

## UPITNIK PSIHOSOMATSKIH SIMPTOMA ZA DJECU I ADOLESCENTE – PROCJENA VALJANOSTI

Anita Vulić-Prtorić

Odjel za psihologiju, Sveučilište u Zadru  
Obala kralja Petra Krešimira IV br. 2, 23000 Zadar  
avulic@unizd.hr

### SAŽETAK

U radu je prikazan postupak konstrukcije i provjere psihometrijskih karakteristika *Upitnika psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente (PSS)*. Metrijski pokazatelji ispitani su na uzorku od 275 ispitanika, učenika od 5. do 8. razreda osnovne škole. PSS je instrument samoprocjene koji se sastoji od liste od 35 simptoma (kardiovaskularnih, respiratornih, gastrointestinalnih, dermatoloških, pseudoneuroloških, i dr.) i 3 dopunska pitanja kojima se utvrđuje zdravstveni status djeteta. Svaki simptom se procjenjuje s obzirom na čestinu doživljavanja u posljednja 3 mjeseca i s obzirom na stupanj u kojem ispitanik procjenjuje da ga taj simptom ometa u svakodnevnim aktivnostima.

Pouzdanost upitnika PSS izražena koeficijentom unutarne konzistentnosti iznosi: za skalu frekvencije  $\alpha=0,895$ , a za skalu ometanja  $\alpha=0,929$ . S obzirom na dobivene pokazatelje zaključeno je da PSS može služiti kao koristan mjerni instrument u postupku utvrđivanja broja, učestalosti i intenziteta psihosomatskih simptoma u djece i adolescenata.

Analizom dobivenih rezultata utvrđeno je da je najveći broj ispitanika (oko 60%) u ovom uzorku u posljednja tri mjeseca doživjelo od 6 do 15 od navedenih 35 simptoma, najčešće umor, prekomjerno znojenje, glavobolje, prehlade i ubrzano lupanje srca.

**Ključne riječi:** psihosomatski simptomi, tjelesni simptomi anksioznosti, djeca, adolescenti

Tjelesne pritužbe su vrlo česti razlozi psihologijske opservacije i tretmana djece i adolescenata, bilo da se radi o simptomima somatizacije, o pripremi za neku medicinsku intervenciju koja izaziva napetost i strah kod djeteta i njegove obitelji ili pak prilagodbi na kronične bolesti. Posebno je značajna pomoć psihologa u slučajevima tjelesnih bolesti kod kojih je psihološka prilagodba presudna za razvoj i tok bolesti (astma, dijabetes, epilepsija, leukemija, i dr.). Tjelesni simptomi također su dominantno obilježje nekih duševnih poremećaja koji imaju početak u ranoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji (npr. poremećaja hranjenja, spavanja, eliminiranja, disanja i dr.). Osim toga, tjelesni simptomi imaju izraženu komorbidnost s većinom internaliziranih poremećaja, posebice anksioznih i depresivnih. S obzirom na vrlo složenu pojavnost somatskih simptoma njihovu etiologiju i simptomatologiju potrebno je promatrati, analizirati i tumačiti na kontinuumu od fizioloških do psiholoških utjecaja.

Psihosomatski simptomi predstavljaju sve one tjelesne simptome koji se javljaju pod utjecajem emocionalnih čimbenika, a uključuju jedan organski sustav, obično pod kontrolom autonomnog živčanog sustava. Simptomi se mogu javiti u rasponu od jednog ili više simptoma slabijeg intenziteta pa sve do većeg broja vrlo intenzivnih simptoma koji djetetu ometaju svakodnevno funkcioniranje. U blažem obliku pojedinačni psihosomatski simptomi se mogu javiti kao sastavni dio normalnog razvoja, a osobito tijekom puberteta kada je općenito izraženije obraćanje pozornosti na tjelesne promjene. No, u situacijama kada se dijete ili adolescent teže nosi s nekim životnim situacijama, ti simptomi mogu postati vrlo neugodni, ometati svakodnevno funkcioniranje i zahtijevati pažnju kliničara. Intenzivni simptomi koji traju duže dovode do poremećaja fizioloških sustava i oštećenja organa. Djeca sklona psihosomatskim reakcijama u stresnim situacijama svoje tjeskobe, strahove i napetosti izražavaju tjelesnim putem. Često je intenzitet događaja takav da se dijete zbog vlastite emocionalne i kognitivne nezrelosti niti ne može nositi drugačije nego kroz tjelesne reakcije i poremećaje.

Psihosomatski simptomi vrlo su česti u odraslih, tako da se procjenjuje da je u oko 50% slučajeva posjeta liječniku vezana za takve simptome (Garber, 1998). Prvi simptomi uglavnom se javljaju tijekom djetinjstva i adolescencije, pri čemu pojava jednog simptoma obično prethodi pojavi nekog drugog, premda nisu utvrđeni specifični obrasci u razvoju simptoma. Neki simptomi također pokazuju stabilnost tijekom vremena, tako da npr. djeca koja pokazuju simptome abdominalne boli u djetinjstvu, u 25-50% slučajeva imaju iste simptome i u odrasloj dobi (Walker i sur., 1995).

Posljednjih godina psihosomatski simptomi su sve učestaliji u populaciji djece i mladih. Jedno vrlo opsežno istraživanje u Finskoj pokazuje značajan porast broja simptoma u razdoblju od deset godina (Santalampi i sur., 2005.). Autori smatraju da je razlog tome sve veći broj negativnih stresnih životnih događaja (koji su posebno povezani s glavoboljama), zatim poremećaja u funkcioniranju obitelji, ali i promjena u načinu života mladih. Naime, veliki broj simptoma povezan je s načinom provođenja slobodnog vremena: sjedenje pred kompjutorom i igranje igrice pokazalo se snažnim rizičnim faktorom za razvoj glavobolja u obliku migrena.

Iako je poznato da većina psihosomatskih simptoma i s njima povezanih ponašanja započinje već u djetinjstvu, razmjerno je malo toga poznato o oblicima i rizičnim čimbenicima za razvoj ovih poremećaja u djece i adolescenata.

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 pektoris, 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.

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 simptom. Ove tegobe za osobu predstavljaju takav problem da oštećuju njezino funkcioniranje na socijalnom, akademskom i drugim važnim područjima. **Nediferencirani somatoformni poremećaj** je vrlo sličan somatizaciji, ali je za donošenje dijagnoze potreban manji broj simptoma. **Konverzivni poremećaj** uključuje simptome koji ukazuju na povezanost s nekim neurološkim oštećenjem, iako medicinski nalazi pokazuju da tjelesni organi i živčani sustav normalno funkcioniraju. Najčešće se radi o smetnjama vida, sluha, osjećajima oduzetosti, neugodnim kožnim osjetima, i sl. U slučaju **poremećaj osjeta boli** dominantan simptom je bol koja značajno ometa svakodnevno funkcioniranje, a za takvo stanje ne postoji organska podloga. **Hipohondrija** je oblik somatoformnog poremećaja u kojem je osoba preplavljena strahom od neke teške i ozbiljne bolesti, a u **poremećaju sheme vlastitog tijela** je zaokupljena zamišljenim ili prenaplašenim nedostatkom vlastitog izgleda. Posljednja skupina, somatoformni poremećaji (neodređeni oblik) uključuju sve one poremećaje koji u potpunosti ne ispunjavaju kriterije za neki od navedenih poremećaja.

Najčešći oblik somatoformnih poremećaja je somatizacija. Kod djece se somatizacija najčešće javlja u obliku polisimptomatske kliničke slike, premda se dijete obično žali na jedan, dominantan problem. Tako je npr. u slučaju ponavljajućih abdominalnih boli bol u truhu središnji problem, ali su uz njega najčešće 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.

Osim polisimptomatske kliničke slike, za djecu je specifično da su psihosomatski simptomi u svakoj fazi rasta i razvoja djeteta relativni i promjenjivi. U nizu empirijskih

istraživanja Achenbach i McConaughy (1997) su utvrdili da su za djecu u dobi od 2 do 4 godine najčešći simptomi u obliku smanjenog apetita, odbijanja hrane, konstipacije ili dijareje, zadržavanja daha, pretjerane briga oko vlastite čistoće i urednosti, i sl. U dobi od 4 do 18 godina somatske pritužbe odnose se na glavobolje, trbobilje, mučnine, povraćanje, vrtoglavice, probleme s vidom, i sl. Bernstein i sur. (1997) su u uzorku adolescenata u dobi 12-18 godina koji bježe iz škole utvrdili da su najčešći somatski simptomi drhtanje, crvenilo/bljedilo, znojenje, te gastrointestinalni simptomi. Također je utvrđena situacijska specifičnost u javljanju određenih simptoma: vrtoglavica i dezorijentacija se 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.

Epidemiološka istraživanja problema somatizacije kod djece ne daju konzistentne rezultate. Carr (1999) daje pregled istraživanja na ovu temu prema kojima se prevalencija somatizacije kod djece i adolescenata u općoj populaciji kreće od 2 do 10%. Garber i sur. (1991) navode podatak da više od 50% školske djece ima najmanje jedan simptom somatizacije, a preko 15% ih ima 4 i više simptoma. 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).

Preciznu procjenu broja djece koja imaju probleme u obliku somatizacije zasigurno otežava visoki komorbiditet s anksioznim i depresivnim poremećajima, te bihevioralnim problemima kao što su agresivnost, hiperaktivnost i dr. (Egger i sur., 1999). Carr (1999) navodi da čak u 12-20% slučajeva ispitivane djece se mogu registrirati ovi komorbidni simptomi. S druge strane, epidemiološka istraživanja su također pokazala da je somatizacijski poremećaj rijedak kod djece mlađe od 11 godina, premda se neobjašnjive tjelesne tegobe javljaju u vrlo ranoj dobi (prema Garber i sur. 1991). Autori upozoravaju da je jedan od razloga za probleme u procjeni prevalencije somatizacije u važećim kriterijima za njihovu dijagnostiku. Naime, dijagnostički kriteriji u DSM-IV klasifikaciji (4 simptoma boli, 2 gastrointestinalna simptoma, 1 seksualni i 1 pseudoneurološki) su manje relevantni za djecu koja uglavnom imaju jednostavnije kliničke slike od odraslih. Stoga se u navođenju prevalencije simptoma somatizacije najčešće daje podatak o specifičnim simptomima. Najučestalije su glavobolje (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).

## **METODE PROCJENE PSIHOSOMATSKIH SIMPTOMA**

U procjeni psihosomatskih simptoma u djetinjstvu i adolescenciji uglavnom se koristi manji broj upitnika i skala procjene, koje se međusobno razlikuju s obzirom na kriterije koje koriste za opisivanje simptoma. Procjena psihosomatskih simptoma je općenito vrlo složena jer je uvijek neophodna i kompletna zdravstvena obrada kako bi se provjerilo nisu li tjelesni simptomi koje dijete navodi ipak posljedica neke bolesti ili pak dugotrajni i intenzivni simptomi utječu na opće zdravstveno stanje. Kliničar mora utvrditi

ima li pacijent simptome koji udovoljavaju nekom drugom psihijatrijskom poremećaju i sastavni su dio kliničke slike tog poremećaja.

Jedan od problema koji se u dijagnostici na ovom području javlja, vezan je uz rano prepoznavanje simptoma: dijete vrlo često najprije treba uvjeriti roditelje da mu je potrebna pomoć liječnika. S druge strane roditelji su se pokazali vrlo nepouzdati u identifikaciji i procjeni intenziteta tjelesnih simptoma. Npr. Santalahti i suradnici (2005) su utvrdili da čak kada djeca izvješćuju da simptome glavobolje i ponavljajuće abdominalne boli doživljavaju svakodnevno, neki roditelji (točnije 14% u slučaju glavobolja i 30% u slučaju abdominalnih boli) izjavljuju da dijete nikada nije imalo navedene simptome.

U tom smislu mjerni instrumenti u obliku skala procjene i samoprocjene, koriste se kao prvi korak u dijagnostičkoj proceduri i trijaži, ali ne i za donošenje dijagnostičke odluke. Premda je danas dostupan tek manji broj upitnika tjelesnih simptoma za djecu, istraživanja pokazuju da su već u dobi od 5 godina djeca sposobna razumjeti i koristiti skale procjene kako bi opisala svoje tjelesne simptome, njihovo trajanje i intenzitet (Zeltzer i suradnici, 1988).

Danas se u psihologijskoj literaturi na ovom području koristi nekoliko instrumenata:

*Lista označavanja djetetova ponašanja (CBCL - Child Behavior Checklist)* autora Achenbacha i Edelbrocka (1983, prema Achenbach i McConaughy, 1997), predstavlja najpoznatiji multivarijatan statistički pristup psihopatologiji u djetinjstvu i adolescenciji. CBCL se sastoji od skale procjene za djecu, roditelje i učitelje. Na osnovi rezultata dobivaju se profili internaliziranih i eksternaliziranih ponašanja. Faktorsko analitičkim postupcima utvrđen je faktor tjelesnih simptoma u okviru šire dimenzije internaliziranih poremećaja. Na ovom faktoru zasićenje su imale tvrdnje koje opisuju slijedeće tjelesne simptome: bolove, abdominalne tegobe, mučninu, povraćanje, glavobolje, umor, probleme s vidom i dermatološke probleme.

*Inventar somatizacije za djecu (CSI- Children's Somatization Inventory)* autorice Judy Garber i sur. (1991) sastoji se od 35 simptoma opisanih u DSM kriterijima za somatizacijski poremećaj, a ispitanici procjenjuju koliko su često taj simptom doživjeli u posljednja 2 tjedna.

*Pennebakerov inventar limbičke malaksalosti (PILL- The Pennebaker Inventory of Limbic Languidness)* autora Pennebakera (1982) se koristi za mjerenje učestalosti 54 tjelesna simptoma

Tjelesni simptomi su također opisani u sklopu upitnika depresije i anksioznosti (poput skala depresivnosti CDI (Kovacs, 1981.) i SDD (Vulić-Prtorić, 2003.) ili anksioznosti RCMAS (Reynolds, 1998.) i SKAD-62 (Vulić-Prtorić, 2004.) jer se često javljaju kao sastavni dio kliničke slike ovih emocionalnih problema. Ukoliko se u tim upitnicima tjelesni simptomi jave u većem intenzitetu ili broju, mogu ukazivati na sklonost somatizaciji i psihosomatskim reakcijama.

U našoj zemlji su do sada korištene različite liste i upitnici koji su predstavljale prijevode navedenih mjernih instrumenata ili su pak bile konstruirane u svrhu konkretnih istraživanja. Najčešće korišteni su *Upitnik za ispitivanje somatskih reakcija u djece*

(Keresteš, Kuterovac-Jagodić i Vizek-Vidović, 1993.) i *Ljestvica psihosomatskih simptoma* (Bezinović i Tkalčić, 2002). Sa svrhom dobivanja što pouzdanijeg instrumenta za ispitivanje psihosomatskih simptoma u djetinjstvu i adolescenciji za potrebe istraživanja i kliničke procjene konstruiran je upitnik PSS.

Cilj konstrukcije PSSa bilo je dobivanje instrumenta za procjenu psihosomatskih simptoma kojim će se moći prikupiti što više informacija, ne samo o broju i učestalosti pojavljivanja pojedinih simptoma, već i o subjektivnom doživljaju neugode i ometanja u svakodnevnom životu. U tom smislu cilj je bio konstruirati upitnik:

- koji će sadržavati listu simptoma opisanih u okviru psihosomatskih i somatoformnih poremećaja u DSM-IV klasifikaciji (pri tome su, kao i u svim sličnim upitnicima za djecu i adolescente, isključeni simptomi seksualnih problema)
- koji će sadržavati listu najčešćih tjelesnih simptoma koji se opisuju u literaturi iz područja psihosomatskih i somatoformnih tegoba u djetinjstvu i adolescenciji (uključeni su i oni simptomi kojih nema u DSM-IV kriterijima, a u empirijskim istraživanjima su se pokazali značajnim pokazateljima psihosomatskih tegoba kod djece i adolescenata- npr. dermatološki simptomi)
- koji će sadržavati simptome iz što većeg opsega različitih područja: pseudoneurološki, kardiovaskularni, gastrointestinalni, dermatološki i respiratorni simptomi, te simptomi boli i opće slabosti, i dr.
- pomoću kojeg će se osim broja simptoma, njihove vrste i procjene učestalosti, moći dobiti i informacija o subjektivnom doživljaju ometanja, tj. procjena ispitanika u kojoj mjeri simptom koji doživljava otežava njegovo svakodnevno funkcioniranje. Naime, pošlo se od glavnih smjernica u dijagnostici prema kojima se u razlikovanju normalnih od patoloških oblika simptoma koristi pet osnovnih kriterija: situacijska primjerenost, intenzitet simptoma, trajanje simptoma, stupanj u kojem simptomi ometaju svakodnevno funkcioniranje i razvojna (ne)primjerenost simptoma.

## METODA

### Ispitanici

U ispitivanju je sudjelovalo 275 ispitanika (134 djevojčice i 141 dječak), učenika od petog do osmog razreda dvije osnovne škole. Istraživanje je provedeno u sklopu znanstvenoistraživačkog projekta *Psihosocijalni aspekti psihopatologije u djetinjstvu i adolescenciji* financiranog od strane Ministarstva znanosti i tehnologije Republike Hrvatske pod brojem 0070012.

U ovom radu prezentiran je samo dio rezultata dobivenih primjenom upitnika PSS i Skale tjelesnih simptoma anksioznosti, koja je jedna od subskala Skale strahova i anksioznosti za djecu i adolescente SKAD-62 (Vulić-Prtorić, 2004).

## Instrumentarij

**Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente PSS** sastavljen je od liste od 35 simptoma i senzacije, 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). U Tablici 1. navedeni su simptomi iz liste PSS s obzirom na njihovu pripadnost pojedinom tjelesnom području funkcioniranja.

Tablica 1. Simptomi u PSS

<b>Pseudoneurološki (9)</b>	Vrtoglavica, gubitak ravnoteže, knedla u grlu, dvostruka slika, zamućeni vid, iznenadni gubitak vida, iznenadni gubitak sluha, nesvjestica, iznenadni gubitak pamćenja
<b>Kardiovaskularni (3)</b>	Ubrzano lupanje srca, bol u grudima, prekomjerno znojenje
<b>Muskulturni (2)</b>	Mišićna napetost, slabost mišića
<b>Respiratorni (3)</b>	Teškoće disanja, osjećaj gušenja, prehlada (začepljen nos, kašalj i sl.)
<b>Gastrointestinalni (9)</b>	Mučnina, grčevi u truhu (osim menstrualnih bolova), proljev, povraćanje, nadutost, gubitak apetita, nepodnošenje nekih vrsta hrane, opstipacija ili neredovita stolica, žgaravica
<b>Dermatološki (3)</b>	Kožni osip, svrbež / crvenilo kože, akne ili bubuljice
<b>Bol / osjećaj slabosti (6)</b>	Glavobolje, bol u leđima, manjak energije / umor, povišena tjelesna temperatura, bol u zglobovima, bol u rukama / nogama

- 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.?*)

**Skala tjelesnih simptoma anksioznosti SOMA** je jedna od 8 subskala iz Skale strahova i anksioznosti za djecu i adolescente SKAD-62 (Vulić-Prtorić, 2004). Skala SKAD-62 opisuje simptome anksioznosti koji čine klastere adekvatne kategorijama opisanim u DSM-IV klasifikaciji. Skala se sastoji od 62 tvrdnje podijeljene u 8 subskala koje pokrivaju područje različitih simptoma i manifestacija anksioznosti: generalizirane, separacijske, socijalne i ispitne anksioznosti, opsesivno kompulzivne simptome, specifične strahove i fobije, te sklonost paničnim napadima i tjelesni simptomi anksioznosti. Na reprezentativnom uzorku osnovnoškolskih i srednjoškolskih učenika u nekoliko škola u Hrvatskoj, utvrđeni su normativni i psihometrijski podaci. Pouzdanost skale SKAD-62 iznosi 0,946 – tip Cronbach alfa. Skala SOMA je sastavljena od 15 tvrdnji koje opisuju tjelesne simptome, te interpretaciju tih simptoma, tj. anksioznu osjetljivost. Pouzdanost ove skale u normativnom uzorku djece je 0,828 – tip Cronbach alfa.

### **Postupak**

Upitnici su primijenjeni grupno u vrijeme održavanja redovite nastave. Upitnike su primijenili školski psiholog i apsolutni 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.



## REZULTATI I RASPRAVA

Obrada i analiza rezultata dobivenih primjenom upitnika PSS odvijala se u dvije faze: prvo su utvrđeni psihometrijski pokazatelji PSSa, a zatim je izvršena analiza i interpretacija rezultata tj. pokazatelja vezanih za somatske simptome.

### I. PSIHOMETRIJSKE KARAKTERISTIKE UPITNIKA PSS

#### Valjanost

**Sadržajna valjanost** upitnika PSS utvrđena je u prvoj fazi konstrukcije. Naime, u tom prvom koraku stručnjaci iz ovog područja vršili su odabir tvrdnji koje će opisivati simptome u skladu s ciljevima postavljenim prije konstrukcije skale. Pri tome se vodilo računa da opisani simptomi predstavljaju sve aspekte somatskih problema koji su se kroz teorije i empirijska istraživanja do sada pokazali indikativnima za fenomenologiju somatoformnih poremećaja u djece i adolescenata.

**Konstruktna valjanost** provjerena je faktorskom analizom na zajedničke faktore s Varimax rotacijom. Valja napomenuti da većina autora smatra da faktorizacija lista simptoma, poput liste u upitniku PSS, je u nekoj mjeri upitna zbog raznolikosti samih simptoma. Faktorskom analizom (metoda zajedničkih faktora uz Varimax rotaciju i Kaiser-Guttmanov kriterij ekstrakcije faktora s karakterističnim korijenom većim od 1)) dobivena su 3 faktora za obje subskale PSS- procjenu frekvencije i procjenu ometanja. U oba slučaja faktori su uglavnom bili neinterpretabilni, pa su stoga provedene faktorske analize s ograničenjem na jedan faktor (Tablica 2). Ovim analizama utvrđeno je postojanje jednog generalnog faktora za subskalu frekvencije (koji objašnjava oko 22% zajedničke varijance) i jednog za subskalu ometanja (objašnjava oko 29% zajedničke varijance). U subskali frekvencije od 35 čestica dvije nisu imale zasićenje veće od 0,30 (pod rednim brojem 14. i 15.), no kako su te čestice na skali procjene ometanja imale visoka zasićenja odlučeno je da ostanu sastavni dio liste simptoma. U subskali ometanja sve čestice su imale zadovoljavajuća faktorska zasićenja (veća od 0,30).

S obzirom na dobivene pokazatelje ukupan rezultat na PSS računa se kao zbroj procjena na svim česticama (jednostavna aditivna linearna kombinacija), odvojeno za frekvenciju javljanja simptoma i procjenu ometanja.

Tablica 2. Rezultati provedene faktorske analize s ograničenjem na jedan faktor-  
procjena **frekvencije** javljanja simptoma i procjena **ometanja** (N= 288)

R.br.	Simptomi u PSS	Frekvencija		Ometanje	
		Faktorsko zasićenje	$h^2$	Faktorsko zasićenje	$h^2$
1.	Glavobolje	0,49	0,24	0,49	0,24
2.	Vrtoglavica	0,49	0,25	0,58	0,34
3.	Bol u leđima	0,43	0,18	0,49	0,24
4.	Manjak energije / umor	0,58	0,34	0,49	0,24
5.	Povišena tjelesna temperatura	0,42	0,18	0,54	0,29
6.	Bol u zglobovima	0,45	0,21	0,43	0,19
7.	Bol u rukama / nogama	0,53	0,29	0,49	0,23
8.	Gubitak ravnoteže	0,59	0,35	0,54	0,29
9.	Mišićna napetost	0,41	0,17	0,50	0,25
10.	Slabost mišića	0,49	0,24	0,63	0,39
11.	“Knedla“ u grlu	0,43	0,18	0,65	0,42
12.	Dvostruka slika	0,64	0,41	0,69	0,47
13.	Zamućeni vid	0,57	0,32	0,71	0,50
14.	Iznenadni gubitak vida	0,278	0,08	0,62	0,39
15.	Iznenadni gubitak sluha	0,23	0,05	0,61	0,37
16.	Nesvjestica	0,45	0,20	0,67	0,45
17.	Iznenadni gubitak pamćenja	0,42	0,17	0,62	0,38
18.	Ubrzano lupanje srca	0,58	0,34	0,49	0,25
19.	Bol u grudima	0,41	0,17	0,44	0,19
20.	Mučnina	0,56	0,31	0,51	0,27
21.	Grčevi u trbuhu (osim menstrualnih bolova)	0,43	0,19	0,50	0,25
22.	Proljev	0,43	0,19	0,49	0,25
23.	Povraćanje	0,43	0,18	0,53	0,28
24.	Nadutost	0,57	0,33	0,57	0,33
25.	Gubitak apetita	0,49	0,24	0,48	0,23
26.	Nepodnošenje nekih vrsta hrane	0,30	0,09	0,31	0,09
27.	Opstipacija ili neredovita stolica	0,47	0,22	0,61	0,37
28.	Žgaravica	0,47	0,22	0,55	0,30
29.	Teškoće disanja	0,50	0,25	0,60	0,36
30.	Osjećaj gušenja	0,54	0,29	0,60	0,37
31.	Kožni osip	0,50	0,25	0,52	0,27
32.	Svrbež/ crvenilo kože	0,49	0,24	0,52	0,28
33.	Akne ili bubuljice	0,33	0,11	0,35	0,12
34.	Prehlada (začepljen nos, kašalj, i sl.)	0,39	0,16	0,44	0,19
35.	Prekomjerno znojenje	0,35	0,12	0,42	0,17
<b>Karakteristični korijen:</b>		7,76		10,25	
<b>% objašnjene varijance:</b>		22%		29%	

Osim sadržajne i konstruktne valjanosti, provjerena je i **konvergentna valjanost** upitnika PSS. U tu svrhu provjerena je povezanost rezultata na upitniku PSS s rezultatima u nekim drugim, relevantnim varijablama.

Izračunata je korelacija između rezultata na upitniku PSS i rezultata na *Skali tjelesnih simptoma anksioznosti* SOMA. Djeca i adolescenti s visokim rezultatom na skali SOMA doživljavaju u različitim situacijama veći broj tjelesnih simptoma poput mučnine, vrtoglavice, ubrzanog lupanja srca i sl. Intenzivni simptomi tjelesne anksioznosti koji traju duže vrijeme i značajno ometaju svakodnevne aktivnosti djeteta ili adolescenta (dijete ostaje kod kuće jer se osjeća bolesno) mogu upućivati na sklonost psihosomatskim reakcijama i somatizaciji. Utvrđena je značajna, pozitivna korelacija između rezultata istog ispitanika u ove dvije skale: Pearsonov koeficijent korelacije iznosi **0,41** za subskalu frekvencije i **0,40** za subskalu ometanja.

Utvrđena je niska, ali još uvijek značajna, negativna korelacija između rezultata na upitniku PSS i procjene vlastitog zdravstvenog statusa: Pearsonov koeficijent korelacije iznosi **-0,20** za subskalu frekvencije i **-0,14** za subskalu ometanja.

Korelacija između rezultata na upitniku PSS i težih zdravstvenih problema u obliku bolesti nije se pokazala značajnom: Pearsonov koeficijent korelacije iznosi **0,10** za subskalu frekvencije i **0,09** za subskalu ometanja.

### **Osjetljivost**

Kao indikator osjetljivosti upitnika PSS korišten je totalni raspon odgovora na pojedinačnim česticama. Na svim česticama upitnika PSS utvrđen je maksimalni mogući raspon od 1 do 4 boda. To znači da je za svaku česticu barem jedan ispitanik u ispitivanom uzorku odabrao maksimalni broj bodova.

### **Pouzdanost**

Pouzdanost upitnika PSS provjerena je koeficijentima unutarne konzistencije i prema dobivenim rezultatima radi se o upitniku zadovoljavajuće pouzdanosti. Pouzdanost za cijelu skalu od 35 čestica iznosi **Cronbach alpha 0,895 za subskalu frekvencije i 0,929 za subskalu ometanja**.

Čestice u najvećoj mjeri ispituju isti fenomen, što je očigledno i iz korelacija između rezultata na pojedinoj čestici i ukupnog rezultata. Prosječna korelacija među česticama iznosi 0,211 za subskalu frekvencije i 0,284 za subskalu ometanja.

Psihometrijske karakteristike upitnika PSS navedene su u Tablici 3.

Tablica 3. Osnovni deskriptivni parametri upitnika PSS

	<i>Procjena frekvencije</i>	<i>Procjena ometanja</i>
<b>Aritmetička sredina</b>	<b>50,38</b>	<b>47,71</b>
<b>Standardna devijacija</b>	<b>11,10</b>	<b>11,35</b>
<b>Raspon</b>	<b>35-110</b>	<b>35-99</b>
<b>K-S test normalnosti distribucije</b>	<b>D=0,12; p&lt;0,01</b>	<b>D=0,14; p&lt;0,01</b>
<b>Cronbach <math>\alpha</math></b>	<b>0,895</b>	<b>0,929</b>
<b>Prosječna korelacija među česticama</b>	<b>0,211</b>	<b>0,284</b>

Distribucija ukupnih rezultata pozitivno je asimetrična što znači da veći broj djece i adolescenata ima niže rezultate na upitniku PSS, tj. ima manji broj psihosomatskih simptoma. Ovaj rezultat u skladu je s pokazateljima u Tablici 4., te s rezultatima dosadašnjih istraživanja na ovom području. Za očekivati je da samo manji broj djece i adolescenata ima izražene tjelesne tegobe poput onih opisanih u upitniku PSS.

Korelacija između ukupnog rezultata na subskali frekvencije i subskali ometanja je očekivano visoka i iznosi **0,75**. Djeca koja češće doživljavaju tjelesne simptome, procjenjuju da ih ti simptomi i više ometaju u svakodnevnim aktivnostima. Prosječna korelacija između čestine javljanja pojedinih simptoma i procjene njihova ometanja kreće se od **0,20 do 0,75** (svi koeficijenti značajni su na razini  $p<0,05$ ). Najizraženija povezanost (veća od 0,70) je za slijedeće simptome: glavobolje, bol u zglobovima, *knedla* u grlu, bol u grudima, grčevi u trbuhu i teškoće disanja.

Upitnik PSS pokazao je dobre psihometrijske karakteristike te se kao takav može preporučiti za korištenje kako u istraživačke tako i u dijagnostičke svrhe. Njegova prednost nad dosadašnjim upitnicima sličnog tipa je u tome što osim liste simptoma sadrži i subjektivnu procjenu njihovog ometanja u svakodnevnim aktivnostima. U kliničkim uvjetima ona može biti korisna nadopuna metodi intervjua.

## II. ANALIZA SIMPTOMA U UPITNIKU PSS

Rezultati dobiveni primjenom upitnika PSS mogu se analizirati s obzirom na nekoliko osnovnih pokazatelja, koji su osobito korisni za potrebe kliničke procjene.

**Subjektivni doživljaj zdravlja** utvrđuje se s obzirom na podatak o tome kako ispitanik općenito procjenjuje vlastito zdravlje (prvo pitanje u Upitniku PSS). Najveći broj ispitanika (preko 90%) u ovom istraživanju procjenjuje vlastito zdravlje **vrlo dobrim ili izvrsnim** ( $M=3,43$ ;  $SD=0,687$ ; raspon=1-4). Od ukupnog broja ispitanika njih 1,6% procjenjuju svoje zdravlje lošim, 6,3% osrednjim, 36,3% vrlo dobrim i 55,8%

izvršnim. Rezultati dobiveni u ovom istraživanju gotovo su identični rezultatima istraživanja zdravstvenog statusa školske djece u Hrvatskoj gdje je također korišteno isto pitanje u procjeni subjektivnog doživljaja zdravlja (Kuzman i sur., 2004).

**Učestalost psihosomatskih simptoma** utvrđuje se na razini ukupnog broja simptoma i na razini broja pojedinačnih simptoma. S obzirom na **ukupan broj** doživljenih simptoma pokazatelji su navedeni u Tablici 3. Kao što se može vidjeti, distribucija rezultata je pomaknuta prema nižim vrijednostima, što je u slučajevima kada se ispituju ovakvi fenomeni i očekivano. Osim toga, utvrđeni su još neki pokazatelji pojavnosti tjelesnih simptoma u ovom uzorku: najveći broj ispitanika, njih gotovo 60%, je u posljednja tri mjeseca doživjelo 6 do 15 od navedenih 35 simptoma (Tablica 4).

Tablica 4. Broj ispitanika s obzirom na ukupni broj doživljenih simptoma u PSS

UKUPNI BROJ SIMPTOMA	BROJ ISPITANIKA (N)	%
0	7	2,5
1-5	48	17,3
6-10	74	26,6
11-15	89	32,1
16-20	31	11,1
21-25	20	7,2
26-30	7	2,5
31-35	2	0,7
N =		278

Frekvencija doživljavanja **pojedinih simptoma** procjenjuje se na skali Likertovog tipa od 1 do 4. Kao što se iz Tablice 5. može vidjeti, raspon procjena za pojedine simptome je od 1,05 do 2,15 – prosječna vrijednost iznosi 1,44. S obzirom na prosječnu čestinu doživljavanja **pojedinačnih** simptoma pokazalo se da ispitanici u ovom uzorku najčešće doživljavaju redom slijedeće tjelesne simptome (Tablica 5., stupac s aritmetičkim sredinama): umor, prekomjerno znojenje, glavobolje, prehlade, ubrzano lupanje srca. Najveći broj ispitanika doživio je u zadnja 3 mjeseca redom (stupac s postocima u Tablici 5.): prehladu (73,7%), manjak energije i umor (72,7%), glavobolje (68,7%), mučninu (56,1%), prekomjerno znojenje (53,2%).

Tablica 5. Aritmetičke sredine i standardne devijacije čestica u PSS, te % ispitanika koji su taj simptom doživjeli nekoliko puta mjesečno i češće (procjene 2, 3 i 4 na skali frekvencije) (N=278)

	SIMPTOMI	%	frekvencija		Ometanje	
			M	SD	M	SD
1.	Glavobolje	<b>68,7</b>	1,88	0,79	1,73	0,69
2.	Vrtoglavica	<b>31,3</b>	1,41	0,71	1,40	0,64
3.	Bol u leđima	<b>43,2</b>	1,65	0,88	1,50	0,66
4.	Manjak energije / umor	<b>72,7</b>	2,15	0,92	1,74	0,67
5.	Povišena tjelesna temperatura	<b>45,3</b>	1,50	0,59	1,48	0,63
6.	Bol u zglobovima	<b>43,5</b>	1,63	0,85	1,49	0,66
7.	Bol u rukama / nogama	<b>49,3</b>	1,68	0,81	1,49	0,62
8.	Gubitak ravnoteže	<b>14,0</b>	1,19	0,54	1,19	0,48
9.	Mišićna napetost	<b>39,9</b>	1,51	0,73	1,38	0,58
10.	Slabost mišića	<b>22,3</b>	1,28	0,57	1,25	0,55
11.	“Knedla“ u grlu	<b>26,9</b>	1,34	0,60	1,32	0,59
12.	Dvostruka slika	<b>15,8</b>	1,22	0,58	1,28	0,59
13.	Zamućeni vid	<b>21,9</b>	1,32	0,69	1,35	0,64
14.	Iznenadni gubitak vida	<b>4,3</b>	1,07	0,39	1,16	0,52
15.	Iznenadni gubitak sluha	<b>3,6</b>	1,05	0,28	1,16	0,49
16.	Nesvjestica	<b>5,4</b>	1,07	0,33	1,15	0,47
17.	Iznenadni gubitak pamćenja	<b>12,6</b>	1,17	0,51	1,24	0,60
18.	Ubrzano lupanje srca	<b>52,9</b>	1,79	0,91	1,42	0,60
19.	Bol u grudima	<b>30,6</b>	1,42	0,74	1,34	0,59
20.	Mučnina	<b>56,1</b>	1,67	0,69	1,61	0,69
21.	Grčevi u truhu (osim menstrualnih bolova)	<b>29,8</b>	1,38	0,66	1,40	0,66
22.	Proljev	<b>35,6</b>	1,36	0,50	1,31	0,54
23.	Povraćanje	<b>31,7</b>	1,34	0,55	1,36	0,63
24.	Nadutost	<b>17,9</b>	1,22	0,52	1,19	0,46
25.	Gubitak apetita	<b>38,12</b>	1,50	0,74	1,29	0,56
26.	Nepodnošenje nekih vrsta hrane	<b>49,6</b>	1,74	0,91	1,47	0,67
27.	Opstipacija ili neredovita stolica	<b>13,3</b>	1,14	0,39	1,15	0,46
28.	Žgaravica	<b>17,6</b>	1,23	0,56	1,20	0,48
29.	Teškoće disanja	<b>20,9</b>	1,26	0,57	1,31	0,61
30.	Osjećaj gušenja	<b>11,5</b>	1,13	0,41	1,22	0,56
31.	Kožni osip	<b>16,5</b>	1,21	0,56	1,21	0,50
32.	Svrbež/ crvenilo kože	<b>23,0</b>	1,31	0,65	1,26	0,55
33.	Akne ili bubuljice	<b>42,1</b>	1,72	1,0	1,37	0,64
34.	Prehlada (začepljen nos, kašalj, i sl.)	<b>73,7</b>	1,86	0,65	1,65	0,70
35.	Prekomjerno znojenje	<b>53,2</b>	1,88	0,97	1,49	0,66

Na intenzitet doživljavanja određenih simptoma ukazuju tri podatka iz Upitnika PSS: ukupni rezultat sa subskale subjektivne procjene intenziteta ometanja, subjektivna procjena intenziteta ometanja za svaki simptom pojedinačno i odgovor na drugo dopunsko pitanje u upitniku (*Da li si zbog navedenih zdravstvenih problema morao ići liječniku?*). Prvi podatak dobiva se zbrojem svih procjena na subskali ometanja. Rezultat dobiven u ovom istraživanju prikazan je u Tablici 3. Subjektivna procjena intenziteta ometanja za svaki simptom pojedinačno vršena je na skali Likertovog tipa od 1 do 3, a rezultati su prikazani u Tablici 5. Raspon procjena za stupanj ometanja pojedinih simptoma je od 1,15 do 1,74 – prosječna vrijednost iznosi 1,36. Kao najviše ometajući navode se redom slijedeći simptomi: umor, glavobolja, prehlada, mučnina, bol u leđima. S obzirom na odgovore na pitanje da li se ispitanik zbog svojih simptoma morao javiti liječniku rezultati pokazuju slijedeće: 62% ispitanika nije moralo liječniku zbog svojih simptoma, dok je njih 38% potražilo pomoć liječnika.

U kliničkoj procjeni uputno je izvršiti analizu odgovora na upitniku PSS po česticama. Naime, kao i uvijek kada se radi o ovakvim oblicima samoprocjene, ispitanik može imati manji broj simptoma, koji se ne javljaju tako često, ali značajno ometaju djetetove svakodnevne aktivnosti. Kod drugog djeteta se može raditi o većem broju simptoma koji svi pomalo pridonose ometanju svakodnevnog života, što opet ima drugačije implikacije na kliničku procjenu i intervenciju. Utvrđivanje klastera simptoma također je od izuzetne važnosti. Na primjer, tenzijske glavobolje su najčešće praćene simptomima poput osjećaja gušenja, osjećaja težine i napetosti u vratu, ramenima i glavi, dok je migrena praćena smetnjama vida, mučninom i povraćanjem.

U svim onim slučajevima kada se radi o psihosomatskim simptomima, prvi korak u dijagnostičkoj proceduri je utvrđivanje zdravstvenog statusa djeteta ili adolescenta, to jest provjera jesu li navedeni simptomi povezani s nekim zdravstvenim problemima. U tom smislu se pokazalo korisnim u postupku rane trijaže prepoznati onu djecu koja već imaju neki, od ranije dijagnosticirani zdravstveni problem. Stoga je treće dopunsko pitanje u Upitniku PSS namijenjeno dobivanju upravo tih podataka. Na pitanje boluju li od neke bolesti 19% ispitanika u ovom uzorku je odgovorilo potvrdno. Najčešće se navode redom: alergije, astma, dijabetes, migrena, bolesti štitnjače, kožne bolesti, bolesti bubrega, i dr. Analizom varijance provjereno je razlikuju li se ispitanici koji boluju od onih koji ne boluju od neke bolesti s obzirom na rezultat u upitniku PSS. Dobiveni rezultati pokazuju da između te dvije skupine nema statistički značajne razlike. Slični rezultati dobiveni su u istraživanjima u kojima su sudjelovale skupine teško oboljele djece (oboljeli od karcinoma, leukemije, i sl.). Pokazalo se djeca oboljela od karcinoma ne razlikuju od zdrave djece s obzirom na procjenu ometanja i neugode simptoma poput povraćanja i mučnine (Zeltzer i sur., 1988.). Autori smatraju da dob djeteta i njegova razvojna zrelost imaju snažniji utjecaj na procjenu simptoma od osobnog iskustva s određenim simptomom.

Budući da su u većini istraživanja utvrđene razlike u broju i vrsti simptoma s obzirom na spol i dob ispitanika, te razlike su provjerene i u ovom istraživanju. Jednosmjernom analizom varijance utvrđeno je da se dječaci i djevojčice različite dobi ne razlikuju značajno s obzirom na ukupni broj doživljenih simptoma, ali je ta razlika značajna na razini pojedinačnih simptoma. U odnosu na dječake, djevojčice značajno češće doživljavaju slijedećih 9 od 35 simptoma: glavobolje, vrtoglavice, bolove u leđima, gubitak ravnoteže, *knedla* u grlu, zamučeni vid, bol u grudima, mučnina, akne ili

bubuljice. S obzirom na ukupnu procjenu ometanja utvrđene su statistički značajne razlike s obzirom na spol ( $F/1,273/8,852$ ;  $p=0,003$ ), ali ne i dob. Interakcijski efekti dobi i spola provjereni su dvosmjernim analizama varijance. Djevojčice i dječaci različite dobi nisu se značajno razlikovali s obzirom na ukupni broj doživljenih simptoma, ali su se razlikovali s obzirom na procjenu ometenosti: dječaci 6. razreda imali su značajno niže rezultate od djevojčica 5., 7., i 8. razreda ( $F/7,264/2,591$ ;  $p=0,013$ ). U odnosu na dječake, djevojčice procjenjuju da ih simptomi koje doživljavaju općenito ometaju u svakodnevnom životu značajno više. Dobiveni rezultati u skladu su s rezultatima drugih istraživanja na ovom području. 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.

## ZAKLJUČAK

*Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente (PSS)* konstruiran je s ciljem dobivanja pouzdanog mjernog instrumenta kojim će se moći prikupiti što veći broj pokazatelja relevantnih za predmet ispitivanja. Rezultati provedenog istraživanja pokazuju da je PSS upitnik zadovoljavajućih psihometrijskih kvaliteta kojim se može poboljšati klinička procjena i istraživanja na ovom području.

*Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente (PSS)* sadrži listu od 35 simptoma iz 7 tjelesnih područja funkcioniranja (psudoneurološki, kardiovaskularni, mišićni, respiratorni, gastrointestinalni, dermatološki, bolovi / osjećaj slabosti). Svaki simptom ispitanici procjenjuju s obzirom na čestinu pojavljivanja i stupanj u kojem navedeni simptom ometa svakodnevne aktivnosti. Oba pokazatelja su izuzetno važna u kliničkoj procjeni jer su neophodni prilikom donošenja dijagnostičke odluke, a u skladu su i s dijagnostičkim kriterijima u DSM-IV klasifikaciji. Sastavni dio upitnika su i 3 dopunska pitanja kojima se dodatno procjenjuje intenzitet doživljenih simptoma, te opći zdravstveni status djeteta.

Osim dobrih psihometrijskih kvaliteta *Upitnika psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente (PSS)* u ovom istraživanju je utvrđeno da se psihosomatski simptomi javljaju neovisno o zdravstvenom statusu djeteta, te da su rezultati na upitniku značajno povezani s tjelesnim simptomima anksioznosti. Tjelesni simptomi anksioznosti predstavljaju specifične tjelesne reakcije koje se javljaju u situacijama povećane emocionalne uzbuđenosti.

U ovom istraživanju je također provjereno postoji li razlika između ispitanika različite dobi i spola s obzirom na njihov rezultat u *Upitniku psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente (PSS)*. Razlike nisu bile statistički značajne u ukupnom rezultatu procjene učestalosti javljanja simptoma, ali su se djevojčice imale značajno veći rezultat u 9 od 35 pojedinačnih simptoma. Razlike u dobi se nisu pokazale značajnima, što je u skladu s rezultatima dosadašnjih istraživanja prema kojima se pokazalo da tek nakon 14.,



15. godine djevojčice imaju sve veći broj simptoma u usporedbi s dječacima. Na veću vulnerabilnost djevojčica u tom smislu ukazuje i podatak o značajnoj razlici između dječaka i djevojčica u procjeni ometanja: U odnosu na dječake, djevojčice procjenjuju da ih simptomi koje doživljavaju općenito ometaju u svakodnevnom životu značajno više.

## LITERATURA

Achenbach T.M., McConaughy S.H. (1997) *Empirically Based Assessment of Child and Adolescent Psychopathology*, London: SAGE Publications.

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

Bernstein GA, Massie ED., Thuras PD., Perwien AR., Borchardt CM., Crosby RD. (1997) **Somatic symptoms in anxious - depressed school refusers**, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol.36, No.5,661-8.

Bezinović P., Tkalčić M. (2002) **Škola i psihosomatski simptomi kod srednjoškolaca**, *Napredak*, 143(3), 279-290.

Carr A. (1999) *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology*, London, New York: Routledge.

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*, Vol.37, No.7, 852-860.

Garber J. (1998) *Somatiform Disorders in Childhood and Adolescence*, *Coprehensive Clinical Psychology*, Elsevier Science Ltd

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*, Vol.3, No.4, 588-595.

Keresteš G., Kuterovac-Jagodić G., Vizek-Vidović V. (1994) **Upitnik za ispitivanje somatskih reakcija djece**. U: Vizek-Vidović V., Arambašić L., Kuterovac-Jagodić G., Franc R., Bunjevac T. *Ispitivanje psihometrijskih karakteristika baterije upitnika za procjenu traumatskih i stresnih reakcija školske djece*, (neobjavljeni rukopis)

Kuzman M., Franelić I.P., Pavić-Šimetin I. (2004) **Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2001/2002**, Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Kovacs M. (1981) **Rating scales to assess depression in school-aged children**, *Acta Peadopsychiatrica*, Vol.46,305-315

Meesters C., Muris P., Ghys A., Reumerman T., Rooijmans M. (2003) **The Children's Somatization Inventory: Further evidence for its reliability and validity in a pediatric and community sample of Dutch children and adolescents**, *Journal of Pediatric Psychology*, Vol.28, No.6, 413-422.

Pennebaker J.W. (1982) *The Psychology of Physical Symptoms*, New York: Spreiger-Verlag

Reynolds W.M. (1998) *Depression, Coprehensive Clinical Psychology*, Elsevier Science Ltd

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*, Vol.115, No.4, 434-442.

Vulić-Prtorić A. (2003). *SDD- Priručnik za skalu depresivnosti za djecu i adolescente*, Jastrebarsko: Naklada Slap

Vulić-Prtorić A. (2004). *SKAD-62 Priručnik za skalu strahova i anksioznosti za djecu i adolescente*, Jastrebarsko: Naklada Slap

Walker L.S., Garber J., Greene J.W. (1994) **Somatic complaints in pediatric patients: A prospective study of the role of negative life events, child social and academic competence and parental somatic symptoms**, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.62, No.6, 1213-1221.

Walker L.S., Garber J., Van Slyke D., Greene J.W. (1995) **Long term health outcomes in patients with recurrent abdominal pain**, *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 233-245.

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*, Vol.56, No.4, 567-572.