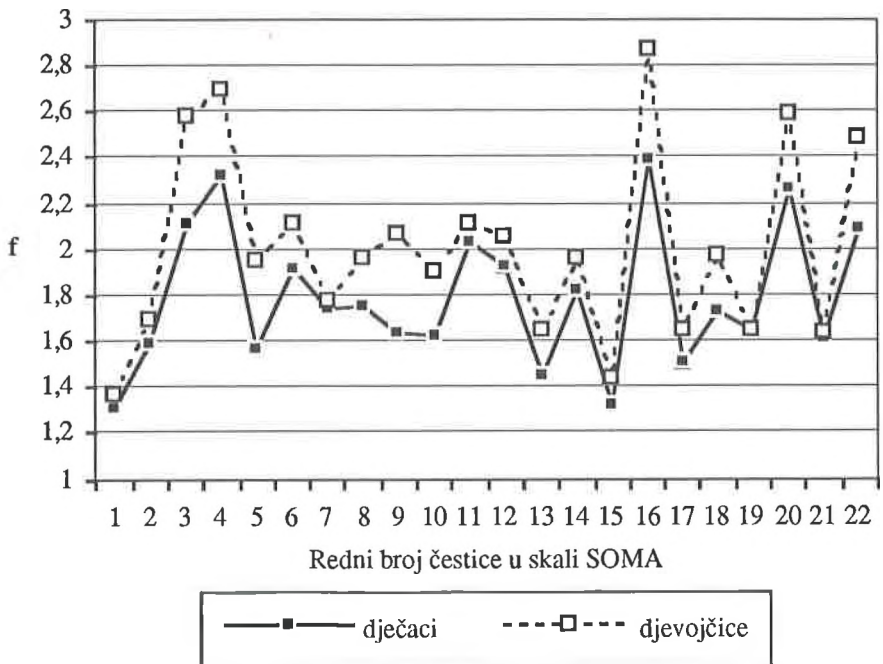
R.b.	M	SD	$r_{it}$
1.	1.35	0.72	0.399
2.	1.64	0.96	0.525
3.	2.35	1.26	0.502
4.	2.51	1.28	0.412
5.	1.77	1.05	0.431
6.	2.02	1.18	0.556
7.	1.76	0.88	0.443
8.	1.86	0.97	0.518
9.	1.87	0.99	0.562
10.	1.77	1.02	0.483
11.	2.07	1.12	0.458
12.	1.99	1.20	0.347
13.	1.55	0.88	0.353
14.	1.89	1.12	0.478
15.	1.38	0.72	0.510
16.	2.64	1.35	0.492
17.	1.58	0.86	0.454
18.	1.85	1.00	0.503
19.	1.65	0.98	0.461
20.	2.44	1.32	0.512
21.	1.63	0.97	0.426
22.	2.30	1.27	0.570
	<b>41.72</b>	<b>12.41</b>	<b><math>\alpha=0.879</math></b>

Klinički značajni ili relevantni simptomi za somatsku anksioznost u ovom uzorku su znojenje, ubrzano lupanje srca i glavobolje (čestice pod rednim brojem 3., 4., 16., 20. i 22). Bernstein i suradnici (1997) su u kliničkom uzorku anksiozne i depresivne djece utvrdili da 16% ispitanika ima palpitacije a 20% vrtoglavice (glavobolje nisu bile uvrštene u popis somatskih simptoma).

S obzirom na ukupan rezultat na skali *somatske anksioznosti* više od 17% ispitanika u ovom uzorku postiže značajno povišen, klinički relevantan rezultat (jednak ili veći od  $M+1SD$ ).

Jednosmjernom analizom varijance uspoređeni su rezultati dječaka i djevojčica na skali somatske anksioznosti, kao i rezultati četiri dobne skupine učenika (5.-8. razredi). Prema dobivenim rezultatima djevojčice općenito pokazuju veću fiziološku osjetljivost i imaju više somatskih simptoma od dječaka ( $F(1,251)=9,68$ ,  $p<0,05$ ). U daljnjoj analizi provjerene su značajnosti razlika između dječaka i djevojčica na skali somatske anksioznosti s obzirom na pojedine simptome u skali. Na Slici 1. prikazani su rezultati provedene analize varijance za sve 22 čestice skale SOMA. Statistički značajne razlike između dječaka i djevojčica utvrđene su u rezultatima postignutim u 10 tvrdnji koje opisuju sljedeće simptome: glavobolja, crvenjenje i znojenje, napetost u želucu, vrtoglavica, problemi s disanjem, ubrzano lupanje srca (Tablica 4).

Slika 1. Somatski simptomi anksioznosti u odnosu na spol ispitanika



Tablica 4. Rezultati jednosmjerne analize varijance: somatski simptomi u odnosu na spol ispitanika

TVRDNJE	aritmetičke sredine		F(1,283)	p
	DJEČ.	DJEVOJ.		
1. Kada osjetim da mi srce ubrzano kuca zabrinem se da bih mogao doživjeti srčani udar	1.31	1.37	0.49	0.48
2. Kada osjetim nemir u stomaku zabrinem se da bih mogao biti ozbiljno bolestan	1.60	1.69	0.61	0.44
3. Kad sam napet osjećam da me boli glava	2.11	2.58	10.05	0.00
4. Kad sam u središtu pažnje pocrvenim ili mi se ruke počnu znojiti	2.32	2.69	6.08	0.01
5. Kad trebam otputovati od kuće, makar i na kratko, osjećam napetost u želucu	1.57	1.95	9.71	0.00
6. Događa mi se da mi je prije pisanja testa toliko mučno da mi se povraća	1.91	2.12	2.09	0.15
7. Plaše me neobične tjelesne reakcije	1.74	1.77	0.13	0.72
8. Događa mi se da sam toliko nervozan da mi se vrti u glavi	1.75	1.96	3.29	0.07
9. Osjećam napetost u želucu	1.64	2.07	14.30	0.00
10. Kad mi se zavrti u glavi odmah pomislim da ću se možda onesvjestiti	1.62	1.90	5.56	0.02
11. Srce mi kuca ubrzano	2.03	2.12	0.42	0.52
12. Na zabavama najčešće ne prilazim osobama suprotnog spola jer mi od uzbuđenja srce jače kuca	1.93	2.05	0.63	0.43
13. Ponestaje mi daha i teško dišem	1.45	1.65	3.97	0.05
14. Teško mi je započeti razgovor s novim prijateljima jer osjećam napetost u želucu	1.82	1.96	1.02	0.31
15. Događa mi se da mi je tako mučno da se uplašim kako bih mogao umrijeti	1.32	1.44	1.96	0.16
16. Čim nastavnik prozove moje ime osjećam kao da me cijelog oblio znoj	2.39	2.87	9.28	0.00
17. Kad me zabolj stomak pomislim da se trebam što prije javiti doktoru	1.51	1.65	1.82	0.18
18. Izbjegavam situacije u kojima moram nešto govoriti pred drugima jer bi mogli primjetiti kako mi glas podrhtava	1.73	1.97	4.28	0.04
19. Plaši me i sama pomisao da mi srce počne brže lupati	1.65	1.65	0.00	0.99
20. Još dok se dijele bilježnice za školske zadaće i testovi, srce mi počne jako lupati	2.27	2.59	4.34	0.04
21. Prije odlaska u školu osjećam mučninu	1.61	1.64	0.04	0.85
22. Kad nastavnik ispituje uvijek mi se pojavi neki čudan osjećaj u stomaku	2.09	2.49	7.28	0.00
<b>BROJ ISPITANIKA</b>	<b>137</b>	<b>147</b>		

Rezultati provedene analize varijance rezultata između 4 dobne skupine pokazali su da dob ispitanika nema značajan efekt na rezultate u skali somatske anksioznosti. Provjereni su također i interakcijski efekti dobi i spola: dvosmjernom analizom varijance utvrđeno je da ne postoji niti jedna statistički značajna interakcija.

### *Somatska anksioznost, zdravstveni status i strategije suočavanja sa stresom*

U daljnjoj analizi željelo se utvrditi je li s obzirom na način suočavanja sa stresom moguće razlikovati ispitanike sa somatskim simptomima psihološkog porijekla od ispitanika kod kojih su somatski simptomi posljedica zdravstvenog stanja.

Prema podacima dobivenim u Upitniku demografskih podataka 44 učenika ima zdravstvene probleme zbog kojih često odlazi liječniku. U većini slučajeva radi se o alergijama, astmi i bronhitisu, zatim prehladama i povišenoj temperaturi, glavoboljama, uhololjama, te u dva slučaja o bolesti zglobova i kostiju.

S ciljem utvrđivanja razlika u načinu suočavanja sa stresom između učenika koji imaju somatske simptome vezane za anksioznost i somatske simptome uzrokovane nekim organskim problemima, učenici su podijeljeni u 2 grupe:

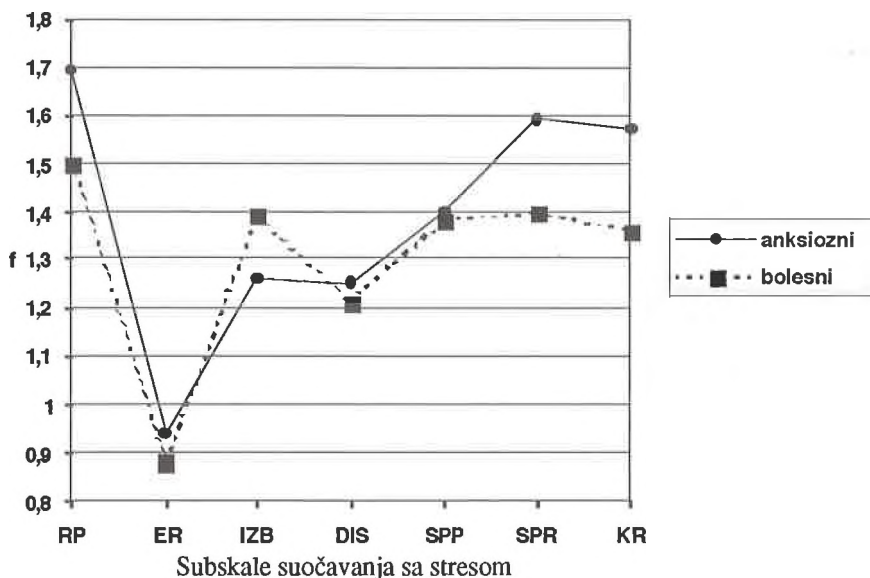
1. U prvoj grupi nalaze se oni učenici koji imaju visok rezultat na skali somatske anksioznosti i nemaju zdravstvenih problema. Visok rezultat na skali somatske anksioznosti određen je pomoću ranije opisanog *kritičnog rezultata* (*cutoff score*). U ovu grupu pripadalo bi 35 učenika (bez zdravstvenih problema sa izraženom somatskom anksioznosti).

2. Drugu grupu čine učenici koji imaju nekih zdravstvenih problema zbog kojih moraju često liječniku (44 učenika), a bez obzira na rezultat na skali somatske anksioznosti.

Analizom varijance provjerene su razlike između ove 2 skupine ispitanika s obzirom na frekvenciju strategija suočavanja sa stresom. Niti u jednoj strategiji suočavanja sa stresom nije utvrđena statistički značajna razlika u suočavanju sa zdravstvenim problemima između ispitanika koji imaju somatske simptome kao reakcije na različite promjene i ispitanika koji imaju somatske simptome uslijed nekih zdravstvenih problema. Dobiveni rezultati prikazani su na Slici 2. Ispitanici u obje skupine najrjeđe koriste strategije iz grupe Emocionalne reakcije, što je donekle i razumljivo jer se u situacijama kada dijete ima zdravstvenih problema ne može očekivati da se pokušava riješiti napetosti na način da se *potuče s nekim, iskali svoj bijes na nekom*

*drugom, sve porazbija* i sl. Uočava se tendencija skupine anksioznih ispitanika da u većoj mjeri koriste strategije usmjerene na problem (Rješavanje problema i Kognitivno restrukturiranje), ali i sklonost da u stresnim situacijama zatraže pomoć od roditelja češće nego što to čine djeca koja imaju zdravstvenih problema. Moguće je pretpostaviti da djeca koja imaju nekih zdravstvenih problema općenito imaju veću podršku od strane svoje okoline, dok djeca s internaliziranim problemima (koji su uglavnom teže prepoznatljivi od strane odraslih) u većoj mjeri trebaju takvu pomoć tražiti sama. Npr., roditelji djeteta koje ima probleme s disanjem uslijed astmatičnog napada znaju kako pomoći djetetu u toj situaciji. S druge strane, roditelji djeteta koje ima simptome gušenja ili "knedle u grlu" kad god mora ostati samo kod kuće, mogu u početku pokazivati zabrinutost, ali nakon što liječnički pregled pokaže da ne postoje organski uzroci za ovakve smetnje mogu se naći u dilemi kako ustvari pomoći djetetu.

Slika 2. *Strategije suočavanja u odnosu na somatske simptome anksioznosti i zdravstveni status ispitanika*



Ovakav nalaz predstavlja svojevrsno upozorenje odraslima, posebice roditeljima i medicinskim radnicima, da ne zanemaruju djetetove somatske simptome, bez obzira da li su oni rezultat bolesti ili su rezultat straha i

tjeskobe. U oba slučaja dijete trpi bol i na njegovoj subjektivnoj razini patnja je podjednaka. Čak štoviše, anksiozno dijete se nalazi u opasnosti da zbog svojih simptoma umjesto pažnje i brige roditelja izazove sasvim suprotne reakcije.

Valja međutim napomenuti da, premda dobiveni rezultati mogu imati određene kliničke implikacije, budući da se radi o malim uzorcima generalizacija dobivenih rezultata je u ovom slučaju diskutabilna. U budućim istraživanjima bilo bi poželjno prikupiti i objektivne pokazatelje o zdravstvenom stanju ispitanika, jer se ovako formirana grupa *bolesnih* sastoji od ispitanika s vrlo heterogenim problemima.

### *Zaključak*

U ovom istraživanju prikazana je skala za ispitivanje simptoma somatske anksioznosti i njene psihometrijske karakteristike. Utvrđeno je da se skalom ispituje konstrukt koji podjednako obuhvaća fiziološke pokazatelje napetosti, straha i uzbuđenja, ali isto tako i kognitivni aspekt tih promjena (anksiozna osjetljivost).

S obzirom na rasprostranjenost ovih simptoma u ispitivanom uzorku (više od 17% ispitanika ima klinički značajne simptome), u budućim istraživanjima trebalo bi provjeriti opravdanost uvođenja kategorije *somatizacija u dječjoj i adolescentnoj dobi* u službene klasifikacijske sisteme (DSM).

Uspoređene su 2 skupine ispitanika (sa zdravstvenim problemima i bez zdravstvenih problema, ali izraženim somatskim simptomima), s obzirom na način suočavanja sa stresnim situacijama. Prema dobivenim rezultatima djeca koja imaju somatske simptome uslijed zdravstvenih problema ne razlikuju se s obzirom na frekvenciju korištenja određenih strategija suočavanja od djece koja imaju psihološki uzrokovane somatske simptome. Kako se radi o nalazu koji može imati značajne kliničke implikacije, dobivene rezultate potrebno je provjeriti istraživanjem na preciznije definiranom uzorku (s obzirom na vrstu bolesti, hospitalizaciju i sl.).

*Literatura*

- ACHENBACH, T.M., McCONAUGHY, S.H. (1997): *Empirically Based Assessment of Child and Adolescent Psychopathology*, London, SAGE Publications.
- BERNSTEIN, G.A., CROSBY, R.D., PERWIEN, A.R., BORCHARDT, C.M. (1996): Anxiety Rating for Children - Revised: reliability and validity, *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 10, No. 2, 97-114.
- BERNSTEIN, G.A., MASSIE, E.D., THURAS, P.D., PERWIEN, A.R., BORCHARDT, C.M., CROSBY, R.D. (1997): Somatic symptoms in anxious - depressed school refusers, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 36, No.5, 661-668.
- BOYD, C.P., GULLONE, E. (1997): An investigation of negative affectivity in Australian adolescents, *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 26, No. 2, 190-197.
- COMPAS, B.E., MALCARNE, V.L., FONDACARO, K.M. (1988): Coping with stressful events in older children and young adolescents, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 56, No. 3, 405-411.
- DSM-IV: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (1996), Jastrebarsko, Naklada Slap.
- FULGOSI, A. (1996): Glavne komponente varijabli bez korelacija, rad prezentiran na X. *Danima psihologije u Zadru*.
- FULGOSI, A., KULENOVIĆ, A. (1986): Provjera nekih faktorsko analitičkih postupaka i kriterija, *Revija za psihologiju*, Vol. 16, 1-2, 77-95.
- HERMAN-STAHLE, M.A., STEMLER, M., PETERSEN, A.C. (1995): Approach and avoidant coping: Implications for adolescent mental health, *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 24, No. 6, 649-665.
- MARTIN, R.P. (1988): *Assessment of Personality and Behavior Problems: Infancy Through Adolescence*, New York / London, The Guilford Press.
- NELSON, W.M., POLITANO, P.M., FINCH, A.J., WENDEL, N., MAYHALL, C. (1987): Children's Depression Inventory: normative data and utility with emotionally disturbed children, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 26, No. 1, 126-129.
- NOLEN-HOEKSEMA, S., GIRGUS, J.S., SELIGMAN, M.E.P. (1992): Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 101, No. 3, 405-422.

- PETERSON, L. (1989): Coping by children undergoing stressful medical procedures: some conceptual, methodological and therapeutic issues, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 57, No. 3, 380-387.
- PUURA, K., TAMMINEN, T., ALMQVIST, F., KRESANOV, K., KUMPULAINEN, K., MOILANEN, I., KOIVISTO, A.M. (1997): Should depression in young school-children be diagnosed with different criteria? *European Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 6, No. 1, 12-19.
- SCHWARZER, R. (1984): Worry and emotionality as separate components in test anxiety, *International Review of Applied Psychology*, Vol. 33, 205-220.
- SHARRER, V.W., RYAN - WENGER, N.M. (1991): Measurements of stress and coping among school-aged children with and without recurrent abdominal pain, *Journal of School Health*, Vol. 61, No. 2, 86-91.
- SILVERMAN, W.K., FLEISIG, W., RABIAN, B., PETERSON, R.A. (1991): Childhood Anxiety Sensitivity index, *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 20, No. 2, 162-168.
- SPIRITO, A., STARK, L.J., TYC, V.L. (1994): Stressors and coping strategies described during hospitalization by chronically ill children, *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 23, No. 3, 314-322.
- SPIRITO, A., STARK, L.J., GIL, K.M., TYC, V.L. (1995): Coping with everyday and disease - related stressors by chronically ill children and adolescents, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 34, No. 3, 283-290.
- TAYLOR, S. (1995a): Anxiety sensitivity: theoretical perspectives and recent findings, *Behavioral Research and Therapy*, Vol. 33, No. 3, 243-258.
- TAYLOR, S. (1995b): Issues in the conceptualization and measurement of anxiety sensitivity, *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 9, No. 2, 163-174.
- VULIĆ-PRTORIĆ, A. (1997): Koncept suočavanja sa stresom kod djece i adolescenata i načini njegova mjerenja, *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 36 (13), 135-146.
- VULIĆ-PRTORIĆ, A. (1998a): Strategije suočavanja s bolesti kod djece, 6. godišnja konferencija hrvatskih psihologa, Dubrovnik, 18.-21.11.1998. Knjiga sažetaka, str. 129.
- VULIĆ-PRTORIĆ, A. (1998b): Prikaz skale suočavanja sa stresom za djecu SUO, neobjavljeni rad.
- VULIĆ-PRTORIĆ, A. (1998c): Validacija skale suočavanja sa stresom za djecu, *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 37 (14), 101-114.

ŽIVČIĆ, I. (1992): Prikaz skale depresivnosti za djecu, *Godišnjak Zavoda za psihologiju u Rijeci*, br. 1, 173-179.

*Anita Vulić-Prtorić: SOMATIC SYMPTOMS OF ANXIETY  
AMONGST CHILDREN*

*S u m m a r y*

The article discusses the Scale of the somatic symptoms of anxiety. Psychometric characteristics obtained on a sample of 250 examinees (pupils of the fifth to eight grade) reveal that we are dealing with a reliable measuring instrument.

According to the results girls generally show greater physiological sensitivity and in different situations (separation, social evaluation, examinations, etc) display more somatic symptoms than boys.

The author proposes the evaluation of the examined construct as a separate category of disorder amongst children and adolescents which would be equivalent to the category of Somatization amongst grown-ups in the DSM-IV classification.

KEY WORDS: somatic symptoms amongst children, anxiety sensitivity, strategies of coping with stress