

UDK/UDC 613.86 616.89-008.444.1

ISSN 0351-0093

Izvorni znanstveni članak

Coden: MEJAD6 34(2004) 1-2

STRES I TJELESNI SIMPTOMI ANKSIOZNOSTI U DJECE I ADOLESCENATA *

Doc.dr.sc. Anita Vulić-Prtorić

Odjel za psihologiju, Sveučilište u Zadru
e-mail: avulic@unizd.hr

Mr.sc. Slavka Galić

Odjel za neurologiju, psihijatriju i kliničku psihologiju
Opća županijska bolnica, Požega
Osječka bb, 34000 Požega

Sažetak

U radu su prikazani rezultati istraživanja odnosa između izloženosti različitim stresnim životnim događajima i tjelesnih simptoma anksioznosti u uzorku od 353 ispitanika, učenika od 5. razreda osnovne do 4. razreda srednje škole.

Za ispitivanje stresnih životnih događaja korištena je *Skala stresnih životnih događaja za djecu i adolescente STRES-D* koja se sastoji od 44 tvrdnje koje opisuju školske, socijalne, obiteljske, medicinske i ratne stresne događaje.

Sklonost somatizaciji opisana je u obliku tjelesnih simptoma koji se javljaju u situacijama separacije i evaluacije, socijalnim kontaktima, te interpretacije tih simptoma. U svrhu utvrđivanja ovih simptoma korištena je *Skala tjelesnih simptoma anksioznosti SOMA*.

Prema dobivenim rezultatima tjelesni simptomi anksioznosti su najizraženiji kod djece i adolescenata koji doživljavaju stresne događaje u kojima je ugroženo njihovo samopoštovanje ili u kojima postoji neki konflikt ili problem u komunikaciji s roditeljima.

Ključne riječi: stresni životni događaji, tjelesni simptomi anksioznosti, djeca, adolescenti

-
- 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. Za dodatne informacije vezane uz ovaj rad zainteresirani čitatelji mogu se obratiti pismeno autorima ili putem e-mail adrese: avulic@unizd.hr
 - Dio rezultata u ovom radu prezentiran je na znanstveno stručnom skupu XIV. Dani psihologije, Zadar, 2004.

UVOD

Stresni životni događaji predstavljaju najčešće proučavane rizične, okolinske faktore u razvoju psihopatologije u djetinjstvu i adolescenciji. To mogu biti svakodnevne teškoće koje predstavljaju iritirajuće ili frustrirajuće zahtjeve iz okoline, događaji koje dijete očekuje ili priželjkuje, ali se ne ostvaruju, ali i intenzivni stresni događaji poput trauma koji su užasavajući i vrlo uznemirujući za dijete. Proučavanje utjecaja stresnih životnih događaja i načina suočavanja s tim događajima na razvoj psihopatologije, sastavni je dio svih dosad opisanih teorija i istraživanja. Stresni životni događaji mogu prethoditi različitim poremećajima, mogu povećati rizik za njihovo javljanje, a mogu se javiti i kao posljedica tih poremećaja. Osnovna karakteristika, koja značajno utječe na proučavanje njihove uloge u razvoju psihopatologije, je da se stresni životni događaji rijetko javljaju pojedinačno. Obično su međusobno povezani ili jedan povlači drugi (nezaposlenost, alkoholizam, bolest u obitelji, bračni konflikti)¹.

U potrazi za mehanizmima koji imaju ulogu medijatora i posreduju između stresnih događaja i javljanja simptoma dobiveni su višestruki odgovori. Pokazalo se da veći broj varijabli – dob djeteta, spol, vrsta stresnog događaja, reakcije roditelja i obitelji, strategije suočavanja i dr.- odgovaraju na pitanje zašto neka djeca u određenim stresnim situacijama reagiraju razvojem različitih simptoma psihopatologije, a druga ne. U tom smislu posebno se značajnim pokazao način na koji dijete procjenjuje neki događaj^{2,3}.

Subjektivna procjena stresa predstavlja procjenu stupnja prijetnje koju dijete doživljava u nekom potencijalno stresnom događaju, tj. mjeru u kojoj je neki događaj za njega uznemirujući. U suvremenim istraživanjima subjektivna procjena stresa se obično tretira kao zasebna varijabla koja odražava djetetov osjećaj osobne vulnerabilnosti za pojedini događaj⁴. Način na koje dijete procjenjuje neku stresnu situaciju, te vlastite sposobnosti udovoljavanja okolinskim i osobnim zahtjevima vezanim za tu situaciju, određuje i izbor strategija suočavanja s tom situacijom i posljedice koje će ta situacija imati na njegov život⁵. U tom smislu se značenje stresnog događaja, subjektivna procjena ili percepcija određenog događaja pokazala kritičnim pokazateljem reakcija na neki stresni događaj. Posebice kada se radi o djeci, individualna procjena nekog događaja je statistički i klinički značajnija od samog stresnog događaja⁶.

Odnosi između stresnih životnih događaja i različitih emocionalnih poremećaja, do danas su najbolje razrađeni u kognitivnim dijeteza-stres modelima⁷. Prema teorijama opisanim u okviru ovih modela, životni događaji ne izazivaju nužno emocionalne probleme u sve djece, nego samo u onih kod kojih već postoji ranjivost (dijeteza). Povećana ranjivost (vulnerabilnost) može biti rezultat različitih osobnih i okolinskih faktora- nezrelih oblika suočavanja sa stresom, niskog samopoštovanja, konflikata u obitelji, bolesti u obitelji i sl. Specifični oblik ranjivosti u kognitivnim dijeteza-stres modelima odnosi se na kognitivnu ranjivost koja se opisuje u obliku različitih iracionalnih i disfunkcionalnih misli i interpretacija. Pri tome je važno uočiti inetrakcijski odnos između stresnih životnih događaja i kognitivne ranjivosti: u mlađoj dobi događaji u kojima dijete ima iskustva gubitka kontrole mogu potaći stvaranje određenog kognitivnog stila koji pridonosi ranjivosti, a u kasnijoj dobi ova ranjivost može pojačati negativno djelovanje nekog stresnog događaja⁸.

Tjelesni simptomi anksioznosti najčešće su povezani sa stresnim životnim događajima koji se odnose na iskustva različitih konflikata i poremećene komunikacije u obitelji, te događaje koji izravno ili neizravno utječu na djetetovo samopoštovanje i sliku o sebi.

Anksioznost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajima neugode, nemira i napetosti, te anticipacijom moguće opasnosti i prijetnje. S obzirom na načine manifestiranja anksioznost predstavlja jedan od najkompleksnijih psiholoških fenomena. Simptomi anksioznosti obično se grupiraju u 4 glavna područja: somatski, emocionalni, kognitivni i bihevioralni. U većini empirijskih istraživanja anksioznosti kod djece izdvaja se faktor koji opisuje aspekte anksioznosti u obliku afektivno- fiziološkog uzbuđenja, a njegova korelacija s ostalim aspektima anksioznosti, npr. kognitivnim ukazuje da se radi o jedinstvenom, jasno prepoznatljivom konstrukt (Pearsonovi koeficijenti korelacije od 0.55 do 0.75⁹). Achenbach i McConaughy¹⁰ izdvajaju sindrom *Somatskih pritužbi (Somatic Complaints Syndrome)* u zasebni klaster simptoma smatrajući da se radi o sindromu koji ustvari opisuje dijagnostičku kategoriju Somatizacije iz DSM-IV klasifikacije¹¹. 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. U DSM-IV klasifikaciji ovaj sindrom se ne nalazi na popisu ***Poremećaja koji se prvi put javljaju u dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji***, što je u novije vrijeme izazvalo brojne prigovore kliničara i istraživača i sugestije da se u novoj dijagnostičkoj klasifikaciji razmisli o uvođenju ovog sindroma i u ovu skupinu poremećaja.

U *Tablici 1.* navedeni su najčešći simptomi anksioznosti koji se javljaju na tjelesnom planu.

Tablica 1. Najčešći tjelesni simptomi anksioznosti

• kardiovaskularni	palpitacije, tahikardija, povećani krvni tlak, crvenilo ili bljedilo
• respiratorni	osjećaj gušenja i nedostatka zraka, ubrzano disanje
• promjene na koži	crvene pjege, promjene u temperaturi kože, parestezija
• muskularni	tremor, mišićna tenzija, drhtavica, mišićni grčevi
• gastrointestinalni	dijareja, mučnina, abdominalna bol
• ostali simptomi	glavobolja, bolovi u prsima, insomnia, noćne more, vrtoglavica, osjećaj nesvjestice, učestalo mokrenje, zamorljivost

Tvrđnje u kojima se opisuju somatski simptomi sastavni su dio gotovo svih upitnika anksioznosti. Kao mjere somatskih simptoma kod djece i adolescenata najčešće se koriste skale samoprocjene koje obuhvaćaju različite skupine simptoma: gastrointestinalne, mišićne, senzorne, kardiovaskularne, respiratorne, dermatološke, i dr.¹²

U novije vrijeme skale somatskih simptoma uključuju i subjektivne doživljaje na kognitivnom i afektivnom planu koji prate fiziološke promjene: npr. mišićna napetost praćena je osjećajem neugode, slabosti i nesigurnosti; ubrzano kucanje srca je često prvi znak straha da će se izgubiti kontrola ili da će se onesvijestiti. Taylor¹³ smatra da je upravo strah koji se javi nakon somatskih simptoma ili *anksiozna osjetljivost* presudan za razvoj anksioznosti. Anksiozna osjetljivost predstavlja strah da će promjene povezane sa anksioznosti, poput lupanja srca, drhtanja ili derealizacije imati negativne socijalne, psihološke ili tjelesne posljedice.

Za razliku od odraslih kod djece se tjelesni simptomi anksioznosti najčešće javljaju u obliku polisimptomatske kliničke slike, premda se dijete obično žali na jedan, dominantan problem.

Epidemiološka istraživanja problema tjelesnih simptoma anksioznosti i somatizacije kod djece ne daju konzistentne rezultate. Carr¹⁴ daje pregled istraživanja na ovu temu prema kojima se prevalencija simptoma somatizacije kod djece i adolescenata u općoj populaciji kreće od 2 do 10%. Preciznu procjenu broja djece koja imaju ove probleme zasigurno otežava visoki komorbiditet s anksioznim i depresivnim poremećajima, te bihevioralnim problemima kao što su agresivnost, hiperaktivnost i dr. Carr navodi da čak u 12-20% slučajeva ispitivane djece se mogu registrirati ovi komorbidni simptomi.

U radu su prikazani rezultati istraživanja i provedenih statističkih analiza kojima je **cilj** bio provjeriti povezanost između broja doživljenih stresnih događaja, procjene njihove stresnosti i tjelesnih simptoma anksioznosti u uzorku djece i adolescenata.

METODA

Ispitanici

Ispitivanje je provedeno u uzorku od **353** ispitanika (181 djevojčica i 172 dječaka), učenika od petog do osmog razreda osnovnih i prvog do četvrtog razreda srednjih škola u Zadru.

Instrumentarij

Skala stresnih životnih događaja za djecu i adolescente STRES-D¹⁵ konstruirana je na temelju najnovijih istraživanja na području mjerenja stresa prema kojima je metodološke nedostatke dosadašnjih skala na ovom području moguće izbjeći ako se uzmu u obzir slijedeći nalazi: a) stresni događaji koje doživljavaju djeca razlikuju se značajno od stresnih događaja koje doživljavaju odrasli; b) životni događaji sami po sebi ne omogućuju procjenu stresnosti pojedinih događaja, već je potrebno uključiti i subjektivnu procjenu stresa. Skala STRES-D pokazala je dobre psihometrijske karakteristike, a njena prednost je u tome što osim liste stresnih događaja sadrži i njihovu subjektivnu procjenu. Skala se sastoji od 44 tvrdnje koje opisuju školske, socijalne, obiteljske, medicinske i ratne stresne događaje. Ispitanik uz svaki od 44 stresna događaja odgovara na pitanje da li je događaj doživio, te na skali od 1 do 5 procjenjuje koliko je taj događaj za njega bio stresan. Ako ispitanik taj događaj nije doživio zamoljen je da zamisli koliko bi taj događaj za njega bio stresan da ga je doživio. U dosadašnjim istraživanjima utvrđena je visoka pouzdanost ove skale (Cronbach alfa= 0.95).

Skala tjelesnih simptoma anksioznosti SOMA je jedna od 8 subskala iz Skale strahova i anksioznosti za djecu i adolescente SKAD-62¹⁶. 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 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.

Psihometrijske karakteristike zajedno s nekim tvrdnjama iz navedenih skala nalaze se u Tablici 2.

Tablica 2. Skala stresnih životnih događaja STRES-D i Skala tjelesnih simptoma anksioznosti SOMA: primjeri tvrdnji i osnovni psihometrijski pokazatelji

Skala STRES-D	
<ul style="list-style-type: none">• Majka ili otac ostali su bez posla• Svađa među roditeljima• Ponavljanje razreda• Boravak u bolnici ili operacija• Promjena škole	<p><i>Broj tvrdnji: 44</i></p> <p><i>Raspon rezultata: 0-44</i></p> <p><i>M: 17,34</i></p> <p><i>SD: 7,19</i></p> <p><i>Cronbach alpha: 0,95</i></p>
Skala SOMA	
<ul style="list-style-type: none">■ Događa mi se da mi srce ubrzano kuca bez nekog razloga za to■ Događa mi se da dišem ubrzano i nepravilno bez nekog razloga za to■ Kad mi se zavrti u glavi odmah pomislim da ću se onesvijestiti■ Kada osjetim da mi srce ubrzano kuca zabrinem se da bih mogao doživjeti srčani udar	<p><i>Broj tvrdnji: 15</i></p> <p><i>Raspon rezultata: 15-75</i></p> <p><i>M: 28,6</i></p> <p><i>SD: 9,10</i></p> <p><i>Cronbach alpha: 0,83</i></p>

Postupak

Upitnici su primijenjeni grupno u vrijeme održavanja redovite nastave. Upitnike su primijenili školski psiholog i apsolvent psihologije. Prije primjene upitnika svim je ispitanicima objašnjen cilj ispitivanja, a zatim im je 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

Prvi korak u obradi dobivenih podataka odnosio se na analizu rezultata dobivenih Skalom stresnih životnih događaja STRES-D. Dobiveni rezultati su uglavnom u skladu s dosadašnjim pokazateljima dobivenim primjenom ove skale^{2,3,17}. U Tablici 3. navedena je rang lista deset stresnih životnih događaja koje djeca procjenjuju kao najstresnije, kao i subjektivna procjena jačine stresa i osobnog iskustva s tim događajem

Tablica 3. Subjektivne procjene jačine stresa i broj djece koja su doživjela stresni događaj (N=353)

Rang s obzirom na intenzitet	Prosječna procjena intenziteta stresa (na skali od 1 do 5)	Stresni događaji	% djece koja su to doživjela
1.	4,33	<i>Smrt roditelja</i>	6.2
2.	4,25	<i>Smrt brata / sestre</i>	3.1
3.	4,11	<i>Samoubojstvo člana obitelji / prijatelja</i>	6.8
4.	4,08	<i>Smrt prijatelja/ simpatije</i>	23.2
5.	4,03	<i>Smrt djeda ili bake</i>	60
6.	3,96	<i>Teška bolest ili ozljeda bliske osobe</i>	39.6
7.	3,89	<i>Član obitelji se drogira</i>	9.3
8.	3,88	<i>Oboljenje od neke teške bolesti</i>	33.1
9.	3,85	<i>Rastava roditelja</i>	9.9
10.	3,83	<i>Ranjavanje bliske osobe u ratu</i>	18.4

Kako se iz tablice 3. može vidjeti, najstresniji događaji vezani su za gubitak bliskih osoba. Gubitak je najbolniji događaj u životu svake osobe, a naročito djeteta. U ispitivanom uzorku **60%** djece doživjelo je gubitak djeda ili bake. Visoko su rangirani i događaji vezani za bolesti i ratna događanja. Svi navedeni događaji izuzetno su stresni za svu djecu, bez obzira da li su te događaje doživjela ili ne.

Povezanost između stresnih životnih događaja i sklonosti tjelesni simptomi anksioznosti provjerena je pomoću Pearsonovih koeficijenata korelacije. Između ispitivanih varijabli postoji značajna, ali relativno niska korelacija. Tjelesni simptomi anksioznosti u većoj mjeri su povezani s ukupnim brojem doživljenih stresnih životnih događaja ($r=0.22$, $p<0.05$), nego s procjenom stresnosti tih događaja ($r=0.15$, $p<0.05$). Povezanost između stresnih životnih događaja i različitih posljedica na tjelesnom planu do danas je nedvojbeno dokazana. No, u većini istraživanja dobivene su korelacije od 0.30 i manje, što znači da je količina varijance koja se može pripisati toj vezi vrlo mala (manje od 10%)⁴. Jedno od tumačenja temelji se na činjenici da je povezanost između stresa i različitih poremećaja u

djetinjstvu i adolescenciji složenija od direktne veze. Brojni i različiti faktori (osobine ličnosti, strategije suočavanja, spol, dob, kontekst u kojem dijete živi, obiteljska podrška, i dr.) mogu biti moderatorske varijable u odnosu između stresnih životnih događaja i tjelesnih simptoma. Nalaz koji u ovom slučaju začuđuje, je niska korelacija između tjelesnih simptoma i procjene stresnosti. Naime, dosadašnja istraživanja su pokazala da procjena stresnosti predstavlja bolji prediktor različitih poremećaja (posebno onih iz skupine anksioznih poremećaja) od broja stresnih životnih događaja. U ovom istraživanju se ovi nalazi nisu potvrdili. Očigledno u slučaju tjelesnih simptoma obuhvaćenih ovim istraživanjem treba tragati za drugim mehanizmima koji posreduju između ove dvije varijable.

Jednosmjernom analizom varijance provjereno je razlikuju li se djevojčice i dječaci s obzirom na broj doživljenih stresnih životnih događaja i procjenu stresnosti. Niti u jednoj varijabli ove razlike nisu bile statistički značajne.

U ovom istraživanju također nije potvrđena razlika u sklonosti doživljavanju tjelesnih simptoma između dječaka i djevojčica. Naime, u nekim ranijim istraživanjima u kojima je korištena skala SOMA pokazalo se da djevojčice imaju veću fiziološku osjetljivost i više somatskih simptoma od dječaka¹². Kako ova razlika nije dobivena, u daljnjoj analizi su korišteni podaci iz cijelog uzorka, zajedno za ispitanike oba spola.

U daljnjoj analizi ispitanici su podijeljeni u dvije skupine s obzirom na rezultat u skali SOMA. Pritom se pošlo od pretpostavke da će djeca koja imaju izraženije tjelesne simptome imati i više stresnih životnih događaja, te više razine procjene stresnosti. Kako bi se odgovorilo na ova pitanja prvo su formirane dvije skupine ispitanika s obzirom na njihov rezultat u skali SOMA:

1. ispitanici s niskim rezultatom na skali SOMA su svi oni ispitanici čiji je rezultat u ovoj skali **ispod 3. decila**. Prema ovom kriteriju u toj skupini nalazi se 22% ispitanika (N=78);

2. ispitanici s visokim rezultatom na skali SOMA- su svi oni ispitanici čiji je rezultat u toj skali **iznad 6. decila**. U ovoj skupini nalazi se 13% ispitanika (N=47).

Decilne vrijednosti korištene za određivanje ovih pokazatelja određene su na normativnom uzorku i nalaze se u priručniku za skalu SKAD-62¹³ u tablicama za standardizaciju.

Rezultati dobiveni jednosmjernom analizom varijance prikazani su u Tablici 4. U obje ispitivane mjere stresnih životnih događaja značajno veći rezultat imaju djeca i adolescenti s visokim rezultatom u skali SOMA.

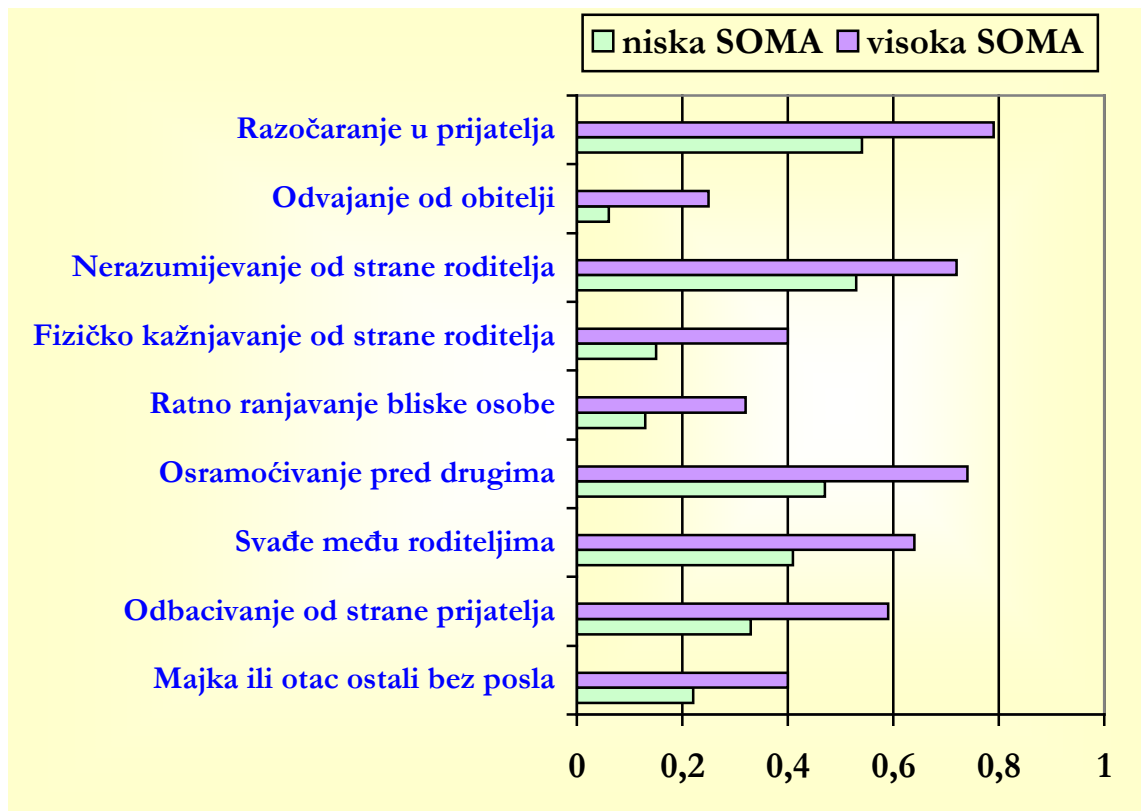
Tablica 4. Rezultati jednosmjerne analize varijance rezultata na skali STRES-D ispitanika koji imaju visok i onih koji imaju nizak rezultat na skali SOMA

	Niska SOMA	Visoka SOMA	F(1,123)	p
	M	M		
Stresni životni događaji	14,39	19,89	16,11	0,000
Procjena stresnosti	3,14	3,72	8,29	0,004
N	78	47	125	

Prema dobivenim rezultatima djeca koja doživljavaju veći broj tjelesnih simptoma i općenito imaju više tjelesnih reakcija u različitim situacijama (ispitivanja u školi, separacije od roditelja, socijalna evaluacija, i sl.) doživjela su tijekom života veći broj stresnih životnih događaja i sklonija su te događaje procjenjivati stresnijima.

Kako bi se dobio bolji uvid u dobivene rezultate, napravljena je i detaljnija analiza: jednosmjernom analizom varijance provjereno je koji su to stresni životni događaji po kojima se djeca koja u različitim situacijama češće doživljavaju tjelesne simptome razlikuju od djece koja tu sklonost ne pokazuju. Rezultati provedenih analiza pokazali su da se radi o 9 stresnih životnih događaja (Slika 1). Razlika između dvije ispitivane skupine je značajna na razini od $p < 0,01$.

Slika 1. Stresni životni događaji koji značajno razlikuju skupinu djece s visokim od djece s niskim rezultatom na skali tjelesnih simptoma anksioznosti SOMA (N=353)



Kao što se iz Slike 1. može vidjeti, djeca koja su sklonija doživljavati tjelesne simptome anksioznosti, doživjela su tijekom života veći broj događaja kojima je zajedničko obilježje da su primarno vezani za odnose s drugima- roditeljima i prijateljima. S obzirom na doživljavanje ostalih stresnih događaja ove dvije skupine djece se ne razlikuju. Stresni događaji koji se odnose na odnose s prijateljima (Slika 1.) predstavljaju događaje koji u velikoj mjeri djeluju na djetetovo samopoimanje i samopoštovanje. U većini dosadašnjih istraživanja pokazalo se da su upravo konflikti među roditeljima i poremećena obiteljska komunikacija, doživljaj odbacivanja i osramoćivanja od strane prijatelja, te razočaranje u

druge, često u osnovi kako internaliziranih, tako i eksternaliziranih poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji. Pri tome, djeca koja uspijevaju emocije vezane za ove događaje eksternalizirati (podijeliti svoje nezadovoljstvo s drugim prijateljima ili roditeljima, posvađati se, pokušati riješiti taj problem na asertivan način, i sl.), imaju manje somatskih simptoma od djece koja te emocije potiskuju. U slučaju djece sklone tjelesnim simptomima anksioznosti i somatizaciji općenito, do sada se pokazalo da u stresnim situacijama u većoj mjeri traže podršku od strane roditelja. No, ukoliko je stresna situacija rezultat konflikta s roditeljima ili su roditelji zbog vlastite nevolje manje osjetljivi na djetetove probleme, onda dijete ne može tražiti njihovu pomoć i razumijevanje i njegov izbor strategija suočavanja s tom situacijom je sužen. Ovakav splet okolnosti može dodatno pojačati tjelesne simptome.

Dosadašnja istraživanja na ovom području su pokazala da su određeni oblici interakcije s roditeljima značajno povezani sa učestalosti doživljavanja tjelesnih simptoma kod djece^{12,18,19}. Psihosomatski problemi su najčešće povezani s bračnim konfliktima, trijagulacijom, pretjeranim zaštićivanjem, rigidnosti i izbjegavanjem sukoba. Djeca mogu trpjeti glavobolje, vrtoglavice, bolove u stomaku, i sl. ali budući da se najčešće *dobro* ponašaju manje privlače pažnju roditelja od djece koja imaju neke eksternalizirane poremećaje.

U tumačenju povezanosti tjelesnih simptoma anksioznosti i kvalitete djetetove interakcije s drugima Beatrice Wood^{20,21} predlaže teoriju obiteljskih sustava prema kojoj određeni maladaptivni obiteljski procesi poput uplitanja, pretjeranog zaštićivanja, rigidnosti, autoritarnosti, pretjerane popustljivosti, i sl. određuju da li će djeca razviti simptome somatizacije. U okviru ove teorije nastalo je nekoliko tumačenja u etiologiji tjelesnih simptoma:

- 1) somatske tegobe nastaju kao jedan od oblika komunikacije s okolinom koju dijete koristi u situacijama kada je emocionalni dijalog s roditeljima ili drugim djetetu važnim osobama prekinut ili poremećen;
- 2) nesređeni obiteljski odnosi kao i specifični oblici interakcije roditelja i djeteta presudni su faktor u etiologiji razvoja tjelesnih simptoma u dječjoj dobi;
- 3) izbor organa na kojem će se javiti somatski poremećaj određen je obiteljskom sredinom u kojoj dijete živi i u kojoj ima uzor reagiranja; i dr.

Posljedice stresnih životnih događaja u tom smislu su determinirane kontekstom u kojem dijete živi. Javljanje poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji nakon nekih stresnih životnih događaja snažno je povezano ne samo s tim događajem, već i s posljedicama koje taj događaj ostavlja na roditelje, njihovim načinom reagiranja u toj situaciji i njihovim kapacitetom da utješi i pomogne djetetu. Neka djeca mogu postati pretjerano osjetljiva na stresne životne događaje zbog toga što roditelji imaju smanjene kapacitete zaštite djeteta. Stoga je u psihološkom radu s djecom koja pokazuju sklonost somatizaciji od izuzetne važnosti razumijevanje šireg konteksta u kojem se ti simptomi javljaju, te uključivanje djetetove obitelji u terapijski rad.

ZAKLJUČAK

Rezultati istraživanja prikazani u ovom radu pokazuju da su djeca koja su u različitim životnim situacijama sklonija reagirati tjelesnim simptomima u usporedbi s djecom koja tu sklonost ne pokazuju, tijekom života doživjela veći broj stresnih životnih događaja i da su sklonija te događaje procjenjivati stresnijima. Od stresnih životnih događaja koji razlikuju te dvije skupine djece posebno su se značajnima pokazali oni koji opisuju probleme u odnosima

s roditeljima i prijateljima. U tom smislu rezultati ovog istraživanja potvrđuju nalaze prema kojima je poremećena komunikacija s djetetu važnim osobama presudna u razvoju tjelesnih simptoma anksioznosti u djetinjstvu i adolescenciji.

LITERATURA

1. Lacković-Grgin, K. (2000) *Stres u djece i adolescenata*, Jastrebarsko: Naklada Slap
2. Vulić-Prtorić A. (2004) *Depresivnost u djece i adolescenata*, Jastrebarsko: «Naklada Slap»
3. Vulić-Prtorić A. (2003) **Ratna iskustva i subjektivni doživljaj stresa djece i adolescenata: 10 godina kasnije**, *Dijete i društvo*, 5, 2-3, 235-248.
4. Perkins D.V. (1982) **The assessment of stress using life events scales**, u knjizi Goldberg L., Breznitz S. (ur.) *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspect*, NY, London: The Free Press.
5. Vulić- Prtorić A. (1997) **Koncept suočavanja sa stresom kod djece i adolescenata i načini njegova mjerenja**, *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 36 (13) 135 - 146.
6. Sorensen E.S. (1993) *Children's Stress and Coping: a Family Perspective*, The Guilford Press.
7. Hilsman R., Garber J. (1995). **A test of the cognitive diathesis-stress model of depression in children: Academic stressors, attributional style, perceived competence and control**, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.69, No.2, 370-380.
8. Turner J.E., Cole D.A. (1994). **Developmental differences in cognitive diatheses for child depression**, *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol.22, No.1, 15-32.
9. Schwarzer R. (1984) **Worry and emotionality as separate components in test anxiety**, *International Review of Applied Psychology*, Vol.33, 205-220.
10. Achenbach T.M., McConaughy S.H. (1997) *Empirically Based Assessment of Child and Adolescent Psychopathology*, London: SAGE Publications.
11. Američka psihijatrijska udruga (1996) **DSM-IV: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje** Jastrebarsko: Naklada Slap.
12. Vulić-Prtorić A. (1999) **Somatski simptomi anksioznosti kod djece**, *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 38 (15), 79-96.
13. Taylor S. (1995a) **Anxiety sensitivity: theoretical perspectives and recent findings**, *Behavioral Research and Therapy*, Vol.33, No.3, 243-258.
14. Carr A. (1999) *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology*, London, New York: Routledge.
15. Košta E., Vulić – Prtorić A. (2002). **Prikaz skale stresnih događaja za djecu i adolescente STRES-D**, u: Lacković-Grgin K., Proroković A., Čubela V., Penezić Z. (ur.), *Zbirka psihologijskih skala i upitnika*, Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zadru.
16. Vulić-Prtorić A. (2004) *Priručnik za skalu strahova i anksioznosti za djecu i adolescente SKAD-62*, Jastrebarsko: Naklada Slap

17. Vulić-Prtorić A., Macuka I. (2004) **Stresni životni događaji i depresivnost u adolescenciji u odnosu na konzumiranje sredstava ovisnosti**, priopćenje na konferenciji *Borba protiv ovisnosti-borba za zdravu obitelj*, Pula, 2004.
18. Vulić-Prtorić A. (2000) **Somatizacija i kvaliteta obiteljskih interakcija kod djece i adolescenata**, *Medica Jadertina*, 30 (1-2) 21-31.
19. Vulić-Prtorić A. (2002) **Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata**, *Suvremena psihologija*, 5, 1-2.
20. Wood B. L. (1994) **One articulation of the structural family therapy model: A bibehavioral family model of chronic illness in children**, *Journal of Family Therapy*, Vol.16, 53-72.
21. Wood B.L., Klebba K.B., Miller B.D., (2000) **Evolving the biobehavioral family model:A fit of attachment**, *Family Process*, Vol.39, No.3, 319-344.