

Klinička psihologija 1 (2008), 1-2, 7-26  
Izvorni znanstveni članak – UDK 159.923.3

## **ANKSIOZNA OSJETLJIVOST I PSIHOSOMATSKI SIMPTOMI U DJECE I ADOLESCENATA\***

Anita Vulić-Prtorić

Marta Jović

Odjel za psihologiju, Sveučilište u Zadru  
avulic@unizd.hr

Renata Coha

Odjel za pedijatriju, Opća bolnica Dr. Josip Benčević, Slavonski Brod

Marina Grubić

Klinika za pedijatriju, KB Rebro, Zagreb

Josip Lopižić

Odjel za psihijatriju, Opća bolnica Dubrovnik

Patricija Padelin

Odjel za pedijatriju, Opća bolnica Zadar

### **SAŽETAK**

Definirana kao strah od javljanja anksioznih simptoma i tjelesnih senzacija povezanih s anksioznošću, anksiozna osjetljivost ima značajnu kliničku primjenu ne samo u prevenciji i terapiji anksioznih poremećaja, već osobito u području zdravstvene psihologije i ispitivanja načina na koje se mladi pacijenti suočavaju s boli i bolesti.

U ovom radu prikazani su rezultati istraživanja u kojem je sudjelovalo ukupno 184 ispitanika u dobi od 10 do 15 godina, iz četiri uzorka: (1) uzorak djece koja boluju od glavobolje (N=43), (2) uzorak djece koja boluju od astme (N=46), (3) uzorak djece koja doživljavaju veći broj psihosomatskih simptoma (N=53) i (4) kontrolni uzorak djece bez zdravstvenih tegoba (N=42). Uspoređeni su rezultati ove četiri skupine s obzirom na razinu anksiozne osjetljivosti i pokazalo se da postoji značajna razlika između sva tri klinička i kontrolnog uzorka, dok između djece s glavoboljama, astmom i psihosomatskim simptomima

---

\* Dio rezultata prikazanih u ovom radu prezentiran je u okviru simpozija o anksioznoj osjetljivosti na znanstvenom skupu 15. Dani Ramira i Zorana Bujasa, Zagreb, 2007.

Istraživanje je provedeno u sklopu znanstvenoistraživačkog projekta *Psihosocijalni aspekti zdravlja djece i adolescenata* financiranog od strane Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta Republike Hrvatske pod brojem 269-0092660-1430. Rezultati prikazani u ovom radu predstavljaju tek dio opsežnijih istraživanja.

nema značajne razlike. Djeca u navedena tri klinička uzorka imaju značajno više rezultate na skali anksiozne osjetljivosti.

Nadalje, u kliničkim uzorcima djece utvrđeni su specifični obrasci povezanosti anksiozne osjetljivosti s ostalim aspektima anksioznosti (separacijskom, socijalnom, ispitnom, opsesivno kompulzivnom, i dr.).

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je ispitivanje anksiozne osjetljivosti kod djece koja imaju različite zdravstvene tegobe od osobitog značaja za psihološki terapijski i preventivni rad.

Ključne riječi: anksiozna osjetljivost, psihosomatski simptomi, astma, glavobolje, djeca

### UVOD

Anksiozna osjetljivost (*anxiety sensitivity*) se opisuje kao strah od javljanja anksioznih simptoma i tjelesnih senzacija povezanih s anksioznošću, a koji proizlazi iz uvjerenja da anksioznost i povezane tjelesne senzacije mogu imati negativne tjelesne, psihološke i socijalne posljedice. Osoba koja ima visoke razine anksiozne osjetljivosti iznenadni ubrzani rad srca će interpretirati kao znak predstojećeg srčanog udara, odnosno grčeve u trbuhu kao znak za hitnu kiruršku intervenciju. Tjelesno zdrava osoba koja ima ovakve *pogrešne interpretacije* će sigurno doživljavati još veću anksioznost, što će izazvati još jače lupanje srca i tako će se naći u zatvorenom krugu koji kulminira u paničnom napadu (Taylor, 1995a).

Istraživanja anksiozne osjetljivosti imaju svoje korijene u radovima psihoanalitičara ranih dvadesetih godina prošlog stoljeća, no u obliku u kojem se anksiozna osjetljivost danas opisuje, dominantnu ulogu imaju kognitivne teorije anksioznosti. Naime, važnost kognitivnih faktora u interpretaciji tjelesnih procesa do danas je potvrđena u brojnim istraživanjima (vidi Vulić-Prtorić, 2006. za pregled istraživanja). Pri tome je nedvojbeno utvrđena snažna povezanost između paničnih poremećaja i anksiozne osjetljivosti. Tako se pokazalo da se osobe koje doživljavaju panične napade značajno razlikuju od osoba s ostalim anksioznim poremećajima, upravo po tome što su sklonije negativno tumačiti vlastite tjelesne doživljaje, ali ne i npr. socijalne situacije ili odnose. Važan nalaz je bio da se u ovom slučaju radi o pogrešnom tumačenju isključivo vlastitih tjelesnih procesa, ali ne i istih procesa kod drugih osoba. To znači da se kod pacijenata s paničnim poremećajem radi o specifičnoj povezanosti između katastrofičnog tumačenja i straha od vlastitih tjelesnih senzacija, a ne o općem uvjerenju da te senzacije za sve ljude mogu biti znak opasnosti (prema Chambless i sur. 2000). Tumačenja ovih relacija mogu se naći u kognitivnim teorijama paničnih poremećaja Davida Clarka, Aarona Becka i Davida Barlowa (Beck, 1972; Clark i Beck, 1989; Barlow, 2002; Vulić-Prtorić, 2006).

Istraživanja anksiozne osjetljivosti dugo vremena su provedena isključivo u uzorcima odraslih osoba jer se smatralo da djeca mlađe dobi nemaju kognitivnu zrelost za proces atribucije kao važan u razvoju anksiozne osjetljivosti. No, prema osnovnim postavkama Reissove teorije (Reiss, 1991; Reiss, 1997; Reiss i sur. 1986; Reiss i sur., 2001) i Taylorovom tumačenju (Taylor, 1995a i b; 1998) anksiozna osjetljivost se opisuje prvenstveno kao *uvjerenje, vjerovanje*, a ne kao atribucija o posljedicama anksioznosti.

Čini se da djeca mogu naučiti da su fiziološki simptomi povezani s negativnim posljedicama i razviti vjerovanja vezana za negativnu prirodu uzbuđenja vezanog za anksioznost. Npr. dijete može kroz modeliranje, operantno uvjetovanje, i sl., naučiti da anksiozni simptomi imaju kognitivne posljedice i stoga postati senzibilizirani da se boje anksioznosti.

U sklopu teorije motivacije Reiss je iznio mišljenje da je moguće identificirati anksioznu osjetljivost već u ranoj dobi (Reiss i sur., 2001), te da povišene razine anksiozne osjetljivosti kod djece u dobi od 7 do 14 godina mogu biti pouzdan prediktor razvoja paničnog poremećaja u dobi od 16 do 30 godina. Reiss je smatrao da djeca već u dobi od 7 do 10 godina imaju oblikovana vjerovanja o tome što će se dogoditi kada postanu nervozna ili dožive neki stres. Takva vjerovanja u budućnosti pridonose povećanoj zabrinutosti i pogrešnoj interpretaciji u stresnim situacijama. Upravo ovako rano prepoznavanje otvara mogućnosti prevencije različitih anksioznih poremećaja.

Potaknuta ovim teorijskim polazištima autorica Wendy Silverman konstruirala je 1991. godine skalu anksiozne osjetljivosti za djecu pod nazivom *Indeks anksiozne osjetljivosti za djecu -CASI (Childhood Anxiety Sensitivity Index*, Silverman i sur. 1991). Od tada se uočava sve veći broj istraživanja u kojima se anksioznost, a osobito panični napadi kod djece, proučavaju upravo pomoću ovog konstrukta. Sama autorica je provjerila da li anksiozna osjetljivost kao rezultat bioloških faktora i učenja, te kao predisponirajući faktor u razvoju anksioznih poremećaja u odrasloj dobi, pokazuje sličnu simptomatologiju i povezanost s crtom anksioznosti i simptomima anksioznosti i kod djece. Rezultati njenog istraživanja (Silverman i sur. 1991) pokazuju da je anksiozna osjetljivost drukčiji koncept, ali povezan s anksioznošću, te da je opravdano koristiti ga u istraživanjima anksioznosti u dječjoj i adolescentnoj dobi. Ovi rezultati potvrđeni su i u istraživanjima u našoj zemlji (Jokić-Begić, 2007).

Reissove postavke predstavljale su poticaj za brojna istraživanja u kojima su ispitanici bili djeca i adolescenti. Jedno od zanimljivih istraživanja je ono autora Mattisa i Ollendicka (1997) u kojem su ispitivani kognitivni odgovori na tjelesne simptome panike u skupinama djece u dobi od oko 9, 12 i 15 godina. Djeca su imala zadatak slušati audio kazetu na kojoj je opisan panični napad i pri tom zamisliti da doživljavaju ono što čuju na kazeti. Pokazalo se da samo djeca sa visokim rezultatom na upitniku anksiozne osjetljivosti imaju i internalne katastrofične atribucije poput misli da će poludjeti, da će izgubiti kontrolu, da će umrijeti i sl. Autori su zaključili da visoke razine anksiozne osjetljivosti predstavljaju dobar prediktor katastrofičnih atribucija djece svih dobnih skupina.

S vremenom, anksiozna osjetljivost je dobivala sve značajniju ulogu u zdravstvenoj psihologiji. Nastala je serija istraživanja u kojima se ispitivala povezanost anksiozne osjetljivosti i srodnih fenomena poput tjelesne svjesnosti, anksioznog tijela, somatizacije, psihosomatskih simptoma i bolesti. Pokazalo se naime, da simptomi anksiozne osjetljivosti u velikoj mjeri mogu poslužiti i u boljem razumijevanju medicinski neobjašnjivih tjelesnih simptoma, ali i problema djece i mladih s određenim zdravstvenim tegobama koje su značajno povezane sa psihološkim čimbenicima.

U tom smislu može se prepoznati 5 područja u kojima je odnos između anksiozne osjetljivosti i tjelesnih simptoma izuzetno zanimljiv kako kliničarima, tako i istraživačima: (1) postupci priprema djece i roditelja za neku medicinsku intervenciju

koja izaziva napetost i strah kod djeteta i njegove obitelji; (2) postupci pružanja psihološke pomoći i podrške u slučajevima onih tjelesnih bolesti kod kojih je psihološka prilagodba presudna za razvoj i daljnji tijek bolesti (astma, dijabetes, epilepsija, leukemija, i dr.); (3) razumijevanje tjelesnih simptoma koji se javljaju kao dominantno obilježje nekih duševnih poremećaja, a koji imaju početak u ranoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji (npr. poremećaja hranjenja, spavanja, eliminiranja, disanja i dr.); (4) razumijevanje tjelesnih simptoma koji se javljaju kao sastavni dio kliničke slike većine internaliziranih poremećaja, posebice anksioznih i depresivnih; 5) razumijevanje tjelesnih simptoma koji se javljaju u pretežito nespecifičnom obliku (poput somatizacije) ili pak zahvaćaju jedno ili više organskih sustava (poput psihosomatskih simptoma).

Posljednje desetljeće tjelesni simptomi su sve učestaliji u populaciji djece i mladih i to je trend koji se uočava u većini zapadnih zemalja. Po broju opsežnih epidemioloških istraživanja prednjače skandinavski istraživači koji smatraju da su razlog tome sve veći broj negativnih stresnih životnih događaja (koji su posebno povezani s glavoboljama), a koji nastaju zbog promjena u funkcioniranju obitelji, te općenito u načinu života mladih. Čini se da je veliki broj simptoma povezan s načinom provođenja slobodnog vremena: npr. sjedenje pred kompjutorom i igranje igrice pokazalo se snažnim rizičnim faktorom za razvoj glavobolja u obliku migrena (Asmundson i sur., 2000; Santalahti i sur., 2005).

Različiti tjelesni simptomi psihogene etiologije koji se javljaju u djetinjstvu i adolescenciji dio su različitih kliničkih slika, a najčešće se opisuju u kategoriji različitih psihosomatskih i somatoformnih poremećaja (APA, 1996). *Psihosomatski poremećaji* se opisuju i klasificiraju s obzirom na organski sustav koji je uključen u simptomatologiju: kardiovaskularni (hipertenzija, tahikardija, angina pectoris, infarkt miokarda, i dr.), respiratorni (astma, tuberkuloza), endokrinološki (šećerna bolest, hipoglikemija), gastrointestinalni (mučnina, povraćanje, gastritis, čir na želucu), dermatološki (akne, neurodermatitis), i dr. U DSM-IV klasifikaciji ovi problemi opisani su pod nazivom *Psihološki čimbenici koji utječu na opće zdravstveno stanje*. U grupi *Somatoformnih poremećaja* se nalazi 7 poremećaja: somatizacija, nediferencirani somatoformni poremećaj, konverzivni poremećaj, poremećaj osjeta boli, hipohondrija, poremećaj sheme vlastitog tijela, somatoformni poremećaj (neodređeni oblik). Navedeni poremećaji imaju različitu etiološku pozadinu i svaki od njih ima specifični set simptoma i kriterija za dijagnostiku.

Treba napomenuti da je dijagnostika ovih poremećaja kod djece ponekad vrlo teška jer se u toj dobi najčešće javljaju tzv. polisimptomatske kliničke slike, premda se dijete obično žali na jedan, dominantan problem. Stoga nije rijetko da su ponavljajuće abdominalne boli u trbuhu središnji problem, ali su uz njih često pridruženi mučnina, problemi s gutanjem, loš okus u ustima, i drugi gastrointestinalni problemi. Kad se radi o glavoboljama one se najčešće javljaju u kombinaciji s bolovima u grudima, gubitkom daha, vrtoglavicom i dr. Tako se u istraživanju u Hrvatskoj, koje je provedeno na uzorku od oko 300 učenika viših razreda osnovne škole (prosječne dobi 13,03 godine), pokazalo da najveći broj ispitanika, njih gotovo 60%, je u posljednja tri mjeseca doživjelo između 6 i 15 od navedenih 35 simptoma (Vulić-Prtorić, 2005). Osim toga, valja imati na umu da je za djecu specifično da su tjelesni simptomi u svakoj fazi rasta i razvoja djeteta relativni i promjenjivi. S dobi se povećava i broj simptoma, ali se sve češće javljaju i

neki, u početku rijetki simptomi, poput bola u zglobovima i mišićima, umora, te neki konverzivni simptomi (smetnje vida, sluha, ukočenost, kronični umor, kronični kašalj, i sl) (Garber i sur., 1991.).

Epidemiološka istraživanja pokazuju da su glavobolje općenito najučestalije (s prevalencijom od 10-30%, a prema nekim istraživanjima čak do 70%), zatim ponavljajuće abdominalne boli (10 do 20%), bolovi u udovima i mišićima (5 do 20%), bolovi u grudima (7-15%), umor (30 do 50%) (Garber, 1998; Egger i sur., 1999; Santalahti i sur., 2005). U navedenom istraživanju u Hrvatskoj (Vulić-Prtorić, 2005) pokazalo se da je najveći broj ispitanika u zadnja 3 mjeseca doživio redom: manjak energije i umor (72,7%), glavobolje (68,7%), mučninu (56,1%), prekomjerno znojenje (53,2%). K tome, 19% ispitanika u ovom uzorku je odgovorilo da boluju od neke bolesti zbog koje su često upućeni na traženje liječničke pomoći. Najčešće se navode redom: alergije, astma, dijabetes, migrena, bolesti štitnjače, kožne bolesti, bolesti bubrega, i dr.

U radu s djecom koja doživljavaju navedene tjelesne simptome osobito je značajno uzeti u obzir razine anksioznosti i anksiozne osjetljivosti koju dijete doživljava. Naime, dosadašnji rezultati pokazuju da bez obzira koliko i koje simptome djeca doživljavala, njihova interpretacija i osjet boli u značajnoj mjeri su povezani upravo s anksioznom osjetljivošću. Tako se anksiozna osjetljivost pokazala dobrim prediktorom tzv. interoceptivnog straha, tj. straha od tjelesnih senzacija za vrijeme nekih tjelesnih napora ili zdravstvenih tegoba. U usporedbi sa simptomima boli, simptomima somatizacije, crtom anksioznosti i simptomima paničnog napada, anksiozna osjetljivost je bila najbolji prediktor straha od boli kod djece prosječne dobi 13 godina (Muris i sur., 2001). U eksperimentalnoj situaciji se pokazalo da djeca koja su imala visoke razine anksiozne osjetljivosti, procjenjuju iste razine boli značajno intenzivnije od djece koja imaju prosječne ili niske razine anksiozne osjetljivosti.

Naime, prisutnost same tjelesne bolesti ne znači nužno da će ta djeca doživljavati povišene razine straha, neugode ili stresa pri javljanju određenih simptoma. Tako su Zeltzer i suradnici (1988) utvrdili da se djeca oboljela od karcinoma ne razlikuju od zdrave djece s obzirom na procjenu ometanja i neugode simptoma poput povraćanja i mučnine. Ovi simptomi bili su podjednako neugodni i jednoj i drugoj skupini djece. Slični rezultati dobiveni su i u našem istraživanju gdje nije bilo značajne razlike u doživljavanju i procjeni ometanja tjelesnih simptoma između djece koja boluju od nekih bolesti i zdrave djece (Vulić-Prtorić, 2005). Također, još jedan zanimljiv nalaz pokazuje da djeca koja boluju od glavobolja doživljavaju podjednake razine anksioznosti, neovisno o tome jesu li uključena u pedijatrijski tretman i jesu li njihove glavobolje dijagnosticirane kao medicinski neobjašnjive glavobolje, ili doživljavaju intenzivne glavobolje, ali još zbog njih nisu zatražili liječničku pomoć (Vulić-Prtorić, 2007).

Prisutnost povišenih razina anksiozne osjetljivosti kod djece s različitim tjelesnim tegobama može otežati kliničku procjenu i donošenje pravilne dijagnoze, stoga je važno razlikovati ova dva pokazatelja. Sastavni dio procjene tjelesnih tegoba obavezno je i kompletna medicinska obrada kako bi se provjerilo nisu li tjelesni simptomi koje dijete navodi ipak posljedica neke bolesti, ili se radi o djetetu koje izrazito intenzivno reagira i katastrofično interpretira i uobičajene tjelesne reakcije. U djeteta koje boluje od neke bolesti ovakve kognitivne interpretacije mogu značajno utjecati na oporavak i na opće zdravstveno stanje.

U ovom istraživanju korištene su isključivo skale procjene za djecu i adolescente, premda se cjelovita dijagnostička slika dobiva jedino kada se ta procjena, pored rezultata dobivenih ovim skalama, temelji i na intervjuu s djetetom i roditeljima. Prednost skala korištenih u ovom istraživanju do sada je opisivana na nekoliko mjesta (Vulić-Prtorić, 2004., 2005., 2006., 2007.).

Istraživanje čiji su rezultati prezentirani u ovom radu provedeno je s ciljem utvrđivanja specifičnih psihosomatskih simptoma u djece koja pokazuju povišenu anksioznu osjetljivost. Osobito se zanimljivim pokazalo ispitati pokazuju li djeca koja imaju veći broj neugodnih tjelesnih simptoma uslijed određenih zdravstvenih problema, veću osjetljivost i anksioznost vezanu za tjelesne simptome. Naime, u suvremenim istraživanjima na ovom području utvrđeno je da različite tjelesne bolesti mogu predstavljati svojevrsnu psihološku ranjivost za razvoj različitih simptoma psihopatologije, a osobito za intenzivnije doživljavanje anksioznosti.

S obzirom na specifičnu fenomenologiju anksiozne osjetljivosti u djetinjstvu i adolescenciji, te vrlo malo istraživanja na ovom području, u ovom radu pokušalo se ispitati neke aspekte pojavnosti i specifičnosti povezanosti anksiozne osjetljivosti i psihosomatskih simptoma u uzorku djece i adolescenata.

## METODA

### Ispitanici

U ovom radu prikazan je dio rezultata iz istraživanja u kojem su sudjelovala 184 ispitanika, u dobi od 10 do 15 godina ( $M=12,84$ ;  $SD=1,29$ ) podijeljena u 4 uzorka (Tablica 1):

**1)** uzorak djece s izraženom tjelesnom simptomatologijom ( $N=53$ ; 31 djevojčica) izdvojen je tijekom standardizacije Upitnika psihosomatskih simptoma (PSS), a činili su ga svi oni ispitanici koji su ispunili 2 kriterija: 1) na treće pitanje u upitniku PSS (*Boluješ li od neke bolesti poput astme, alergija, dijabetesa i sl.?*) odgovorili su *Ne*; i 2) njihov ukupni rezultat na upitniku koji sadrži listu od 35 simptoma bio je u granicama gornjeg kvartila (ove granice su određene u normativnom uzorku).

**2)** kontrolni uzorak zdrave djece ( $N=42$ ; 22 djevojčice) izdvojen je tijekom standardizacije upitnika PSS, a činili su ga svi oni ispitanici koji su ispunili 4 kriterija: na prvo pitanje (*Što misliš, kakvo je tvoje zdravlje općenito?*) odgovorili su *Izvršno* ili *Jako dobro*; na drugo pitanje (*Da li si zbog zdravstvenih problema označenih u upitniku morao ići liječniku?*) odgovorili su *Ne*; na treće pitanje (*Boluješ li od neke bolesti poput astme, alergija, dijabetesa i sl.?*) odgovorili su *Ne*; i ukupni rezultat na upitniku koji sadrži listu od 35 simptoma imali su rezultat u granicama donjeg kvartila (ove granice su određene u normativnom uzorku).

**3)** klinički uzorak djece s glavoboljama ( $N=43$ ; 23 djevojčice) sastoji se od ispitanika koji su bili upućeni od strane liječnika na psihologijsku obradu zbog glavobolja. Zdravstvene tegobe povezane s glavoboljama procjenjivao je obiteljski liječnik ili liječnik specijalist. Djeca koja su pored glavobolje imala i neke druge psihološke ili zdravstvene poremećaje nisu bila uključena u ovaj uzorak.

4) klinički uzorak djece koja boluju od astme (N=46; 8 djevojčica) sastoji se od ispitanika koji su bili upućeni od strane liječnika na psihologijsku obradu zbog astme. Zdravstvene tegobe povezane s astmom procjenjivao je obiteljski liječnik ili liječnik specijalist. Djeca koja su pored astme imala i neke druge psihološke ili zdravstvene poremećaje nisu bila uključena u ovaj uzorak.

Tablica 1. Podaci o ispitanicima

UZORAK	N	DOB		SPOL (N)	
		M	SD	muški	ženski
Djeca sa psihosomatskim simptomima	53	13,09	1,19	22	31
Djeca s glavoboljama	43	12,01	1,28	20	23
Djeca s astmom	46	12,89	1,37	38	8
Zdrava djeca	42	13,03	1,18	20	22

### Instrumentarij

**Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente SKAD-62** (Vulić-Prtorić, 2004) konstruirana je na temelju rezultata istraživanja na području anksioznosti, teorijskih opisivanja i tumačenja anksioznosti, postojećih skala, upitnika i strukturiranih intervjua za mjerenje anksioznosti, te opisa anksioznih simptoma, sindroma i poremećaja u DSM-IV klasifikaciji. Skala se sastoji od 62 čestice koje opisuju najčešće strahove, te simptome i sindrome anksioznosti u djetinjstvu i adolescenciji. Skala je konstruirana tako da su simptomi strahovanja i anksioznosti opisani tvrdnjama u skali usklađeni s rezultatima empirijskih i kliničkih istraživanja i uglavnom čine klastere adekvatne kategorijama opisanim u DSM-IV klasifikaciji. Osam subskala u SKAD-62 pokrivaju područje različitih strahova, simptoma i manifestacija anksioznosti: Skala ispitne anksioznosti, Skala separacijske anksioznosti, Skala socijalne anksioznosti, Skala anksiozne osjetljivosti / panični napadi / agorafobija, Skala opsesivno – kompulzivnih simptoma, Skala zabrinutosti, Skala somatizacije, Skala specifičnih strahova i fobija.

Prvih sedam aspekata anksioznosti opisano je u 61 tvrdnji na koje ispitanici odgovaraju tako da bilježe svoje odgovore na pripadajućoj ljestvici od 5 stupnjeva procjenjujući koliko je navedena tvrdnja za njih točna: 1=uopće nije točno, 2=uglavnom nije točno, 3=nisam siguran, 4=uglavnom je točno, 5=da, u potpunosti je točno. Koeficijenti unutrašnje konzistencije (Cronbachovi alfa koeficijenti) za pojedine subskale utvrđeni su na normativnom uzorku djece i adolescenata i kreću se u rasponu od 0.67 do 0.87, a za cijelu skalu SKAD-62 koeficijent unutrašnje konzistencije iznosi 0.95 (Vulić-Prtorić, 2002.).

**Skala anksiozne osjetljivosti (AS)** je dio subskale Anksiozne osjetljivosti – paničnih napada – agorafobije (APA) koja je jedna od 8 subskala *Skale strahova i anksioznosti za djecu i adolescente SKAD-62* (Vulić-Prtorić, 2004). Konstruirana je po uzoru na suvremene upitnike kojima se ispituje anksiozna osjetljivost u djece i adolescenata. Anksiozna osjetljivost je definirana kao strah od javljanja anksioznih i tjelesnih simptoma povezanih s anksioznošću, a koji proizlazi iz uvjerenja da anksioznost i s njom povezane tjelesne senzacije mogu imati negativne tjelesne, psihološke i socijalne posljedice. Skala AS se sastoji se od 8 tvrdnji koje opisuju tjelesne reakcije poput ubrzanog rada srca, bolove u trbuhu, vrtoglavicu, mučninu, osjećaj gušenja, te katastrofične kognitivne interpretacije vezane za te tjelesne reakcije. To su tvrdnje poput *Kada osjetim da mi srce ubrzano kuca zabrinem se da bih mogao doživjeti srčani udar* ili *Kada osjetim nemir u stomaku zabrinem se da bih mogao biti ozbiljno bolestan*.

Pouzdanost skale AS utvrđena je na normativnom i kliničkom uzorku od preko 2000 ispitanika u dobi od 10 do 18 godina i iznosi Cronbach alpha = 0.76. Provjera konvergentne valjanosti ove skale pokazala je zadovoljavajuće kvalitete skale AS: povezanost s rezultatima na *Indeksu anksiozne osjetljivosti za djecu* (CASI) iznosila je  $r=0,51$  (Macuka, Nekić, Penezić, 2007). Pri tome se tvrdnje u skali AS u većoj mjeri odnose na tjelesnu zabrinutost, dok je CASI opsežniji upitnik (i po broju čestica i po sadržaju) i zahvaća 3 komponente zabrinutosti: socijalnu, tjelesnu i kognitivnu.

**Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente PSS** (Vulić-Prtorić, 2005) sastavljen je od liste od 35 simptoma i senzacija, te 3 dopunska pitanja. U listu su uvršteni simptomi koji se najčešće navode u istraživanjima na području psihosomatskih i somatoformnih problema u djetinjstvu i adolescenciji, te u DSM-IV klasifikaciji (APA, 1996). Svaki simptom u PSS se procjenjuje na dvije skale samoprocjene Likertova tipa: skali **učestalosti** (*Koliko često si to doživio u posljednja 3 mjeseca?*) od 4 stupnja: 1=nikada, 2=nekoliko puta mjesečno, 3=nekoliko puta tjedno, 4=skoro svaki dan i skali subjektivne procjene **ometanja** (*Koliko te to ometa u svakodnevnim aktivnostima*) od 3 stupnja: 1=nimalo, 2=osrednje, 3=jako. Sastavni dio PSSa su i 3 dopunska pitanja:

**1)** prvo se odnosi na procjenu vlastitog zdravstvenog statusa (*Što misliš, kakvo je tvoje zdravlje općenito?*) na koje ispitanik odgovara skalom Likertova tipa od 4 stupnja (1=loše, 2=osrednje, 3=vrlo dobro, 4=odlično);

**2)** drugo pitanje se nalazi na kraju liste simptoma i ukazuje na težinu navedenih simptoma (*Da li si zbog navedenih zdravstvenih problema morao ići liječniku?*) i ispitanik odgovara zaokruživanjem odgovora DA ili NE;

**3)** treće pitanje daje uvid u opće zdravstveno stanje ispitanika i bolesti od kojih eventualno boluje (*Boluješ li od neke bolesti poput astme, alergija, dijabetesa i sl.?*)

Pouzdanost upitnika PSS provjerena je koeficijentima unutarnje konzistencije i prema dobivenim rezultatima radi se o upitniku zadovoljavajuće pouzdanosti. Pouzdanost za cijelu skalu od 35 čestica iznosi Cronbach alpha 0,89 za subskalu frekvencije i 0,93 za subskalu ometanja (Vulić-Prtorić, 2005). Skala PSS primijenjena je jedino u skupini zdrave djece.



### Postupak

U uzorku djece koja boluju od glavobolja i astme, upitnike su individualno primjenjivali klinički psiholozi – vanjski suradnici na projektu, a u sklopu svog svakodnevnog dijagnostičkog rada s pacijentima. U uzorku zdrave djece upitnici su primijenjeni grupno u vrijeme održavanja redovite nastave. Upitnike su primijenili školski psiholog i apsolvent psihologije.

Prije primjene upitnika svim je ispitanicima pročitana uputa o načinu popunjavanja upitnika. Zadatak ispitanika bio je da nakon što pročitaju svaku tvrdnju zaokruže odgovarajući broj s desne strane ispod odgovora koji su odabrali.

Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Sveučilišta u Zadru.

### REZULTATI

Budući da je istraživanje provedeno u uzorcima u kojima nije bio ujednačen broj ispitanika s obzirom na dob i spol, prvi korak u obradi rezultata odnosio se upravo na ovaj problem. Analizom varijance provjereno je razlikuju li se djevojčice i dječaci različite dobi s obzirom na iskazane razine anksiozne osjetljivosti i broj psihosomatskih simptoma. Niti u jednom upitniku ove razlike nisu bile statistički značajne.

Slični rezultati za skalu anksiozne osjetljivosti utvrđeni su ranije na reprezentativnom uzorku ispitanika iste dobi (Vulić-Prtorić, 2004). Pokazalo se, naime, da razlike u anksioznoj osjetljivosti postaju značajne tek u dobi od oko 15 godina i od tada nadalje djevojke pokazuju sve veću anksioznu osjetljivost, dok kod dječaka ona ostaje relativno stabilna u funkciji dobi. Dobiveni rezultati u skladu su s rezultatima u drugim istraživanjima (Tsao i sur., 2006).

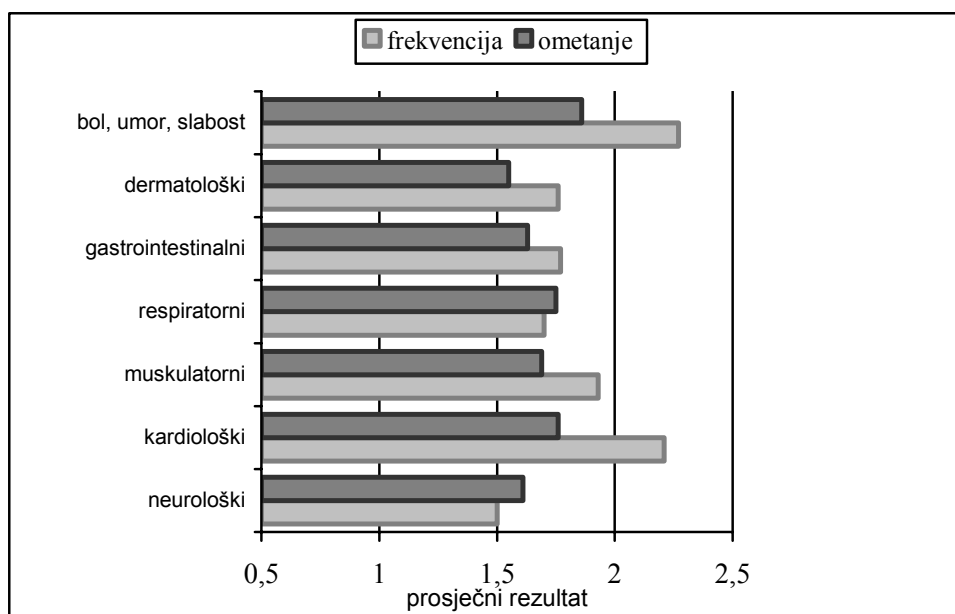
U ovom istraživanju također nije utvrđena razlika u čestini i broju psihosomatskih simptoma između dječaka i djevojčica različite dobi. U dosadašnjim istraživanjima se pokazalo da se u toj dobi još uvijek na zapaža statistički značajna razlika kada se promatra na razini ukupnog broja doživljenih simptoma (Vulić-Prtorić, 2005.). Razlike u spolu počinju se javljati u razdoblju puberteta, a do tada i djevojčice i dječaci imaju podjednak broj simptoma i uglavnom je njihov broj nedovoljan da bi se ispunili kriteriji za neki određeni psihosomatski ili somatoformni poremećaj. S ulaskom u pubertet simptomi postaju brojniji i intenzivniji, a posebno su izraženi kod djevojčica.

Analizom rezultata na razini pojedinih klastera simptoma dobiva se profil psihosomatskih tegoba za skupinu djece iz populacije koja imaju povišen rezultat na *Upitniku psihosomatskih simptoma* PSS (N=53).

Kao što se iz Slike 1. može uočiti učestalije je doživljavanje simptoma iz skupine *Bol, umor, slabost* u koju spadaju bolovi u leđima, zglobovima, rukama i nogama, te glavobolje, umor i osjećaj opće slabosti i malaksalosti, te iz skupine *kardiovaskularnih simptoma* u koji spadaju ubrzano lupanje srca, bol u grudima, prekomjerno znojenje. To su ujedno i simptomi koji ih najviše i ometaju u svakodnevnom životu. Korelacija između procjena čestine javljanja i razine ometanja psihosomatskih simptoma u ovom istraživanju iznosi  $r=0,48$ , dok je u uzorku za standardizaciju iznosila 0,76 (Vulić-Prtorić, 2005). Postoje najmanje dva razloga za ovakav rezultat: jedan je značajno manji uzorak u ovom istraživanju, a drugi je specifičnost uzorka. Naime, kad god se radi o kliničkim

uzorcima rezultati na ovakvim skalama su heterogeniji i ovakve statističke procedure pokazuju značajnija odstupanja. U uzorku djece koja imaju veći broj psihosomatskih tegoba naći će se i veći broj onih koji će imati značajno povišene rezultate u određenom klasteru simptoma s obzirom na frekvenciju njihova javljanja, ali ne i s obzirom na razinu ometanja, i obrnuto.

Slika 1. Rezultati na Upitniku psihosomatskih simptoma PSS po klasterima simptoma, ispitanika koji imaju izražene PSS simptome (N =53)

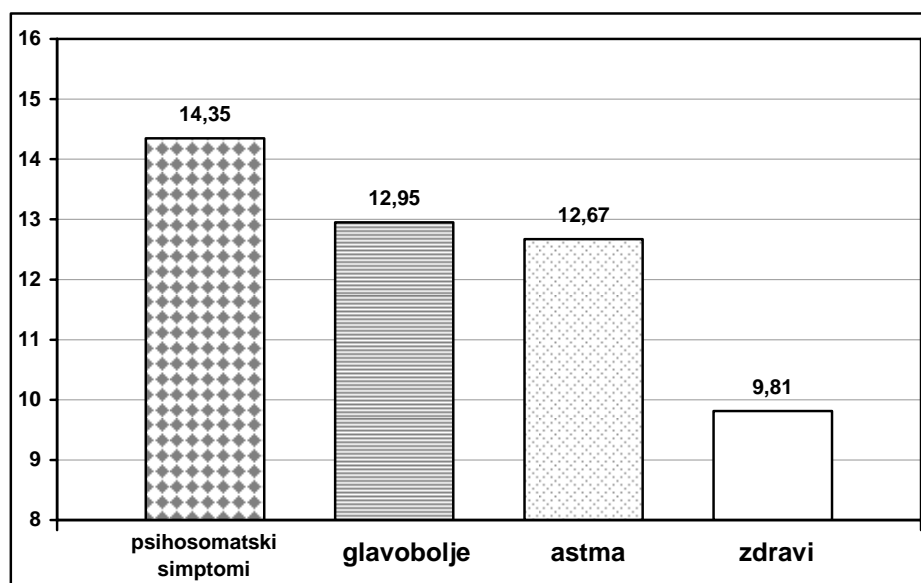


U drugom dijelu istraživanja analizirana je pojavnost anksiozne osjetljivosti u 4 ispitivane skupine djece. Deskriptivnom statistikom utvrđeno je da je u prva tri uzorka uočljivo veći broj djece koja pored svojih tjelesnih tegoba doživljavaju i intenzivniju anksioznu osjetljivost. U odnosu na zdravu djecu, kod kojih se visoki rezultat na skali AS pojavljuje u 2,38% slučajeva, u kliničkim uzorcima preko 20% djece pokazuje vrlo visoku anksioznu osjetljivost i to redom: 24,52% djece sa psihosomatskim simptomima, 23,26% djece s glavoboljama, i 21,74% djece s astmom. Zanimljivo je uočiti da je najveći broj anksiozno preosjetljive djece iz skupine onih koji doživljavaju veći broj nespecifičnih tjelesnih simptoma, a ne boluju od neke do sada dijagnosticirane bolesti.

Jednosmjernom analizom varijance provjereno je u kojim se to pokazateljima razlikuju anksiozno preosjetljiva od anksiozno manje osjetljive djece u uzorku psihosomatičara. Rezultati pokazuju da nema razlike s obzirom na učestalost javljanja psihosomatskih simptoma kako na razini ukupnog rezultata, tako niti na razini pojedinog klastera. Međutim značajna razlika utvrđena je s obzirom na procjenu ometanja: anksiozno osjetljivija djeca doživljavaju svoje tjelesne simptome značajno više ometajućima od djece koja su manje anksiozno osjetljiva:  $F(1,15)=5,81$ ;  $p=0,02$ .

U daljnjoj analizi provjerene su razlike u anksioznoj osjetljivosti između 4 ispitivana uzorka. Jednosmjernom analizom varijance utvrđena je statistički značajna razlika  $F(3,180)=6,41$ ;  $p=0,000$ ), a Scheffeov test je pokazao da je ta razlika značajna između sva 3 klinička i kontrolnog uzorka, dok između djece s psihosomatskim simptomima, glavoboljama i astmom nema značajne razlike. Rezultati su prikazani na Slici 2.

Slika 2. Usporedba rezultata na skali Anksiozne osjetljivosti između djece s izraženim psihosomatskim simptomima, djece koja boluju od glavobolje, djece koja boluju od astme i kontrolnog uzorka zdrave djece



Analizom rezultata na razini pojedinih čestica (tj. simptoma anksiozne osjetljivosti) utvrđeno je da u usporedbi sa zdravom djecom, djeca koja imaju povećani broj psihosomatskih simptoma, koja boluju od glavobolje i astme značajno više strepe zbog svojih simptoma anksioznosti, osobito zbog vrtoglavica i trbobja koje ih muče (Tablica 2). Oni doživljavaju vrtoglavice u situacijama kada su napeti i te vrtoglavice u njima izazivaju strah da će se onesvijestiti, a trbobje ih navode na pomisao da se što prije trebaju javiti liječniku.

Kako bi se provjerile specifične relacije između anksiozne osjetljivosti i drugih aspekata anksioznosti izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije. Rezultati su prikazani u Tablici 3.

Pokazalo se da je korelacija između svih ispitivanih varijabli pozitivna i statistički značajna. Dobiveni rezultati su očekivani i u skladu s ranije utvrđenim korelacijama među rezultatima pojedinih subskala SKAD-62 (Vulić-Prtorić, 2004). U uzorku djece koja boluju od astme anksiozna osjetljivost je najviše povezana s ostalim aspektima anksioznosti, tj. jedan oblik anksioznosti kod njih predstavlja vulnerabilnost i za sve

ostale aspekte anksioznosti u većoj mjeri nego što se to uočava u uzorku djece sa psihosomatskim simptomima, glavoboljama ili kontrolnom uzorku.

Tablica 2. Anksiozna osjetljivost u 4 ispitivana uzorka

R.b.	TVRDNJE	M psihosom.	M glavobolje	M astma	M zdravi	F (3,180)	p
8.	Kada osjetim da mi srce ubrzano kuca, zabrinem se da bih mogao doživjeti srčani udar	1,66	1,34	1,43	1,31	1,47	0,22
13.	Kada osjetim nemir u trbuhu, zabrinem se da bih mogao biti ozbiljno bolestan	1,61	1,77	1,72	1,45	0,78	0,51
16.	Zbog misli koje me opterećuju uplašim se da bih mogao poludjeti	1,92	1,34	1,56	1,21	4,38	0,00
21.	Događa mi se da sam toliko nervozan da mi se vrti u glavi	2,17	1,79	1,71	1,07	7,63	0,00
26.	Kad mi se zavrti u glavi, odmah pomislim da ću se onesvijestiti	1,89	1,81	1,49	1,12	5,43	0,00
31.	Događa mi se da mi je tako mučno da se uplašim kako bih mogao umrijeti	1,69	1,18	1,41	1,09	5,02	0,00
35.	Kad me zaboli trbuh, pomislim da se trebam što prije javiti doktoru	1,49	2,21	1,80	1,29	6,41	0,00
40.	Plaši me i sama pomisao da mi srce počne brže lupati	1,78	1,49	1,53	1,26	2,17	0,09
	<b>N=</b>	<b>53</b>	<b>43</b>	<b>46</b>	<b>42</b>		

Tablica 3. Povezanosti (Pearsonovi koeficijenti korelacije) između Anksiozne osjetljivosti i ostalih aspekata anksioznosti u 4 ispitivana uzorka

	Djeca sa psihosomatskim simptomima (N=53)	Djeca s glavoboljama (N=43)	Djeca s astmom (N=46)	Kontrolni uzorak (N=42)
<i>Ispitna anksioznost</i>	0,51*	0,27	0,63*	0,49*
<i>Socijalna anksioznost</i>	0,56*	0,50*	0,70*	0,50*
<i>Separacijska anksioznost</i>	0,48*	0,66*	0,73*	0,67*
<i>Opsesivno – kompulzivni simptomi</i>	0,52*	0,63*	0,62*	0,61*
<i>Simptomi panike</i>	0,67*	0,59*	0,81*	0,78*
<i>Zabrinutost</i>	0,45*	0,61*	0,49*	0,43*
<i>Anksioznost (ukupni rezultat)</i>	0,74*	0,72*	0,85*	0,73*

\*p<0,05

## DISKUSIJA

U ovom su istraživanju ispitane razine anksiozne osjetljivosti u 4 skupine djece: skupini djece koja imaju izražene psihosomatske simptome, skupini pedijatrijskih pacijenata s glavoboljama, skupini pacijenata s astmom i kontrolnoj skupini zdrave djece.

Pokazalo se da preko 20% djece iz prve tri skupine u usporedbi sa 2% zdrave djece, doživljavaju anksioznu osjetljivost na klinički značajnim razinama. To znači da su ta djeca sklonija svoje tjelesne simptome (osobito one specifične za anksioznost poput ubrzanog rada srca, teškoće disanja, uznemirenost u trbuhu, i sl.) interpretirati na više katastrofičan način i time dodatno pridonositi vlastitoj uznemirenosti i zabrinutosti za svoje zdravlje. Anksiozno osjetljiva djeca reagirati će na ubrzani rad srca strahom, razmišljajući o tome da to može značiti početak srčanog udara. S druge strane anksiozno manje osjetljiva djeca bit će sklonija te tjelesne senzacije promatrati jednostavno kao neugodne. Najosjetljivija su se u tom smislu pokazala djeca sa psihosomatskim tegobama, premda statistička značajnost upućuje da se ta skupina ne razlikuje od skupine djece s glavoboljama i astmom.

Prema nekim ranije dobivenim rezultatima djeca koja doživljavaju veći broj ovakvih nespecifičnih tjelesnih simptoma i koja su općenito sklonija tjelesnim reakcijama u različitim situacijama (ispitivanja u školi, separacije od roditelja, socijalna evaluacija, i sl.), ujedno imaju više problema i manje su zadovoljna svojom obitelji, procjenjuju da ih obitelj manje prihvaća, te su tijekom života općenito doživjela veći broj stresnih životnih događaja i sklonija su te događaje procjenjivati stresnijima (Vulić-Prtorić, 2000; Vulić-Prtorić i Galić, 2004).

Jedno od tumačenja visoke povezanosti anksiozne osjetljivosti i psihosomatskih simptoma može se naći u teorijama suočavanja (Vulić-Prtorić i sur., 2008). Pokazalo se da anksiozno osjetljiva djeca s izraženim tjelesnim simptomima u suočavanju sa stresom često odabiru one strategije suočavanja koje dugoročno nisu poželjan izbor za uspješno suočavanje poput izbjegavanja i neadekvatnog izražavanja emocija. Upravo su se te dvije strategije pokazale najjačim prediktorima psihosomatskih problema. Slični rezultati dobiveni su i u drugim istraživanjima (npr. Norton i Asmundson, 2004.) u kojima se utvrdilo da upravo anksiozna osjetljivost ima ključnu ulogu u odabiru izbjegavanja kao strategije suočavanja sa strahom od boli i neugode. Ovi rezultati osobito su potvrđeni kod djece koja boluju od glavobolja. Pokazalo se naime, da je anksiozna osjetljivost dobar prediktor broja glavobolja koje se javljaju tijekom tjedna, te intenziteta boli i većeg broja drugih tjelesnih simptoma povezanih s glavoboljama, ali i izbora specifičnih načina suočavanja (Drahovzal i sur., 2006). Utvrđeno je da djeca s glavoboljama i djeca s anksioznim poremećajem koriste vrlo slične strategije suočavanja sa stresom. Radi se o strategijama kao što su izbjegavanje i distrakcija, dakle palijativnim strategijama koje dugoročno ne pridonose rješavanju problema ali smanjuju neugodu u tom trenutku. Navedeni procesi ključni su u modelu Patricije McGrath (McGrath i Holahan, 2001). U ovom modelu korištenje neadekvatnih strategija suočavanja samo po sebi rezultira povišenom anksioznošću, a kao rezultat povišene anksioznosti dijete postaje sve napetije i nervoznije i javlja se glavobolja. Kada se to dogodi dijete se suočava pokušavajući izbjeći stresnu situaciju ili omesti razmišljanje na tu situaciju, što privremeno pridonosi smanjenju i anksioznosti i glavobolje, ali s druge strane pogoduje budućim problemima i glavoboljama. U nekim dosadašnjim istraživanjima suočavanja djece s glavoboljama

pokazalo se da u usporedbi sa zdravom djecom oni značajno više koriste strategije poput izbjegavanja, distrakcije i traženje podrške od strane roditelja (Vulić-Prtorić i sur. 2006).

Jedan od razloga velike učestalosti visokih razina anksiozne osjetljivosti može biti u samoj prirodi ovih tegoba. Naime, osobe koje imaju velik broj psihosomatskih simptoma često se pored vlastitog nerazumijevanja onoga što im se događa, moraju suočavati i sa nerazumijevanjem okoline koja u početku može biti suosjećajna za njihovu patnju, ali s vremenom, kada se pokaže da se ne radi o nikakvoj *pravoj tjelesnoj bolesti*, to suosjećanje se može izgubiti. To znači da djeca koja trpe različite tjelesne tegobe uslijed bolesti doživljavaju stres i neugodu zbog brojnih medicinskih pregleda i tretmana, izostanaka iz škole ili promjena u svakodnevnom rasporedu aktivnosti. No, s druge strane ta djeca mogu dobiti veću podršku od strane svoje okoline, za razliku od djece s tjelesnim simptomima psihološkog porijekla koja u tom smislu mogu doživjeti veće nerazumijevanje. Npr. i dijete i roditelji djeteta koje ima probleme s disanjem uslijed astmatičnog napada, znaju o čemu se radi, te kako reagirati i kako pomoći djetetu u toj situaciji. S druge strane, roditelji djeteta koje ima simptome gušenja ili "knedle u grlu" u situacijama separacije, 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. U oba slučaja dijete trpi bol i na subjektivnoj razini patnja je podjednaka.

Povišene razine anksiozne osjetljivosti kod djece koja boluju od astme uglavnom su bile vezane za respiratorne simptome. No, kasnije se pokazalo da je visoka anksiozna osjetljivost u astmatičara prisutna uglavnom komorbidno sa simptomima paničnog poremećaja. I u ovom istraživanju se pokazala izrazito visoka korelacija između anksiozne osjetljivosti i simptoma paničnog napada upravo u uzorku djece s astmom ( $r=0,81$ ). I u uzorcima odraslih osoba koje boluju od astme anksiozna osjetljivost se pokazala najboljim prediktorom paničnog poremećaja kao komorbidnog poremećaja: čak 35,5% pacijenata iz skupine onih s visokom anksioznom osjetljivošću udovoljavali su kriterijima za panični poremećaj (Asmundson, Wright i Hadjistavropoulos, 2000). Kako povišene razine anksiozne osjetljivosti nisu bile direktno povezane sa respiratornim smetnjama, ali panični strah je, pretpostavlja se da se najvjerojatnije radi o tome da i anksiozna osjetljivost i panični poremećaji imaju zajedničku genetsku osnovicu, što su u svojim istraživanjima kasnije dokazali Eley i sur. (2007).

Povećani broj nespecifičnih tjelesnih simptoma pokazao se značajno povezanim sa većim brojem drugih psiholoških simptoma. Tako je u nekim ranijim istraživanjima utvrđeno da djeca s povećanim brojem psihosomatskih simptoma imaju i veći broj simptoma depresivnosti (Vulić-Prtorić i Macuka, 2006). Slični rezultati dobiveni su i u uzorcima odraslih. Npr. u jednom istraživanju čak je 63% osoba koje su imale 5 ili više psihosomatskih simptoma imalo i značajno izražene psihološke simptome, a oko 50% ih je udovoljavalo kriterijima za anksiozne i depresivne poremećaje (prema Bakal, 1999).

Od psiholoških čimbenika koji su povezani s astmom Rees (prema Davison i Neale, 1999) ističe anksioznost, napetost izazvanu frustracijom, srdžbu i depresiju kao moguće uzročnike poremećaja rada dišnog sustava. Reesovo istraživanje koje je obuhvatilo 388-ero djece s astmom je pokazalo da su psihološki uzroci bili glavni uzrok u samo 37% slučajeva, a u 30% ispitanika su bili posve beznačajni, što opovrgava činjenicu da je astma uvijek psihosomatska bolest. Stoga se u okviru biopsihosocijalnih teorija

astme veća pažnja poklanja strategijama suočavanja i obiteljskim relacijama (Macuka i Vulić-Prtorić, 2006.; 2007). Djeca koja boluju od astme najčešće koriste rješavanje problema, distrakciju i traže podršku od strane roditelja. Ova djeca imaju potrebu dobiti što više informacija o svojoj bolesti kako bi razumjela medicinsku pozadinu svoje bolesti. Do danas, rezultati istraživanja upućuju na činjenicu da upravo ovakvo traženje dodatnih informacija značajno smanjuje stres povezan sa medicinskim procedurama u većoj mjeri od izbjegavanja ili distrakcije. Naime, pokazalo se da školska djeca koja boluju od astme mogu imati brojne pogrešne interpretacije simptoma svoje bolesti, jer je ponekad i odraslima teško razumjeti kliničku sliku (McQuaid and Walders, 2003).

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je utvrđivanje specifičnih klastera anksioznosti kod djece koja imaju različite zdravstvene tegobe od osobitog značaja za psihološki rad s djecom, jer usmjeravanje na samo jedan aspekt (u ovom slučaju anksioznu osjetljivost) može zamaskirati pravu sliku problema. U nekim ranijim istraživanjima utvrđeni su specifični profili anksioznih sindroma, pa se pokazalo da djeca s glavoboljama imaju najviše anksioznih simptoma u svim aspektima anksioznosti, a najizraženija je zabrinutost i separacijska anksioznost. U profilu anksioznosti djece koja boluju od astme ističu se zabrinutost i opsesivno kompulzivni simptomi, a u profilu zdrave djece najizraženiji su simptomi socijalne anksioznosti (Vulić-Prtorić, Grubić i Padelin, 2008). Isto tako, Tsao i suradnici (2006) su utvrdili da sama anksiozna osjetljivost ne mora biti direktno povezana s intenzitetom boli, ali općenito anksioznost kao takva najčešće jest (objašnjava 15% zajedničke varijance). Ali kada se gledaju zajedno anksiozna osjetljivost, anksioznost i anticipacijska anksioznost objašnjavaju čak 62% zajedničke varijance intenziteta boli. Izuzetno važno je uzimati u obzir sve aspekte anksioznosti u prevenciji psihičkih posljedica i patnje kod djece koja moraju proći neke neugodne ili bolne preglede ili metode liječenja.

Osobe sa tjelesnim tegobama koje imaju visoku anksioznu osjetljivost mogu imati puno koristi od edukacije i tretmana koji imaju za cilj smanjenje anksioznog reagiranja na situacije vezane uz liječenje ili zdravstvene tegobe. Naime, anksiozna osjetljivost je vrlo često povezana sa strahom od boli, osjećajem gubitka samokontrole i negativnog raspoloženja i to neovisno o intenzitetu boli (Asmundson i sur. 2000). Djeca koja u većem broju navode manjak energije i umor, te različite bolove poput glavobolja, bolova u leđima, zglobovima i sl. doživljavaju i veći broj simptoma depresivnosti - korelacije iznose 0,44 za uzorak djevojčica i 0,43 za uzorak dječaka (Vulić-Prtorić i Macuka, 2006). U odrasloj populaciji ova povezanost između anksiozne osjetljivosti i depresivnosti često rezultira u većoj sklonosti uzimanju lijekova za ublažavanje boli, i to neovisno o intenzitetu boli.

Na kraju, treba napomenuti da ovo istraživanje ima određena ograničenja koja proizlaze iz činjenice da su u ispitivanju primijenjena dva različita postupka: ispitivanje u kliničkim uzorcima provodeno je individualno, a uzorku zdrave djece grupno. Također, ne smije se zanemariti i činjenica da u ovom istraživanju nisu uzeti u obzir brojni drugi relevantni faktori koji mogu pridonijeti povećanoj anksioznoj osjetljivosti - poput životnih okolnosti, obiteljske podrške i sl., te da je uzeta u obzir samo samoprocjena djeteta, a ne i procjena od odraslih osoba koje o djetetu skrbe. Stoga će primarni zadatak budućih istraživanja biti usmjeren na kontroliranje upravo ovih metodoloških nedostataka.

## LITERATURA

1. Američka psihijatrijska udruga (1996). DSM-IV: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Asmundson G.J.G., Wright K.D., Hadjistavropoulos H.D. (2000). Anxiety sensitivity and disabling chronic health conditions. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 29, 100-117.
3. Bakal, D. (1999). *Minding the Body: Clinical Uses of Somatic Awareness*. New York, London: The Guilford Press.
4. Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature of Anxiety and Panic*. New York – London: The Guilford Press.
5. Chambless, D.L., Beck, A., Gracely, E.J., Grisham, J.R. (2000). Relationship of cognitions to fear of somatic symptoms: a test of the cognitive theory of panic. *Depression and Anxiety*, 11, 1-9.
6. Chorpita, B.F., Lilienfeld, S.O. (1999). Clinical assessment of anxiety sensitivity in children and adolescents: Where do we go from here? *Psychological Assessment*, 11, 212-224.
7. Clark, D.A., Beck, A.T. (1989). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. u Kendall P.C., Watson D. (Eds.) *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*. New York, Academic Press, Inc., 379-412.
8. Davison G.C., Neale J.M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, Naklada Slap, Jastrebarsko
9. Drahovzal D.N., Stewart S.H., Sullivan M.J.L. (2006). Tendency to catastrophize somatic sensations: pain catastrophizing and anxiety sensitivity in predicting headache. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35, 226-235.
10. Egger H.L., Costello E.J., Erkanli A., Angold A. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains and headaches, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 852-860.
11. Eley T.C., Gregory A.M., Clark D.M., Ehlers A. (2007). Feeling anxious: a twin study of panic / somatic ratings, anxiety sensitivity and heartbeat perception in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1184-1191.
12. Garber J. (1998). *Somatoform Disorders in Childhood and Adolescence, Copenhensive Clinical Psychology*, Elsevier Science Ltd
13. Garber J., Walker L.S., Zeman J. (1991). Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the Children's Somatization Inventory, *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 588-595.
14. Grubić, M.; Coha, R.; Vulić-Prtorić, A. (2007). Anksiozna osjetljivost u djece koja boluju od glavobolje i astme. 18. *Dani Ramira i Zorana Bujasa* u Keresteš, G.; Brković, I.; Butković, A. (ur.). Zagreb : knjiga sažetaka, Školska knjiga, 59.



15. Jokić-Begić, N. (2007). Je li anksiozna osjetljivost isto što i crta anksioznosti? *18. Dani Ramira i Zorana Bujasa* u Keresteš, G.; Brković, I.; Butković, A. (ur.). Zagreb : knjiga sažetaka, Školska knjiga, 56.
16. Macuka I., Vulić-Prtorić A. (2006). Coping Strategies in Children with Asthma, *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 425.
17. Macuka I., Vulić-Prtorić A. (2006). Neke obiteljske odrednice astme kod djece i adolescenata, *XV. Dani psihologije u Zadru*, Knjiga sažetaka, str 99.
18. Macuka, I. Vulić-Prtorić, A. (2007). Family determinants of childhood asthma, u Čubela Adorić (ur) *15th Psychology Days in Zadar: Book of Selected Proceedings*, University of Zadar, str. 213-221.
19. Macuka, I.; Nekić, I.; Penezić, Z. (2007). Empirijska provjera dvaju upitnika za mjerenje anksiozne osjetljivosti *18. Dani Ramira i Zorana Bujasa* u Keresteš, G.; Brković, I.; Butković, A. (ur.). Zagreb : knjiga sažetaka, Školska knjiga, 63.
20. Mattis, S.G., Ollendick, T.H. (1997). Children's cognitive responses to the somatic symptoms of panic. *Journal of Abnormal Child Psycholog.*, 25, 47-57.
21. McGrath P., Holahan A.L. (2003). Psychological interventions with children and adolescents: Evidence for their effectiveness in treating chronic pain. *Seminars in Pain Medicine*, 1, 99-109.
22. McQuaid E.L. Walders N. (2003). Pediatric asthma, in Roberts M.C. (ed.) *Handbook of Pediatric Psychology*, New York, London: The Guilford Press, 269-285.
23. Muris, P., Vlaeyen, J., Meesters, C. (2001). The relationship between anxiety sensitivity and fear of pain in healthy adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1357-1368.
24. Norton P.J., Asmundson G.J.G. (2004). Anxiety sensitivity, fear and avoidance behavior in headache pain. *Pain*, 111, 218-223.
25. Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety and panic. *Clinical Psychology Review*, 20, 141-153.
26. Reiss, S. (1997). Trait anxiety: It's not what you think it is. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 201-214.
27. Reiss, S., Peterson, R.A., Gursky, D.M., McNally, R.J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.
28. Reiss, S., Silverman, W., Weems, C.F. (2001). Anxiety sensitivity. u Vasey M.W. i Dadds M.R. (ur) *The Developmental Psychopathology of Anxiety*. Oxford: University Press, 92-111.
29. Santalahti P., Aromaa M., Sourander A., Helenius H., Piha J. (2005). Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland, *Pediatrics*, 115, 434-442.

30. Silverman, W.K., Fleisig, W., Rabian, B., Peterson, R.A. (1991). Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 162-168.
31. Taylor, S. (1995a). Anxiety sensitivity: theoretical perspectives and recent findings. *Behavioral Research and Therapy*, 33, 243-258.
32. Taylor, S. (1995b). Issues in the conceptualization and measurement of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 163-174.
33. Taylor, S. (1998). The hierarchic structure of fears. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 205-214.
34. Tsao J.C.I., Lu Q., Kim S.C., Zeltzer L.K. (2006). Relationships among anxious symptomatology, anxiety sensitivity and laboratory pain responsivity in children. *Cognitive Behavior Therapy*, 35, 207-215.
35. Vulić-Prtorić A. (2000). Somatizacija i kvaliteta obiteljskih interakcija kod djece i adolescenata, *Medica Jadertina*, 30, 21-31.
36. Vulić-Prtorić A. (2004). *SKAD-62 Priručnik za skalu strahova i anksioznosti za djecu i adolescente*, Jastrebarsko: Naklada Slap
37. Vulić-Prtorić A. (2005). Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente, *Suvremena psihologija*, 8, 211-227.
38. Vulić-Prtorić A. (2006). Anksiozna osjetljivost: fenomenologija i teorije, *Suvremena psihologija*, 9, 171-193.
39. Vulić-Prtorić A., Macuka I. (2006). Depresivnost i psihosomatski simptomi u djetinjstvu i adolescenciji, *Prvi hrvatski kongres primijenjene psihologije*, Zagreb, travanj 2006., Knjiga sažetaka, str.88.
40. Vulić-Prtorić, A. (2007). Anksiozna osjetljivost i psihosomatski simptomi kod djece i adolescenata. *18. Dani Ramira i Zorana Bujasa* u Keresteš, G.; Brković, I.; Butković, A. (ur.). Zagreb : knjiga sažetaka, Školska knjiga, 66.
41. Vulić-Prtorić, A., Galić S. (2004). Stres i tjelesni simptomi anksioznosti u djece i adolescenata, *Medica Jadertina*, 34, 5-13.
42. Vulić-Prtorić, A., Grubić, M., Padelin, P. (2008). Sindromi anksioznosti kod djece oboljele od astme i djece s glavoboljama, rad prezentiran na *XVI. Danima psihologije u Zadru*, Knjiga sažetaka, str 25.
43. Vulić-Prtorić, A; Cocha, R; Grubić, M; Lopižić, J; Padelin, P. (2006). Coping strategies in children with headaches. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 422.
44. Vulić-Prtorić, A; Grubić, M; Galić, S; Cocha, R; Lopižić, J; Padelin, P. (2007). Anxiety in children with headaches. *Psychological Topics* 16, 201-224.
45. Vulić-Prtorić, A; Sorić, I; Penezić, Z. (2008). Coping strategies and psychosomatic symptoms in children. u Freire T. (ur.) *Understanding Positive Life. Research and Practice on Positive Psychology*. Braga, Portugal, 183-199.
46. Zeltzer L.K., LaBaron S., Richie D.M., Reed D., Schoofield J., Prihoda T.J. (1988). Can children understand and use a rating scale to quantify somatic

symptoms? Assessment of nausea and vomiting as a model, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 567-572.