

Anksioznost i psihosomatski simptomi kod učenika osnovne i srednje škole

Irmela Mujkić, Muradif Hajder, Hazim Selimović

SAŽETAK: Mnogobrojne promjene koje se događaju u adolescentnom periodu iziskuju i kontinuirano prilagođavanje, a neadekvatno suočavanje sa njima može rezultirati i određenim poremećajima, pa je jako važno raditi na preventivnim programima jačanja mentalnog zdravlja. Cilj našeg istraživanja bio je ispitati nivo zastupljenosti simptoma anksioznosti i psihosomatskih simptoma kod adolescenata, njihovu međusobnu povezanost kao i eventualne spolne i dobne razlike. U ovom radu prikazani su rezultati istraživanja u kojem su sudjelovala ukupno 402 učenika završnih razreda osnovne i srednje škole sa područja općine Travnik, Vitez i Doboj Istok. Korišteni su sljedeći instrumenti: Zungova skala anksioznosti (Zung, 1971), Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente (Vulić-Prtorić, 2005) i Sociodemografski upitnik konstruisan za potrebe našeg istraživanja. Rezultati istraživanja su pokazali da adolescenti pokazuju određeni nivo anksioznosti te da djevojčice u odnosu na dječake i učenici srednje škole u odnosu na učenike osnovne škole pokazuju značajno veći nivo anksioznosti. Što se tiče psihosomatskih simptoma također djevojčice pokazuju statistički značajno veću razliku njihovog ispoljavanja u odnosu na dječake, ali ta razlika nije pronađena u odnosu na dob. Rezultati su također pokazali da postoji statistički značajna korelacija između zbira doživljenih psihosomatskih simptoma i stepena ometanja u svakodnevnim aktivnostima koje su navodili adolescenti. Značajna korelacija postoji i između anksioznosti i svake od subskala psihosomatskih simptoma i kada je u pitanju frekvencija i kada je u pitanju ometanje.

Ključne riječi: *adolescencija, učenici, anksioznost, psihosomatski simptomi*

Anxiety and Psychosomatic Symptoms in Primary and Secondary School Students

ABSTRACT: Many changes in adolescence require constantly adapting and inadequate coping with change can result in certain disorders, so it is very important to work on preventive programs to strengthen mental health. The aim of our study was to examine the level of anxiety symptoms and psychosomatic symptoms in adolescents, and their relations with gender and age of adolescents. This paper presents the results of research involving a total of 402 students of primary and secondary schools municipality of Travnik, Vitez and Doboj Istok. The instruments we used in the research were: Zung anxiety scale (Zung, 1971), Psychosomatic symptoms questionnaire for children and adolescents (Vulić-Prtorić, 2005) and Sociodemographic questionnaire constructed for the needs of our research. The results of the research showed that adolescents show a certain level of anxiety, girls show a statically higher level of anxiety compared to boys, high school students show a significantly higher level of anxiety compared to elementary school students. Regarding psychosomatic symptoms, girls also show a statistically higher difference in manifestation compared to boys, but that this difference was not found in relation to age. The results also showed that there is a significant correlation between the experienced psychosomatic symptoms and the degree of disturbance in the daily activities of the adolescent. There is also a significant correlation between anxiety and each of the subscales of psychosomatic symptoms when it comes to frequency and when it comes to disturbance.

Keywords: *adolescence, students, anxiety, psychosomatic symptoms*

UVOD

Situacije kojima je čovjek svakodnevno izložen mogu biti prilično stresne, što zahtijeva stalno prilagođavanje, a period adolescencije je dramatičan period mijenjanja u kojem su ovakve situacije naročito prisutne. Kako bi bio u harmoniji sa sobom i svijetom oko sebe niz kognitivnih, fizičkih, socijalnih i emocionalnih promjena koje adolescent doživljava zahtijevaju kontinuiranu prilagodbu rastućih zahtjeva okoline - Gugić (2015). Adolescenciju kao period

„oluje i stresa“ prvi je upotrijebio G. Stanley Hall u svom radu iz 1904. godine, opisujući ga kao smanjenje samokontrole – oluja i povećanje osjetljivosti na pobuđujuće podražaje - stres. (Hall, 1904). Adolescenciju možemo definisati kao fazu sazrijevanja odnosno prijelazni period ljudskog razvoja između djetinjstva i zrelosti koji uljučuje velike promjene na tijelu i načinu na koji se mlada osoba odnosi prema sebi i svijetu oko sebe. Teško je odrediti početak i kraj adolescentnog perioda jer ni

autori nisu saglasni, uglavnom se navodi da započinje fizičkim promjenama sve do kraja evolucijskog procesa kojeg je također teže tačno odrediti jer je više određen psihološkim i kulturalnim aspektima. Kako navodi Rudan (2004), adolescenciju možemo podijeliti na podfaze - ranu, srednju i kasnu. Rana počinje pubertetom i obuhvata period između 10. i 14. godine, srednja obuhvata period između 15. i 18. godine, a kasna adolescencija obuhvata period između 19. i 22. godine, iako njen kraj nije lahko odrediti (Rudan, 2004). Za stabilno sazrijevanje zbog izuzetno brzog rasta mozgovnih struktura, osim prvih godina života, razdoblje adolescencije navodi se kao odlučujuće (Dahl i sur., 2018; Patton i sur., 2016). Nova iskustva, osjećanja i stanja koja ih često preplavljaju mogu rezultirati sve češćom neizvjesnošću inkorporiranja brojnih i relativno novih kompetencije sa vlastitim identitetom. Dahl i sur. (2018). Brojne su razvoje zadaće adolescencije međutim neke od najznačajnije su adekvatno nošenje s tjelesnim promjenama, uspostavljanje seksualnog identiteta, uspostava trajnog osjećaja vrijednosti i identiteta kao i učvršćivanje strukture ličnosti identifikacijom i konsolidacijom selfa, adekvatan odnos sa socijalnom sredinom itd. (Pernar, 2008, prema: Graovac, 2010). Kako navodi Landstedt i sur., 2016, prema: Novak i sur., 2019), svjetska generacija adolescenata broji 1,8 milijardi adolescenata i najveća je u historiji, a promjene s kojima se suočavaju adolescenti u modernom dobu zahtjevnije su nego ikad prije. Razvojne zadaće traže od adolescenta iznalaženje načina nošenja čudnih i novih promjena koje mogu izazvati izazivaju tjeskobu, strah, nesigurnost, sram i neraspoloženja (Rudan, 1996; prema: Graovac 2010). Kada se postavlja pitanje šta se očekuje od razvoja adolescenata, glavni odgovor je pozitivan razvojni ishod. Kako bi mladi ostvarili pozitivne ishode, potrebno je da su u sigurnom i pozitivnom okruženju pa je osim osnaživanja mladih za nošenje sa izazovima adolescencije, također važno kreirati podržavajuća i brižna okruženja. (Novak i sur. 2019). Prema Marić (2010), upravo na prijelaznim razdobljima, kakvo je i razdoblje adolescencije koje prati prelazak na višu razinu obrazovanja i veće i teže zahtjeve, javlja se najveći broj anksioznih simptoma. Osjećaj nelagode praćen je somatskim znakovima koji upućuju na prekomjernu aktivnost vegetativnoga nervnog sistema (Crnokić 2017). „Adolescencija predstavlja prelazno razdoblje u životu, praćeno burnim psihofizičkim promjenama.“ (Marić, 2010, 42). Budući da je anksioznost postala sve češća i pojavljuje se kod adolescenata, u radu smo željeli ispitati zastupljenost anksioznosti i psihosomatskih simptoma kod njih.

Anksioznost

Strah i tjeskoba normalne su svakodnevne reakcije koje doživljavaju i djeca i odrasli u odnosu na različite situacije, predmete, pojave i stvari oko sebe. Umjerena doza straha i anksioznosti je korisna jer djeluje kao alarm na opasnost stvarajući tako odgovarajuće reakcije (Steimer, 2002). Međutim,

anksioznost također može prijeći u patološku, jer konstantan strah od nepoznatog, nedefinisanog i nerealnog dolazi iz utrašnjosti osobe bez prisustva stvarnog vanjskog ugrožavajućeg objekta - LaBar, LeDoux (2001). Strah se razlikuje od anksioznosti u obliku odgovora na poznati uzrok, odnosno realni objekat. Kada je osoba sposobna opisati čega se tačno boji i kada realno postoji vanjski uzrok, govorimo o strahu (James, 1894; prema Gregurek, Ražić Pavičić, Gregurek ml. 2017). „Anksioznost je emocionalno stanje karakterisano osjećajem neugode, nemira i napetosti, anticipacijom moguće opasnosti, kao i mnogim fiziološkim promjenama uključujući ubrzani rad srca, povećani krvni pritisak i tjelesnu napetost.“ (Vulić-Prtočić, 2006). Ima karakter mučnog, neugodnog očekivanja i predosjećaja, potiče iz vanjske sredine ili iz unutrašnjih konflikata osobe (Erić 1972), hroničnog je toka i traje mnogo duže od straha (Begić, 2016). Najšire prihvaćena podjela anksioznosti je ona na anksioznost kao stanje i kao crtu. Anksioznost kao stanje ima dvije komponente: briga - kognitivna komponenta koja uključuje ruminirajuće misli i emocionalnost - simptomi autonomnog nervnog sistema npr. znojenje, ubrzano kucanje srca, suha usta (Endler, Crooks, Parker, 1991 prema: Mohorić, Takšić, Šekuljica, 2016). Anksioznost kao crta ličnosti podijeljena je u tri kategorije na uzimajući u obzir okolinske faktore koji je mogu izazvati, a to su interpersonalna, fizička opasnost i dvosmislena/nejasna situacija (Endler i sur. 1992 prema: Mohorić, Takšić, Šekuljica, 2016). Anksioznost i pretjerni strah i uz njih vezani poremećaji ponašanja ključni su simptomi anksioznih poremećaja koji se razlikuju prema vrsti objekta ili situacije. Promjena u novom DSM-V izdanju je izdvajanje opsesivno-kompulzivnog poremećaja i posttraumatskog stresnog poremećaja od anksioznih poremećaja. Prema DSM-V anksiozni poremećaji uključuju separacijski anksiozni poremećaj, selektivni mutizam, specifičnu fobiju, socijalnu fobiju, panični poremećaj, specifični panični napadaj, agorafobija, generalizirani anksiozni poremećaj, anksiozni poremećaj uzrokovan psihoaktivnim tvarima, anksiozni poremećaj povezan s ostalim medicinskim stanjima, ostale anksiozne poremećaje i neodređeni anksiozni poremećaj. (DSM-5,2013).

Kostić (2006) navodi da više od 10% mladih pati od nekog anksioznog poremećaja, dok između 10% i 20% mladih iskazuje neke simptome anksioznosti. Scholten i sur. (2017) navode da u zapadnom dijelu svijeta od ovih poremećaja pati oko 17% adolescenata. Jednom kada se pokrene krug anksioznosti on sam sebe održava preko simptoma, misli, emocija i ponašanja koji još više povećavaju anksioznost - Štrkalj Ivezić, Vuković (2007). Prilikom tumačenja etiologije anksioznih poremećaja i traganja za odgovorom na pitanje zašto su neke osobe u većem riziku za razvoj anksioznih simptoma i poremećaja od drugih, do danas su poznate brojne teorije i pristupi: biološke, psihodinamske, bihevioralne i kognitivne - Vulić Prtočić (2006). Simptome povezane s anksioznošću Marić (2010) dijeli na psihičke (strah, zabrinutost, strepnja,

napetost, nervoza i razdražljivost) i na fizičke (psihomotorni nemir, ubrzano disanje i rad srca, kratkoća daha, bol u mišićima, želučane tegobe i znojenje). Vulić-Prtorić (2006) navodi da se simptomi anksioznih poremećaja mogu pojaviti na četiri područja: tjelesnom, emocionalnom, kognitivnom te bihevioralnom području.

Psihosomatski simptomi

Posljednjih godina problemi somatskih simptoma u djece i adolescenata postali su sve češći, a školski zadaci i prelazak s jedne razine obrazovanja na drugu su sve zahtjevniji. (Salmela-Aro i Tynkkynen, 2012). Poteškoće prilikom prilagodbe se često primjećuje na razini tjelesnih simptoma, navode Lohre i sur. (2010), što pojačava okupiranost tjelesnim simptomima, a rezultira češćim izostajanjem s nastave i stvara interpersonalne i socijalne teškoće (Campo, 2012). Lohre i sur. (2010), koji navode čak 50 % učenika sa psihosomatskim teškoćama, dok su Schramal i sur. (2011), na švedskim adolescentima prosječne dobi 15 godina, također uočili nešto više od 30% onih sa psihosomatskim simptomima. Najčešće istraživanja potvrđuju da u odnosu na spol više psihosomatskih simptoma većinom doživljavaju djevojke (Campo, 2012; Salmela-Aro i Tynkkynen, 2012), a rezultati istraživanja također pokazuju da sa dobi ta razlika postaje više izražena (MacLean, Sweeting i Hunt, 2010).

Novo izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-V), dotadašnje somatoformne poremećaje iz DSM-IV zamjenjuje somatskim simptomima i srodnim poremećajima koji čini poremećaj somatskog simptoma, anksiozni poremećaj bolesti, poremećaj konverzije (poremećaj funkcionalnog neurološkog simptoma), psihološke faktore koji utječu na druga medicinska stanja, faktični poremećaj i druge specifične i nespecifične somatske simptome srodni poremećaj. (DSM-V, 2013). Pet dijagnoza iz DSM-IV klasifikacije (poremećaj somatizacije, nediferencirani somatoformni poremećaj, hipohondrijaza, poremećaj bola povezan sa psihološkim faktorima i poremećaj bola povezan sa psihološkim faktorima i opće zdravstveno stanje), u novoj DSM-V klasifikaciji sada čine kategoriju poremećaj somatskih simptoma i poremećaj anksioznosti. (Dimsdale 2013). Za razliku od dotadašnjih psihijatrijskih, kriteriji u novom DSM-V nastoje smanjiti broj poremećaja i potkategorija i olakšati zbunjujuće pojmove kako bi sami kriteriji postali korisniji za pružaoce nepsihijatrijske zaštite. Također, važna promjena je da iako su medicinski neobjašnjeni simptomi bila ključna karakteristika mnogih poremećaja u DSM-IV, kriteriji DSM-V umjesto toga ističu stepen u kojem su pacijentove misli, osjećaji i ponašanja u vezi s njihovim somatskim simptomima nerazmjerni ili pretjerani. Kategorija somatskih simptoma i srodnih poremećaja temeljena je na pozitivnim simptomima i znakovima uznemirujućih tjelesnih simptoma koje prate abnormalne misli, osjećaji i ponašanja kao odgovor na ove simptome i ne zahtijeva da somatski simptomi budu medicinski neobjašnjivi. Te promjene bolje označavaju složenu interakciju između fizičkog i

psihičkog zdravlja. Posebna karakteristika mnogih osoba koje imaju poremećaj sa somatskim simptomima je način na koji ih oni interpretiraju. (DSM-5,2013). Nove promjene su više usklađene sa biopsihosocijalnim pristupom zdravlju i bolesti koji prepoznaje važnost interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih faktora u razvoju bolesti. (Bogdanić, Matković, 2019). DSM-V definiše poremećaj sa somatskim simptomima kao jedan ili više somatskih simptoma koji rezultiraju značajnim poremećajima u svakodnevnom životu i pretjeranim mislima, osjećajima ili ponašanjem povezanim sa simptomima ili zdravstvenim stanjem. Simptomi mogu ali i ne moraju biti povezani sa drugim medicinskim stanjem. Pacijenti imaju vrlo visoku razinu zabrinutosti oko bolesti, procjenjujući svoje tjelesne simptome prijetećima, opasnim i zabrinjavajućim čak i kad postoje dokazi za suprotno. Simptomatsko stanje mora biti stalno (obično duže od 6 mjeseci), čak i ako bilo koji somatski simptom ne mora biti prisutan kontinuirano. (DSM V, 2013). Mnogi su faktori u osnovi predispozicije za poremećaj psihosomatskih simptoma, etiologija je raznolika jer postoje i različite kliničke manifestacije, predisponirajući faktori mogu biti: genetski, psihodinamski, neuropsihološko-neurofiziološko-psihofiziološki, crte ličnosti (neuroticizam, aleksitimija, negativni afektivitet, introspektivnost, itd.), razvojno učenje i sociokulturna iskustva (Tony, Duckworth, Adams, 2001 prema: Kovačić Petrović, Peraica, Kozarić-Kovačić, 2019). Neke karakteristike ličnosti kao psihološki faktori se najčešće povezuju sa sklonošću ka somatizaciji, češće se javlja kod djece s perfekcionističkim sklonostima te djece koja su emocionalno osjetljivija, sklonija internaliziranim smetnjama i djece koja teže prepoznaju i identificiraju vlastite emocije - Husain, Browne, Chalder (2007) prema: Bogdanić, Matković (2019) te kod osoba koje su sklonije pasivnom načinu nošenja s problemima u smislu povlačenja i izbjegavanja i katastrofiziraju u stresnim situacijama - Vervoort i sur.,(2006) prema: Bogdanić, Matković (2019). Način na koji roditelji reaguju na simptome u smislu zanemarivanja ili ignorisanja te pažnje koju dijete dobiva zbog simptoma u usporedbi s pažnjom koju dobiva kada ih nema ima snažan utjecaj na razvoj tegoba. U porodicama u kojima nije prihvatljivo izražavanje neugodnih osjećaja dijete može dobiti emocionalnu podršku i privući veću pozornost fizičkim simptomima kao što je bol u trbuhu, nego izražavanjem emocija navodi Silber (2011) prema: Bogdanić, Matković (2019), zbog toga je izuzetno važno educirati roditelje na koji način oni svojim ponašanjem djeluju na simptome.

INSTRUMENTI

1. Zungova skala za samoprocjenu anksioznosti kako ju je nazvao (Zung, 1971);
2. Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente (Vulić-Prtorić, 2005);
3. Sociodemografski upitnik konstruisan za potrebe istraživanja;

Zungova skala za samoprocjenu anksioznosti je skala u kojoj ispitanici sami procjenjuju svoj nivo anksioznosti. Ova skala se sastoji od 20 čestica, a uključuje simptome iz područja afektivnih, fizioloških, psihomotornih, i psihičkih smetnji (Šćepanović, 2018). Ispitanici bilježe učestalost navedenog osjećaja. Stepen učestalosti javljanja simptoma se kreće od 1 - rijetko, 2 - ponekad, 3 - često ili 4 - većinom. Učesnici su obilježili kako su se osjećali u posljednjih 15 dana (postoje verzije upitnika gdje učesnici bilježe kako su se osjećali u posljednjih nekoliko, sedam ili petnaest dana). Svaki zaokruženi broj stepena nosi isto toliko bodova koji se zatim sabiraju, međutim, obrnuto bodovanje je bilo za čestice pod brojevima: 5, 9, 13, 17, 19. To znači da je za ove čestice koje se obrnuto boduju važno: za stepen 1 dodjeljuju se 4 boda, za stepen 2 dodjeljuju 3 boda, za stepen 3 dodjeljuju 2 boda te za stepen 4 dodjeljuje se 1 bod. Pouzdanost ove skale u našem istraživanju iznosi $\alpha=0.604$, što ukazuje da je nešto niža nego u prethodnim istraživanjima, ali je zadovoljavajuća.

Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente PSS (Vulić-Prtorić, 2005) 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). Svaki simptom u PSS procjenjuje se 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 PSS-a su i 3 dopunska pitanja: 1) prvo se odnosi na procjenu vlastitog zdravstvenog statusa (Šta 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 unutarne konzistencije i prema dobivenim rezultatima radi se o upitniku zadovoljavajuće pouzdanosti. Pouzdanost za cijelu skalu od 35 čestica iznosi Cronbach alpha 0,94. Skala PSS primijenjena je jedino u skupini zdrave djece.

Sociodemografski upitnik konstruisan je za potrebe istraživanja na osnovu kojeg smo dobili podatke o spolu, dobu, i vrsti škole koju pohađaju adolescenti.

ISPITANICI

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 402 ispitanika, i to 177 ispitanika muškog spola i 225 ispitanika ženskog spola, 191 učenik iz osnovne škole, a 211 učenika iz srednje škole.

Tabela 1. Prikaz ispitanika u istraživanju prema spolu i dobi u %

Ukupno ispitanika		402	%
Spol	Muškarci	177	44%
	Žene	225	56%
Dob	Osnovna škola	191	48%
	Srednja škola	211	52%

Tabela 2. Samoprocjene učestalosti anksioznih simptoma kod adolescenata.

Zbir anksioznost	N	M	SD	t-test	P
	402	36.9154	6.13138	2.993	0.003

Tabela 3. Prikaz spolnih razlika samoprocjene učestalosti anksioznih simptoma kod adolescenata

Zungova skala anksioznosti	Spol	N	M	SD	t-test	P
	Muško	177	35.5537	5.97425	-4.024	0.000
	Žensko	225	37.9867	6.05295		

Tabela 4. Samoprocjene učestalosti anksioznih simptoma kod adolescenata u odnosu na dob

Zungova skala anksioznosti	Razred	N	M	SD	t-test	P
	Osnovna škola	191	36.2723	6.11118	-2.009	0.045
	Srednja škola	211	37.4976	6.10572		

HIPOTEZE

1. Pretpostavlja se da adolescenti pokazuju određen nivo anksioznosti;
2. Pretpostavlja se da djevojčice ispoljavaju značajno viši nivo anksioznosti u odnosu na dječake;
3. Stariji ispitanici (srednja škola) ispoljavaju značajno viši nivo anksioznosti u odnosu na mlađe ispitanike (osnovna škola);
4. Pretpostavlja se da doživljaj psihosomatskih smetnji utječe na smetnje u svakodnevnim aktivnostima;
5. Pretpostavlja se da djevojčice ispoljavaju više psihosomatskih smetnji u odnosu na dječake;
6. Stariji ispitanici (srednja škola) ispoljavaju više psihosomatskih smetnji u odnosu na mlađe (osnovne škole);
7. Pretpostavlja se da postoji povezanost između nivoa anksioznosti i psihosomatskih smetnji kod djece osnovnoškolskog i srednjoškolskog uzrasta.

REZULTATI

1. Pretpostavlja se da adolescenti pokazuju određen nivo anksioznosti;

Na osnovu rezultata prikazanih u Tabeli 2. vidimo da je vrijednost aritmetičke sredine 36.91, što je veće od granične vrijednosti 36 koja se navodi u Zungovoj skali anksioznosti kao granična vrijednost nepostojanja anksioznosti. Iz tabele 2. vidimo da je t-test vezan za ispitivanje zastupljenosti ispoljavanja anksioznosti kod adolescenata statistički značajan ($t=2,993$, $p=,003$). Na osnovu rezultata u našem istraživanju vidimo da adolescenti pokazuju statistički značajan nivo anksioznosti.

2. Pretpostavlja se da postoje razlike u ispoljavanju anksioznosti s obzirom na spol;

Iz rezultata prikazanih u Tabeli 3. vidimo da vrijednost aritmetičke sredine za muški spol iznosi 35,55, dok za ženski spol iznosi 37,98. Na osnovu granične vrijednosti 36, koja se na Zungovoj skali anksioznosti navodi kao nepostojanje anksioznosti, a u skladu sa dobivenim rezultatima u istraživanju možemo zaključiti da na osnovu vrijednosti dobivene aritmetičke sredine muškarci ne pokazuju određen nivo anksioznosti, dok vrijednosti aritmetičke sredine

djevojčica pokazuje znatno veći nivo anksioznosti od granične vrijednosti. Iz Tabele 3. vidimo da je t-test vezan za ispitivanje razlike ispoljavanja anksioznosti u odnosu na spol kod adolescenata statistički značajan ($t=-4.024$, $p=,000$). Na osnovu rezultata u našem istraživanju vidimo da postoji razlika u ispoljavanju anksioznosti u odnosu na spol i da djevojčice pokazuju statistički značajno veći nivo anksioznosti od dječaka.

3. Pretpostavlja se da postoji razlika u ispoljavanju nivoa anksioznosti kod adolescenata u odnosu na dobnu skupinu;

Na osnovu prikazanih rezultata u Tabeli 4. vidimo da vrijednost aritmetičke sredine za učenike osnovne škole iznosi 36,27, dok za učenike srednje škole iznosi 37,49. Na osnovu granične vrijednosti 36 koja se na Zungovoj skali anksioznosti navodi kao nepostojanje anksioznosti, a u skladu s dobivenim rezultatima u istraživanju možemo zaključiti da na osnovu vrijednosti dobivene aritmetičke sredine učenici i osnovne i učenici iz srednje škole pokazuju određen nivo anksioznosti. Iz tabele 4. vidimo da je t-test vezan za ispitivanje razlike ispoljavanja anksioznosti u odnosu na dob kod adolescenata statistički značajan ($t=-2.009$, $p=,045$). Na osnovu rezultata u našem istraživanju vidimo da postoji razlika u ispoljavanju anksioznosti u odnosu na dob te da učenici srednje škole pokazuju statistički značajno veći nivo anksioznosti od učenika osnovne škole.

4. Pretpostavlja se da doživljaja psihosomatskih smetnji utječe na smetnje u svakodnevnim aktivnostima;

Dobiveni rezultati u Tabeli 5. pokazuju da postoji statistički značajna, pozitivna i visoka korelacija između zbira doživljenih psihosomatskih simptoma i stepena ometanja u svakodnevnim aktivnostima koje su navodili adolescenti u našem istraživanju.

Rezultati dobiveni na normativnom uzorku adolescenata odnosno djece osnovne i srednje škole $N= 402$, pokazuju da, glavobolje, manjak energije/umor, akne i bubuljice, ubrzano lupanje srca, mučnina, bol u leđima imaju najveću frekvenciju pojavljivanja među sudionicima te su se ujedno pokazali i kao najviše ometajući. Suprotno ovome iznenadni gubitak sluha, iznenadni gubitak vida, kožni osip, opstipacija ili neredovna stolica, osjećaj gušenja se najrjeđe pojavljuju među sudionicima.

Tabela 6. Povezanosti (Pearsonovi koeficijenti korelacije) između ukupnog zbira samoprocjene frekvencije i ukupnog zbira ometenosti psihosomatskim simptomima kod adolescenata.

Zbir subskala psihosomatskih simptoma (koliko često ste to doživjeli)	Zbir subskala psihosomatskih simptoma (koliko vas je omelo)	
	N	402
	Pirson	.877**
	Sig.	.000

Tabela 8. Prikaz simptoma u sudionika (%) u svakoj kategoriji odgovora na pitanja: Koliko često ste to doživjeli u posljednja tri mjeseca? Koliko vas je to ometalo? (N=402)

Psihosomatski simptomi	frekvencija				ometanje		
	nikada	Nekoliko puta mjesečno	Nekoliko puta sedmično	Skoro svaki dan	Nimalo	osrednje	jako
<i>Pseudoneurološki sistem</i>							
Glavobolje	23,9	51,2	16,7	8,2	33,8	55,7	10,4
Vrtoglavica	63,2	28,6	7,0	1,2	70,9	23,6	5,2
Bol u leđima	36,3	40,5	14,9	8,2	41,0	48,0	10,9
Manjak energije/umor	22,9	47,0	20,1	10,0	30,3	53,7	15,9
Povišena tjelesna temperatura	77,9	19,4	2,7	3,2	83,8	13,4	2,5
Bol u zglobovima	70,6	20,9	5,2	3,2	77,6	18,2	4,2
Bol u rukama i nogama	54,7	33,6	7,7	4,0	63,4	32,1	4,5
Gubitak ravnoteže	79,4	15,9	3,2	1,5	85,6	10,7	3,7
Mišićna napetost	60,4	29,9	7,2	2,5	69,9	28,1	2,0
Slabost mišića	69,2	24,4	4,0	2,5	75,6	20,9	3,5
„Knedla“ u grlu	54,5	38,3	4,7	2,5	66,7	28,6	4,7
Dvostruka slika	79,1	17,4	1,7	1,7	88,3	10,4	1,2
Zamućeni vid	70,1	24,1	3,7	2,0	79,6	17,7	2,7
Iznenadni gubitak vida	90,8	7,0	1,2	1,0	94,0	4,0	2,0
Iznenadni gubitak sluha	97,3	2,5	0,2		98,3	1,7	
Nesvjestica	72,4	21,1	6,0	0,5	78,1	18,2	3,7
Iznenadni gubitak pamćenja	74,9	20,6	2,4	2,0	83,8	13,4	2,7
Ubrzano lupanje srca	43,5	42,8	10,7	3,0	60,9	34,3	4,7
Bol u grudima	65,4	26,1	7,2	1,2	70,6	27,4	2,0
Mučnina	52,0	41,3	5,2	1,5	62,9	33,6	3,5
Grčevi u trbuhu	60,9	33,1	4,5	1,5	72,1	23,4	4,5
Proljev	73,4	24,9	1,7		80,8	17,2	2,0
Povraćanje	81,8	16,7	1,2	0,2	85,8	10,9	3,2
Nadutost	70,6	23,4	4,7	1,2	80,3	17,4	2,2
Gubitak apetita	53,5	36,8	7,2	2,5	68,9	27,9	3,0
Nepodnošenje nekih vrsta hrane	45,8	39,6	10,7	4,0	61,9	32,8	5,0
Opstipacija ili neredovna stolica	84,1	11,4	3,0	1,5	90,5	7,5	2,0
Žgaravica	70,6	23,1	4,5	1,7	79,6	16,4	4,0
Teškoće disanja	63,7	28,9	5,0	2,5	75,4	19,9	4,7
Osjećaj gušenja	81,6	13,9	3,2	1,2	85,8	11,2	3,0
Kožni osip	89,6	9,2	0,7	0,5	91,8	7,5	0,7
Svrabež/crvenilo kože	79,6	15,7	3,0	1,7	86,6	11,7	1,2
Akne ili bubuljice	24,9	43,3	17,2	14,7	34,3	50,2	15,4
Prehlada (začepljen nos, kašalj i sl)	57,2	37,1	4,7	1,0	69,7	26,6	3,7
Prekomjerenno znojenje	50,7	31,8	9,5	8,0	57,0	31,3	11,7

5. Pretpostavlja se da se adolescenti razlikuju u ispoljavanju psihosomatskih tegoba u odnosu na dobnu skupinu;

Na osnovu prikazanih rezultata u Tabeli 6. vidimo da statistički značajna razlika između učenika osnovne škole i učenika srednje škole postoji samo na subskali bol, gdje na osnovu vrijednosti aritmetičke sredine vidimo da veće simptome pokazuju učenici srednje škole. Na ostalim subskalama psihosomatskih simptoma (koliko često ste to doživjeli i koliko vas je to ometalo), kao i na ukupnom zbiru frekvencije i ometanja, rezultati pokazuju da ne postoji statistički značajna razlika.

6. Pretpostavlja se da se adolescenti razlikuju u ispoljavanju psihosomatskih tegoba u odnosu na spolnu skupinu;

Na osnovu prikazanih rezultata u Tabeli 7. vidimo da su djevojčice češće nego dječaci doživljavale psihosomatske simptome na subskalama: pseudoneurološki simptomi, ($t=-2.970$, $p=,003$), respiratorni simptomi ($t=-2.999$, $p=,003$), gastrointestinalni simptomi ($t= -3.019$, $p=0,003$), dermatološki simptomi ($t= -2.722$, $p=0,007$) kao i na subskali bol ($t= -2.316$, $p=0,021$). Što se tiče stepena ometanja koje su proizveli psihosomatski simptomi, djevojčice pokazuju znatno veće psihosomatske simptome na subskalama: Pseudoneurološkog

sistema ($t = -3.698$, $p = 0,000$), kardiovaskularnog ($t = -2.967$, $p = 0,003$), respiratornog sistema ($t = -3.496$, $p = 0,001$), gastrointestinalnog sistema ($t = -3.555$, $p = 0,000$), dermatološkog sistema ($t = -3.890$, $p = 0,000$), i boli ($t = -3.036$, $p = 0,003$). Statistički značajni rezultati su se pokazali i na ukupnom zbiru subskala frekvencija ($t = -2.247$, $p = 0,025$), i ometanje ($t = -4.292$, $p = 0,00$). Na osnovu rezultata u našem istraživanju vidimo da djevojčice pokazuju statistički značajno veći nivo psihosomatskih simptoma na subskalama: pseudoneurološki simptomi, respiratorni simptomi, gastrointestinalni simptomi, dermatološki simptomi kao i na subskali bol statistički značajan.

7. Pretpostavlja se da postoji povezanost između nivoa anksioznosti i psihosomatskih smetnji kod djece osnovnoškolskog i srednješškolskog uzrasta.

Dobiveni rezultati u Tabeli 8. pokazuju da postoji statistički značajna, pozitivna i visoka korelacija

između anksioznosti i svake od subskala psihosomatskih simptoma i kada je u pitanju frekvencija i kada je u pitanju ometanje. Na osnovu rezultata najveća dobivena korelacija je između anksioznosti i pseudoneuroloških simptoma, gastrointestinalnih simptoma i boli kada je u pitanju frekvencija, i anksioznosti pseudoneuroloških simptoma, boli i respiratornog sistema kada je u pitanju ometenost. Statistički značajna, pozitivna i visoka korelacija dobivena je i između anksioznosti i psihosomatskih simptoma ukupnog zbira pojedinih subskala koje se odnose i na frekvenciju i na ometanje, što znači da povećanje vrijednosti anksioznosti dovodi do povećanja vrijednosti na subskalama psihosomatskih simptoma (frekvencija i ometanje).

Tabela 6. Prikaz psihosomatskih simptoma između učenika osnovne i učenika srednje škole

Subskala psihosomatskih simptoma	Razred	N	AS	SD	t-test	P
Pseudoneurološki (Koliko često ste doživjeli)	Osnovna škola	191	1.3025	.37483	-.083	.934
	Srednja škola	211	1.3054	.32761		
Pseudoneurološki (Koliko vas je to omelo)	Osnovna škola	191	1.2048	.29675	.298	.766
	Srednja škola	211	1.1969	.22811		
Kardiovaskularni (Koliko često ste doživjeli)	Osnovna škola	191	1.6213	.60139	-.592	.554
	Srednja škola	211	1.6572	.61284		
Kardiovaskularni (Koliko vas je to omelo)	Osnovna škola	191	1.4049	.41053	-1.271	.205
	Srednja škola	211	1.4581	.42751		
Muskulotorni (Koliko često ste doživjeli)	Osnovna škola	191	1.4346	.62168	-.697	.486
	Srednja škola	211	1.4787	.64422		
Muskulotorni (Koliko vas je to omelo)	Osnovna škola	191	1.2749	.44615	-1.076	.283
	Srednja škola	211	1.3223	.43690		
Respiratorni (Koliko često ste doživjeli)	Osnovna škola	191	1.3979	.48476	-.072	.942
	Srednja škola	211	1.4013	.44735		
Respiratorni (Koliko vas je to omelo)	Osnovna škola	191	1.2967	.39492	1.426	.155
	Srednja škola	211	1.2433	.35605		
Gastrointestinalni (Koliko često ste doživjeli)	Osnovna škola	191	1.4229	.35976	.143	.886
	Srednja škola	211	1.4181	.31184		
Gastrointestinalni (Koliko vas je to omelo)	Osnovna škola	191	1.2827	.28056	.617	.537
	Srednja škola	211	1.2665	.24781		
Dermatološki (Koliko često ste doživjeli)	Osnovna škola	191	1.5340	.49309	-.067	.947
	Srednja škola	211	1.5371	.43773		
Dermatološki (Koliko vas je to omelo)	Osnovna škola	191	1.3403	.32074	-.584	.560
	Srednja škola	211	1.3586	.30756		
Bol (Koliko često ste doživjeli)	Osnovna škola	191	1.6911	.47999	-2.157	.032
	Srednja škola	211	1.7978	.50858		
Bol (Koliko vas je omelo)	Osnovna škola	191	1.5044	.33788	-1.452	.147
	Srednja škola	211	1.5537	.34236		
Ukupno ometanje	Osnovna škola	191	1.3298	.25883	-.542	.588
	Srednja škola	211	1.3428	.22067		

Tabela 7. Prikaz psihosomatskih simptoma u odnosu na spol adolescenata

	Spol	N	M	SD	t-test	P
Pseudoneurološki (Koliko često ste doživjeli)	Muško	177	1.2461	.32608	-2.970	.003
	Žensko	225	1.3496	.36265		
Pseudoneurološki (Koliko vas je to omelo)	Muško	177	1.1469	.22295	-3.698	.000
	Žensko	225	1.2430	.28349		
Kardiovaskularni (Koliko često ste doživjeli)	Muško	177	1.6365	.56773	-.105	.916
	Žensko	225	1.6430	.63732		
Kardiovaskularni (Koliko vas je to omelo)	Muško	177	1.3635	.35936	-2.967	.003
	Žensko	225	1.4874	.45531		
Muskulotorni (Koliko često ste doživjeli)	Muško	177	1.4859	.63387	.791	.430
	Žensko	225	1.4356	.63322		
Muskulotorni (Koliko vas je to omelo)	Muško	177	1.2768	.42262	-.923	.357
	Žensko	225	1.3178	.45576		
Respiratorni (Koliko često ste doživjeli)	Muško	177	1.3220	.36393	-2.999	.003
	Žensko	225	1.4607	.52380		
Respiratorni (Koliko vas je to omelo)	Muško	177	1.1959	.28746	-3.496	.001
	Žensko	225	1.3259	.42427		
Gastrointestinalni (Koliko često ste doživjeli)	Muško	177	1.3641	.29438	-3.019	.003
	Žensko	225	1.4647	.35832		
Gastrointestinalni (Koliko vas je to omelo)	Muško	177	1.2222	.22064	-3.555	.000
	Žensko	225	1.3151	.28704		
Dermatološki (Koliko često ste doživjeli)	Muško	177	1.4652	.43105	-2.722	.007
	Žensko	225	1.5911	.48255		
Dermatološki (Koliko vas je to omelo)	Muško	177	1.2825	.27396	-3.890	.000
	Žensko	225	1.4030	.33272		
Bol (Koliko često ste doživjeli)	Muško	177	1.6827	.49034	-2.316	.021
	Žensko	225	1.7978	.49823		
Bol (Koliko vas je omelo)	Muško	177	1.4727	.34135	-3.036	.003
	Žensko	225	1.5756	.33403		
Ukupno frekvencija	Muško	177	1.4575	.32479	-2.247	.025
	Žensko	225	1.5346	.35436		
Ukupno ometanje	Muško	177	1.2801	.20012	-4.292	.000
	Žensko	225	1.3811	.25801		

Tabela 8. Povezanosti (Pearsonovi koeficijenti korelacije) između nivoa anksioznosti i psihosomatskih simptoma pojedinih organskih sistema između ukupnog zbira samoprocjene frekvencije i ukupnog zbira ometenosti psihosomatskim simptomima i anksioznosti kod adolescenata.

Organski simptomi	Korelacija sa nivoom anksioznosti		
	N	Pirson	Sig
<i>Pseudoneurološki sistem</i> (frekvencija)	402	.612**	.000
<i>Pseudoneurološki sistem</i> (ometanje)	402	.601**	.000
<i>Kardiovaskularni sistem</i> (frekvencija)	402	.423**	.000
<i>Kardiovaskularni sistem</i> (ometanje)	402	.410**	.000
<i>Muskulotorni sistem</i> (frekvencija)	402	.407**	.000
<i>Muskulotorni sistem</i> (ometanje)	402	.353**	.000
<i>Respiratorni sistem</i> (frekvencija)	402	.454**	.000
<i>Respiratorni sistem</i> (ometanje)	402	.416**	.000
<i>Gastrointestinalni sistem</i> (frekvencija)	402	.539**	.000
<i>Gastrointestinalni sistem</i> (ometanje)	402	.412**	.000
<i>Dermatološki sistem</i> (frekvencija)	402	.246**	.000
<i>Dermatološki sistem</i> (ometanje)	402	.240**	.000
<i>Bol/osjećaj slabosti</i> (frekvencija)	402	.561**	.000
<i>Bol/osjećaj slabosti</i> (ometanje)	402	.536**	.000
<i>Ukupno</i> (frekvencija)	402	.630**	.000
<i>Ukupno</i> (ometanje)	402	.602**	.000

Statistička značajnost *p 0,05 **p 0,01

DISKUSIJA

Cilj našeg istraživanja bio je ispitati zastupljenost anksioznih i somatskih simptoma kod adolescenata, odnosno učenika osnovnoškolskog uzrasta i učenika srednjoškolskog uzrasta.

Prvi zadatak odnosio se na ispitivanje zastupljenosti simptoma anksioznosti kod adolescenata Zungovom skalom anksioznosti. Shodno tome, prva hipoteza je glasila da se *pretpostavlja da adolescenti pokazuju određen nivo anksioznosti*. Rezultati u našem istraživanju pokazuju statistički značajan nivo anksioznosti kod adolescenata, odnosno učenika osnovnoškolskog i srednjoškolskog uzrasta. Vrijednost aritmetičke sredine iznosi 36.91, i veća je od granične vrijednosti 36 koja se navodi u Zungovoj skali anksioznosti kao granična vrijednost nepostojanja anksioznosti, pa na osnovu dobivenih rezultata možemo konstatovati da je hipoteza broj jedan u našem istraživanju potvrđena. Da adolescenti iskazuju određene simptome anksioznosti, govore i podaci drugih autora (Kostić, 2006; Beesdo i sur., 2009; Scholten i sur., 2017). Krstanović (2016), koji navode kako su najčešći oblici internaliziranih poteškoća kod adolescenata simptomi i problemi vezani za anksioznost. Moguća objašnjenja za ovakve rezultate nalaze se u činjenici da se većina internaliziranih problema kod djece i adolescenata javlja u periodu koji iziskuje prilagođavanje novim stresnim zahtjevima okoline poput završetka jedne razine obrazovanja i prelaska na drugu, ali i općenito brojnih tjelesnih, fizioloških, socijalnih i emocionalnih promjena koje nosi period adolescencije, a s kojima se adolescenti još uvijek nisu naučili nositi. Rezultati našeg istraživanja doprinose stjecanju epidemiološke slike koja pokazuje da se problematici anksioznih simptoma kod adolescenata treba dodatno ozbiljnije posvetiti, a koja svakako može poslužiti za poduzimanje dodatnih efikasnih i tretmanskih preventivnih mjera.

Drugi zadatak odnosio se na ispitivanje spolnih razlika u ispoljavanju anksioznosti kod adolescenata. Shodno tome, druga hipoteza je glasila da se *pretpostavlja da simptome anksioznosti više ispoljavaju djevojčice u odnosu na dječake*. Na osnovu rezultata u Tabeli 3. vidimo da postoji statistički značajna razlika u ispoljavanju anksioznosti s obzirom na spol gdje statistički veći stepen anksioznosti ispoljavaju žene u odnosu na muškarce. Hipoteza našeg istraživanja broj dva također je potvrđena. Na osnovu granične vrijednosti 36, koja se na Zungovoj skali anksioznosti navodi kao nepostojanje anksioznosti, a u skladu sa dobivenim rezultatima u istraživanju, možemo zaključiti da na osnovu vrijednosti dobivene aritmetičke sredine muškarci ne pokazuju određen nivo anksioznosti, dok vrijednosti aritmetičke sredine djevojčica pokazuje znatno veći nivo anksioznosti od granične vrijednosti. Dosadašnje analize su također pokazale da postoji razlika između spola što se tiče učestalosti anksioznih simptoma. Macuka (2016) ističe da je upravo ženski spol naj snažniji rizični prediktor za internalizirane poteškoće. Na postojanje spolnih razlika u

zastupljenosti simptoma anksioznosti i veću prisutnost ovih simptoma kod ženskog spola također ukazuju i rezultati drugih istraživanja (Kostić, 2006; Beesdo i sur., 2009; Jovanović i sur. 2014, Gugić, 2015; Mohorić, Takšić, Šekuljica, 2016, Pohižek, 2018). Neka od objašnjenja dobivenih rezultata od kojih smo i mi pošli u našem istraživanju se mogu odnositi na stereotipe vezane za spol i razlike u procesu socijalizacije između muškaraca i žena i njihovih uloga u društvu putem kojih se još u djetinstvu nauče različita ponašanja vezana uz spol. Tokom spolnog tipiziranja djeca razvijaju rodne uloge koje se u njihovoj kulturi smatraju prikladnima pa tako za razliku od muškaraca za čiju se ulogu u našem društvu ne podržava iskazivanje slabosti i emocija, žene se u većoj mjeri potiču na izražavanje emocija i socijalne podrške. To da se djevojke češće koriste emocijama usmjerene načine suočavanja koji nisu efikasni (npr. ruminiranje) i koji dodatno potiču teškoće (Brougham i sur., 2009). S obzirom na navedeno, moguće je da upravo zbog umanjivanja ili sakrivanja emocija muškarci ne pokazuju određene simptome anksioznosti, a ovo su svakako pokazatelji da se istraživanja ozbiljnije pozabave i ovom razlikom s ciljem zaštite mentalnog zdravlja.

Treći zadatak odnosio se na ispitivanje razlika u ispoljavanju anksioznosti kod adolescenata u odnosu na dob. Shodno tome, treća hipoteza je glasila da se *pretpostavlja da stariji ispitanici (srednja škola) ispoljavaju značajno veći nivo anksioznosti u odnosu na mlađe ispitanike (osnovna škola)*. Na osnovu granične vrijednosti 36, koja se na Zungovoj skali anksioznosti navodi kao nepostojanje anksioznosti, a u skladu s dobivenim rezultatima u istraživanju, možemo zaključiti da na osnovu vrijednosti dobivene aritmetičke sredine učenici i osnovne i srednje škole pokazuju određen nivo anksioznosti. Međutim, na osnovu rezultata prikazanih u Tabeli 4. vidimo da statistički značajno veći stepen anksioznosti pokazuju učenici srednjih škola u odnosu na učenike iz osnovne škole. Hipoteza našeg istraživanja broj tri je također potvrđena. Lackovi-Grgin (2000) i Marić (2010) navode da se najveći broj anksioznih simptoma javlja na prijelaznim razdobljima na višu razinu, tj. da se sa starijom dobi kod djece povećava i negativna slika o sebi, te da su zahtjevi prilagodbe sve složeniji čime se povećava i vjerovatnoća javljanja anksioznosti navode i Maglica i Džanko (2016). Bongers i sur. (2003) ukazuju na povećanje učestalosti internaliziranih problema tokom prijelaza iz djetinjstva u adolescenciju. I druga istraživanja utvrdila su povećanje internaliziranih simptoma i anksioznosti s dobi (Kuzman i sur., 2004). Moguća objašnjenja za ovakve rezultate nalaze se u činjenici da se većina internaliziranih problema kod djece i adolescenata javlja u periodu koji iziskuje prilagođavanje novim stresnim zahtjevima okoline poput završetka jedne razine obrazovanja i prelaska na drugu koje zahtijevaju i ozbiljnije pa time proizvode i veći stepen napetosti, poteškoća u prilagođavanju kao i povećanja anksioznosti.

Četvrti zadatak odnosio se na ispitivanje stepena doživljaja psihosomatskih smetnji i stepena

ometenosti u svakodnevnim aktivnostima pa je naša četvrta hipoteza glasila da se pretpostavlja da doživljaj psihosomatskih smetnji utječe na smetnje u svakodnevnim aktivnostima. Dobiveni rezultati u Tabeli 5. pokazuju da postoji statistički značajna, pozitivna i visoka korelacija između zbira doživljenih psihosomatskih simptoma i stepena ometanja u svakodnevnim aktivnostima koje su navodili adolescenti u našem istraživanju. Rezultati pokazuju da glavobolje, manjak energije/umor, akne i bubuljice, ubrzano lupanje srca, mučnina, bol u leđima imaju najveću frekvenciju pojavljivanja među učenicima osnovne i srednje škole, te su se ujedno pokazali i kao najviše ometajući. Suprotno ovome iznenadni gubitak sluha, iznenadni gubitak vida, kožni osip, opstipacija ili neredovna stolica, osjećaj gušenja se najrjeđe pojavljuju među sudionicima. Slični rezultati dobiveni su i kod drugih autora Vulić Prtorić (2019), na normativnom uzorku srednjoškolaca i studenata (N=1637). Atloga (2019) u svom istraživanju navodi da od simptoma koje djeca doživljavaju nekoliko puta mjesečno, 50,82% njih ističe mučninu, 50,65% ističe glavobolje, 52,46% njih ističe manjak energije, 50,56% grčeve u trbuhu te 55,74% djece ističu kako doživljavaju prehladu. Važno za naglasiti je činjenica da se prilikom posmatranja somatskih pritužbi kod populacije djece prisutna promjenjivost simptoma kroz njihov razvojni period.

Peti zadatak odnosio se na ispitivanje razlike u ispoljavanju psihosomatskih simptoma adolescenata u odnosu na dob. Peta hipoteza našeg istraživanja glasila je da se pretpostavlja da postoji razlika u ispoljavanju psihosomatskih simptoma kod adolescenata u odnosu na dob. Rezultati našeg istraživanja pokazali su da ne postoji značajna razlika u ispoljavanju psihosomatskih simptoma i dobi, osim na subskali bol, gdje na osnovu vrijednosti aritmetičke sredine vidimo da veće simptome pokazuju učenici srednje škole. Peta hipoteza u našem istraživanju nije potvrđena.

Šesti zadatak odnosio se na ispitivanje razlika u ispoljavanju psihosomatskih simptoma kod adolescenata u odnosu na spol. Shodno tome šesta hipoteza je glasila da se pretpostavlja da djevojčice više ispoljavaju psihosomatske simptome od dječaka. Na osnovu prikazanih rezultata vidimo da postoji statistički značajna razlika između djevojčica i dječaka na pojedinim subskalama psihosomatskih simptoma. Što se tiče doživljenih psihosomatskih simptoma na subskalama, a na osnovu rezultata aritmetičke sredine vidimo da su djevojčice češće nego dječaci doživljavale psihosomatske simptome na subskalama: pseudoneurološki simptomi, respiratorni simptomi, gastrointestinalni simptomi, dermatološki simptomi kao i na subskali bol. Što se tiče stepena ometanja koje su proizveli psihosomatski simptomi, također djevojčice pokazuju znatno veće psihosomatske simptome na subskalama: Pseudoneurološkog sistema, respiratornog sistema, gastrointestinalnog sistema, dermatološkog sistema i boli. Na subskali muskulaturni (frekvencija i ometanje) i gastrointestinalni (frekvencija) ne postoji

statistički značajna razlika. Statistički značajni rezultati su se pokazali i na ukupnom zbiru subskala frekvencija i ometanje, gdje na osnovu vrijednosti aritmetičke sredine vidimo da djevojčice pokazuju znatno veće simptome. Hipoteza broj šest u našem istraživanju je također potvrđena. Spolne razlike u ispoljavanju psihosomatskih simptoma u korist djevojčica također navode (Campo, 2012; Salmela-Aro i Tynkkynen, 2012, Kozjak Mikić, Jokić Begić, Bunjevac, 2012). Gugić (2015), također u rezultatima svog istraživanja navodi statistički značajne razlike između djevojaka i mladića u zastupljenosti psihosomatskih simptoma, i ometenosti psihosomatskim simptomima. Vulić-Prtorić (2005) navodi da psihosomatski simptomi značajno više ometaju djevojčice nego dječake. Razlike u izražavanju somatskih simptoma u odnosu na spol mogu se tražiti u činjenici da su djevojčice općenito ranjivije pa i intenzivnije reaguju na poteškoće što može dodatno pospješiti pojavljivanje i njihovo veće izražavanje. Razlog zbog kojeg su djevojčice sklonije priznati i otvorenije izražavati svoje tegobe u odnosu na dječake možemo naći u objašnjenju vezanom za stereotipe spolnih uloga. MacLean i sur. navode da djevojčice lakše uklapaju u svoj ženski identitet ulogu osobe koja na stres reaguje somatskim teškoćama. Upravo zbog spolnih razlika veću sklonost da priznaju svoje tegobe imaju djevojčice, navode autori Petak, Brajša Žganec (2014), ali to nije odraz stvarnih razlika u doživljavanju somatskih smetnji.

Sedmi zadatak odnosio se na ispitivanje povezanosti između anksioznosti i psihosomatskih simptoma pa je sedma hipoteza u našem istraživanju glasila da postoji povezanost između nivoa anksioznosti i psihosomatskih smetnji kod djece osnovnoškolskog i srednjoškolskog uzrasta. Dobiveni rezultati pokazuju da postoji statistički značajna, pozitivna i visoka korelacija između anksioznosti i svake od subskala psihosomatskih simptoma i kada je u pitanju frekvencija i kada je u pitanju ometanje. Na osnovu rezultata najveća dobivena korelacija je između anksioznosti i pseudoneuroloških simptoma, gastrointestinalnih simptoma i boli kada je u pitanju frekvencija, i anksioznosti pseudoneuroloških simptoma, boli i respiratornog sistema kada je u pitanju ometenost. Statistički značajna, pozitivna i visoka korelacija dobivena je i između anksioznosti i psihosomatskih simptoma ukupnog zbira pojedinih subskala koje se odnose i na frekvenciju i na ometanje, što znači da povećanje vrijednosti anksioznosti dovodi do povećanja vrijednosti na subskalama psihosomatskih simptoma (frekvencija i ometanje).

Statistički značajnu povezanost nivoa anksioznosti i psihosomatskih smetnji i kada je u pitanju frekvencija, ali i ometanje psihosomatskih problema, dobila je i autorica Lindze (2018) u svom istraživanju. Nivo anksioznih simptoma također pokazuje statistički značajnu povezanost s pojavljivanjem pojedinih psihosomatskih smetnji na posebnim organskim sistemima sa pseudoneurološkim, kardiovaskularnim, respiratornim, gastrointestinalnim organskim sistemima, s

boli/osjećajem slabosti i onda kada je u pitanju učestalost i ometanje simptoma. Nivo anksioznosti je statistički značajno povezan s dermatološkim organskim sistemom, ali samo kada je u pitanju ometanje simptoma. Najveća povezanost nivoa anksioznosti jeste s učestalošću javljanja boli i osjećaja slabosti. Muskulatorni sistem nije pokazao statistički značajnu povezanost ni kada je u pitanju frekvencija niti ometanje. Vulić-Prtorić i sur. (2008), također navodi da su umor, bol, slabost i smetnje u kardiovaskularnom sistemu bili najviše povezani s anksioznošću, Hesketh i sur., (2010), također navode statistički značajnu povezanost psihosomatskih smetnji s anksioznošću, stresom, strahom, Nea Lindze da je anksioznost u svakodnevnim situacijama snažan prediktor zastupljenosti psihosomatskih simptoma pokazalo je i istraživanje (Gugić, 2015). Istraživanje Tegethoff i sur. (2016) potvrdilo je povezanost psihičkih poremećaja i fizičkih bolesti kod adolescenata. Rezultati ukazuju da prisutnost anksioznosti kod adolescenata može dovesti do raznih kožnih bolesti, dok, obratno, bolesti srca mogu dovesti do anksioznosti. Neka od objašnjenja ovakvih rezultata su da su djeca i adolescenti imaju slabije mogućnosti da se od vlastitih osjećaja distanciraju, što potom može dovesti do pojave psihosomatskih simptoma. Također, odgovor se može tražiti i 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. Uzimajući u obzir da djeca i adolescenti često zbog vlastite emocionalne i kognitivne nezrelosti svoje reakcije ne mogu nositi drugačije nego kroz tjelesne reakcije i poremećaj, korisno bi bilo ponuditi preventivne tretmanske programe jačanja emocionalnih ali i socijalnih i kognitivnih kompetencija, razvijanje tolerancije na stres i frustraciju još od najranijih razina obrazovanja. Bogdanić, Matković (2019) prema: Carr (1999) navode da je jako važno educirati i roditelje na koji način oni svojim ponašanjem mogu djelovati na simptome jer djeca roditelja koji ne pokazuju zabrinutost oko simptoma, ali ih uvažavaju i koji modeliraju aktivan način nošenja s tegobama rjeđe doživljavaju simptome i imati bolje zdravstvene ishode.

ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Uzimajući u obzir da su najrizičnija životna razdoblja za razvoj anksioznosti i somatskih simptoma djetinstvo i adolescencija te da imaju tendenciju trajanja ukoliko se ne liječi na vrijeme, možemo reći kako su internalizirani problemi kod djece i adolescenata važan prediktor mentalnog zdravlja u budućnosti. Preporuke koje možemo navesti na osnovu rezultata u našem istraživanju su da je potrebno dodatno istražiti o rizičnim i zaštitnim faktorima s ciljem promocije adekvatnih i efikasnih preventivnih tretmanskih intervencija. Za zaštitu

mentalnog zdravlja djece i adolescenata prijeko je potrebno rano prepoznavanje i rane intervencije uz multidisciplinarni pristup, fokusirajući se na biološke, psihološke i socijalne faktore koji mogu biti okidač za njihovo pojavljivanje. S obzirom na navedene podatke i rezultate u istraživanju, bilo bi korisno posvetiti se jačanju i realizaciji preventivnih programa u vidu radionica još u nižim razredima koje bi bila namijenjene i za djecu i za roditelje. S obzirom na navedeno i naše istraživanje o zastupljenosti anksioznosti i simptoma somatskih poremećaja kod adolescenata predstavlja značajan korak u pospješivanju mentalnog zdravlja kod djece u adolescentnom periodu.

LITERATURA:

- Altaga, M. (2019). Psihosomatski simptomi kod djece i roditelja. Diplomski rad. Sveučilište u Zadru. Odsjek za psihologiju.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. izd. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- Beesdo, K., Knappe, S., Pine, D. S. (2009): Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32, 3: 483-524.
- Begić, D. (2016). Psihopatologija. Treće, nepromijenjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada
- Bogdanić, A., Matković, P. (2019). Somatizacija u djece: prepoznavanje - priopćavanje dijagnoze – tretman. *Croatian Pediatric Journal*. 63 (Supl 1): 6-12.
- Bongers, I. L., Koot, H. M., Ende, J. & Verhulst, F. C. (2003). The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (2), 179-192.
- Brougham, R.R., Zail, C.M., Mendoza, C.M. i Miller, J.R. (2009). Stress, sex differences, and coping strategies among college students. *Current Psychology*, 28, 85-97
- Campo, J.V. (2012). Annual research review: functional somatic symptoms and associated anxiety and depression- developmental psychopathology in pediatric practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 575-592.
- Crnokić, D. (2017). Anksioznost i kako ju liječiti; *Medicus*; 26(2):185-191
- Dahl, R. E., Allen, N. B., Wilbrecht, L. & Suleiman, A. B. (2018). Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. *Nature*, 554 (7693), 441–450.
- Dimsdale, J.E., Creed, F., Escobar, J., Sharpe, M., Wulsin, L., Barsky, A., Lee, S., Irwin, M.W., Levenson, J., (2013). Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *Journal of Psychosomatic Research*, 75. (3), 223-228. Somatic Symptom Disorder: An important change in DSM - ScienceDirect posjećeno 10.01.2021.
- Erić, Lj. (1972). Strah, anksioznost i anksiozna stanja. Beograd: Institut za stručno usavršavanje i specijalizaciju zdravstvenih radnika.

- Graovac, M. (2010). Adolescent u obitelji: Medicina Fluminensis, Vol. 46 No. 3, 261-266.
- Gregurek, R., Ražić Pavičić, A., Gregurek ml, R., (2017). Anksioznost: psihodinamski i neurobiološki dijalog Socijalna psihijatrija, Vol. 45 No. 2, 2017.
- Gugić, K. (2015): Suočavanje sa stresom, anksioznost i psihosomatski simptomi kod adolescenata. Diplomski rad. Filozofski fakultet Sveučilišta J. J. Strossmayera Osijek, Odsjek za psihologiju.
- Hall GS. (1904). Adolescence: Its Psychology and its Relation to Psychology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education. New York: Appleton
- Hesketh, T., Zhen, Y., Lu, L., Dong, Z. X., Jun, Y. X., & Xing, Z. W. (2010). Stress and psychosomatic symptoms in Chinese school children: cross-sectional survey. Archives of Disease in Childhood, 95(2), 136-140.
- Kostić, R. (2006): Odnos simptoma anksioznosti i depresije i dimenzija ličnosti u adolescenciji. Diplomski rad. Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Odsjek za psihologiju.
- Kozjak Mikić, Z., Jokić Begić, N., Bunjevac, T. (2012). Zdravstvene teškoće i izvori zabrinutosti adolescenata tijekom prilagodbe na srednju školu. Psihologijske teme 21, 2, 317-336
- Krstanović, N. (2016). Internalizirani poremećaji kod djece i adolescenata Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet.
- Kuzman, M., Pejnović-Franelić, I. & Pavetić-Šimetin, I. (2004). Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
- Jovanović, V., Gavrilov-Jerković, V., Žuljević, D., Brdarić, D. (2014): Psihometrijska evaluacija Skale depresivnosti, anksioznosti i stresa-21 (DASS-21) na uzorku studenata u Srbiji. Psihologija, 47, 1, 93-112.
- Kovačić Petrović, Z., Peraica, T., Kozarić-Kovačić, D. (2019). Somatizacija kao obrana od narcističke povrede. Soc. psihijat. Vol. 47. Br. 2, 199-213.
- Labar, K. S., & Ledoux, J. (2001). Coping with danger: The neural basis of defensive behaviors and fearful feelings. In B. S. McEwen (Ed.), Handbook of physiology: Section 7: The endocrine system, Vol. 6: Coping with environment: Neural and endocrine mechanisms (pp. 139-154). Oxford University Press.
- Lacković - Grgin, K. (2004). Psihologija adolescencije. Jastrebarsko. Naklada Slap
- Lohre, A., Lydersen, S., Vatten, L.J. (2010). Factors associated with internalizing or somatic symptoms in a cross-sectional study of school children in grades 1-10. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.
- MacLean, A., Sweeting, H., Hunt, K. (2010). Rules for boys, guidelines for girls: gender differences in symptom reporting during childhood and adolescence. Social Science and Medicine, 70, 597-604.
- Macuka, I. (2016): Emocionalni i ponašajni problemi mlađih adolescenata – zastupljenost i rodne razlike. Ljetopis socijalnog rada, 23, 5, 65-86.
- Maglica, T., Džanko, P. (2016): Internalizirani problemi u ponašanju među splitskim srednjoškolicima. Školski vjesnik: časopis za pedagošku teoriju i praksu, 65, 4, 559-585.
- Marić, M. (2010). Osobine ličnosti, životni događaji i anksioznost adolescenata. Primenjena psihologija, 3(1), 39-57.
- Mohorić, T., Takšić, V., Šekuljica, D. (2016): Uloga razumijevanja emocija u razvoju simptoma depresivnosti i anksioznosti u ranoj adolescenciji. Socijalna psihijatrija, 44, 1, 46-58.
- Novak, M. i Bašić, J. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. Ljetopis socijalnog rada, 15 (3), 473-498
- M. Novak, M. Ferić, V. Kranželić, J. Mihić: Konceptualni pristupi pozitivnom razvoju adolescenata Ljetopis socijalnog rada 2019., 26 (2), 155-184.
- Pohižek, I. (2018). Simptomi anksioznosti kod adolescenata grada Zagreba i njihova prevencija. Sveučilište u Zagrebu. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet
- Poljak, M., Begić, D. (2016). Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata Socijalna psihijatrija, Vol. 44 No. 4, 310-329
- Rudan, V (2004). Normalni adolescentni razvoj. Medix : specijalizirani medicinski dvomjesečnik, Vol. 10 No. 52, 36-39
- Salmela-Aro, K., Tynkkynen, L. (2012). Gender pathways in school burnout among adolescents. Journal of Adolescence, 35, 929-939.
- Scholten, H., Malmberg, M., Lobel, A., Engels, R. C. M. E., Granic, I. (2016): A randomized controlled trial to test the effectiveness of an immersive 3D video game for anxiety prevention among adolescents. PLoS One, 11, 1. Posjećeno 3.1.2021 na: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0147763>.
- Schraml, K., Perski, A., Grossi, G., Simonsson-Sarnecki, M. (2011). Stress symptoms among adolescents: the role of subjective psychosocial conditions, lifestyle and self-esteem. Journal of Adolescence, 34, 987-996.
- Steimer, T. (2002). The biology of fear and anxiety related behaviors. Dialogues Clin Neurosci. v. 4(3): 231-249.
- Štrkalj Ivezić, S., Vuković, A. (2007). Nemedikamentozno liječenje anksioznih poremećaja Medix : specijalizirani medicinski dvomjesečnik, Vol. 13 No. 71. 88-93
- Tegethoff, M., Stalujanis, E., Belardi, A., Meinlschmidt, G. (2016): Chronology of Onset of Mental Disorders and Physical Diseases in Mental-Physical Comorbidity - A National Representative Survey of Adolescents. PLoS ONE 11, 10: e0165196. Posjećeno 10.1.2021. na: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0165196>.
- Vulić-Prtorić, A. (2006) Anksiozna osjetljivost: fenomenologija i teorije, Suvremena psihologija, 9, 2, 171-194.
- Vulić-Prtorić, A. (2019). Priručnik za Upitnik psihosomatskih simptoma -PSS. Neobjavljeni priručnik. Odjel za psihologiju Sveučilišta u Zadru.
- Vulić-Prtorić, A. (2005). Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente – Procjena valjanosti. Suvremena psihologija, 8(2), 211-227.
- Vulić-Prtorić, A., Sorić, I. i Penezić, Z. (2006, srpanj). Coping strategies and psychosomatic symptoms in

children, Rad prezentiran na 3rd European conference on positive psychology, Braga, Portugal.

Vulić-Prtorić, A., Jović, M., Coha, R., Grubić, M., Lopižić, J., i Padelin, P. (2008). Anksiozna osjetljivost i

psihosomatski simptomi u djece i adolescenata. Klinička psihologija, 1(1-2), 7-25.

INFORMACIJE O AUTORIMA

Irmela Mujkić

Univerzitet u Travniku
Edukacijski fakultet
Aleja Konzula 5, 72270, Travnik
e-mail: irmela_mujkic@hotmail.com

Muradif Hajder

Univerzitet u Travniku
Edukacijski fakultet
Aleja Konzula 5, 72270, Travnik
e-mail: muradif_hajder@windowslive.com

Hazim Selimović

Univerzitet u Travniku
Edukacijski fakultet
Aleja Konzula 5, 72270, Travnik
e-mail: hazim.selimovic@gmail.com