

ANKSIOZNOST I DEPRESIVNOST U PEDIJATRIJSKIH BOLESNIKA S BOLNIM TJELESNIM TEGOBAMA

DUNJA BARABAN¹, ANA KURTOVIĆ², VLATKA ZELIĆ¹, VALERIJA KRŽANIĆ², MAJA BULJUBAŠIĆ¹

Cilj istraživanja je bio procijeniti razinu i strukturu anksioznosti i depresivnosti djece i mladih s ponavljanim bolnim tjelesnim tegobama (1) i usporediti ih s vrijednostima normativnog uzorka (2), usporediti bolesnike s pojedinačnim i one s višestrukim tjelesnim tegobama te (3) ispitati proporciju klinički značajno anksioznih i depresivnih bolesnika. Skalom strahova i anksioznosti (SKAD-62) i skalom depresivnosti (SDD) ispitano je 160-ero djece u dobi od 10 do 17 godina, koju su pedijatri uputili psihologu u okviru bolničkog ili ambulantnog liječenja: 57-ero djece s glavoboljama, 24-ero s bolovima u trbuhu, 40-ero s bolovima u prsištu i njih 39-ero s višestrukim tegobama. Rezultati su pokazali kako svi bolesnici imaju sličnu ukupnu razinu anksioznosti i depresivnosti kao i djeca iz normativnog uzorka. Klinički značajna anksioznost registrirana je u 22%, a klinički značajna depresivnost u 4% bolesnika. Najviše je visoko anksiozne djece s bolovima u prsištu (35%), a najmanje s glavoboljama (8,6%). Djeca s višestrukim tjelesnim tegobama ne iskazuju veću anksioznost i depresivnost od one s pojedinačnim tegobama. Između kliničkih skupina iskazana je razlika u dominantnim oblicima anksioznosti: djeca s glavoboljama većinom su separacijski anksiozna, ona s bolovima u trbuhu i u prsištu većinom su anksiozno osjetljiva, a djeca s više tjelesnih tegoba zabrinuta.

Deskriptori: ANKSIOZNOST; DEPRESIVNOST; DIJETE; BOL

UVOD

Bolni tjelesni simptomi najčešće su somatizacije ili somatoformne pojave u djece i adolescenata. Definira ih nedostatak medicinski jasnih nalaza i objašnjenja o postojanju "organske" bolesti te dominantan utjecaj emocionalnih čimbenika ili psiholoških teškoća u njihovom nastanku i održavanju (1, 2).

Najčešće bolne somatizacije u djece su glavobolje, bolovi u trbuhu, udovima i u leđima (3). Prevalencija glavobolja u općoj populaciji kreće se od 10% do 30%, ponavljanih bolova u trbuhu od 10% do 25%, bolova udova i leđa od 5% do 20%, a na bolove u prsištu tuži se između 7% do 15% djece i adolescenata (4). Često je javljanje više simptoma ili više različito

lokaliziranih bolova: uz ponavljaju bol u trbuhu, kao centralnu tegobu, moguće je žaljenje i na mučninu, loš okus u ustima i probavne smetnje, a uz glavobolju je moguće javljanje vrtoglavice i nedostatka zraka (2). Najčešća kombinacija bolnih tegoba su glavobolje i bolovi u trbuhu (5).

Prevalencija višestrukih bolova kreće se između 27% i 40% i povećava se s dobi (5, 6, 7). U općoj populaciji više od četvrtine djece (27%) iskazuje više nego jednu lokalizaciju boli, a djevojčice upućuju na višestruke bolove dva puta više nego dječaci (5). Školska djeca u dobi od 13 do 19 godina, približno jedna trećina, nema bolnih tegoba, trećina ih ima jednu bolnu tegobu najmanje jedan put na tjedan, a trećina ima dvije i više bolnih smetnji, pri čemu dvije trećine djece koja se tuže na glavobolje najmanje jedan put na tjedan trpe i druge česte bolove, većinom u mišićima, leđima i abdomenu (6). Među adolescentima u dobi od 12 do 15 godina Larsson i Sund navode kako njih 25%, većinom ženskog spola, ima dvije, a 15% više nego dvije lokalizacije bolova (7).

Razvoj somatizacija, kao i psihosomatskih bolesti, uvjetovan je emocionalnim stanjem organizma i njihova osnova su intenzivne, česte i perzistirajuće emocije, kao strah, tuga i tjeskoba koje vode u fiziološku (somatizacije) ili strukturalnu patologiju organa (psihosomatske bolesti) (8). Međutim, emocionalna stanja ili odgovori djece sa somatizacijama, s obzirom na njihov utjecaj na svakodnevno funkcioniranje, trajanje, opseg i intenzitet mogu i ne moraju biti na razini emocionalnog poremećaja (9). Procjenjuje se kako većina djece sa somatizacijama nema očitih psiholoških teškoća, ali približno trećina ih trpi od ozbiljnih emocionalnih smetnji te su u pedijatriji somatizacije često povezane sa simptomima psihijatrijskih poremećaja, pretežito anksioznosti i depresije (1, 4).

U općoj populaciji komorbiditet između somatizacijskih tegoba u djece i psiholoških poremećaja kreće se od 12 do 20%, a u kliničkom uzorku taj je broj veći i kreće se od 23 do 32% (2), a prema nekim autorima od 59% do 81%, ovisno o vrsti tjelesnih tegoba (10, 11).

¹ Klinički bolnički centar Osijek

² Filozofski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Adresa za dopisivanje:

Dr. sc. Dunja Baraban, dr. med., Klinički bolnički centar Osijek, J. Huttlera 4, 31000 Osijek, e-mail: baraban.dunja@kbo.hr

Među djecom s dijagnosticiranim psihijatrijskim poremećajima, u dobi od 9 do 15 godina, 20,5% ima glavobolje, pri čemu depresivne djevojčice imaju približno četiri puta veću prevalenciju glavobolja nego nedepresivne (40,8% depresivnih djevojčica prema 10,5% nedepresivnih ima glavobolje), a djevojčice s anksioznim poremećajem imaju tri puta veću prevalenciju glavobolja nego neanksiozne (34,1% djevojčica s anksioznim poremećajem prema 10% neanksioznih ima glavobolje) (12).

Anksioznost, depresivnost i somatizacije mogu biti različito povezane, ovisno o lokalizaciji bolnog simptoma, broju, intenzitetu tjelesnih tegoba, spolu i dobi djece koja se na njih žale.

Pedijatrijski bolesnici s glavoboljama, u dobi od 7 do 18 godina, u odnosu na zdravu djecu iskazuju višu razinu anksioznosti i depresivnosti i prema izvještajima roditelja i prema mjerama tipa samoprocjene (13). Kod uzorka školske djece depresivni simptomi u pozitivnoj su korelaciji sa čestim glavoboljama tenzijskog karaktera, a internalizirani problemi ponašanja i depresivnost povezani su s migrenoznim glavoboljama, bez obzira na njihovu učestalost (14). Adolescenti iz opće populacije, u dobi od 13 do 19 godina, sa čestim glavoboljama, najmanje jedan put na tjedan, također pokazuju više znakova anksioznosti i depresivnosti od djece s rijetkim glavoboljama ili bez njih (6). Prema istraživanju provedenom u Hrvatskoj, gotovo dvostruko veći broj anksioznih simptoma u odnosu na zdravu djecu registrira se u djece s glavoboljama kliničkog i nekliničkog uzorka, ali u većine razina anksioznih simptoma nije klinički značajna: ekstremni rezultati na skali anksioznosti procjenjuju se u 7% do 32% djece s glavoboljama koja su bila u pedijatrijskoj skrbi (klinički uzorak), a u 5% do 17% djece s glavoboljama koja zbog svojih tegoba nisu zatražila liječničku pomoć (neklinički uzorak) (15).

Viša razina anksioznosti i depresivnosti korelira i s češćim bolovima u trbuhu (više od 4 simptoma u tjednu), i to kod 52% školske djece oba spola, prosječne dobi 11,8 godina (16). Djeca iz ambulanti gastroenterološke klinike, s netipičnim ponavljanim bolovima u trbuhu, kod koje tjelesni pregled nije upućivao na ozbiljniju tjelesnu bolest ili patologiju i bez osobitih odstupanja u relevantnim dijagnostičkim nalazima, imaju više rezultate na upitnicima anksioznosti nego zdrava

djeca, slične rezultatima djece s anksioznim poremećajem (17). Procjene psihijatrijskih poremećaja u djece s ponavljanim trbušnim bolovima, u dobi od 8 do 15 godina, u okviru primarne zdravstvene zaštite navode kako čak 81% djece (34/42) udovoljava kriterijima za postavljanje dijagnoze emocionalnog poremećaja, i to anksioznog u 79% slučajeva (najviše separacijska tjeskoba), a depresivnog u 43% slučajeva (10). Isti autori u djece s ponavljanim abdominalnim bolovima u odnosu na djecu bez bolova registrijuju višu razinu simptoma anksioznosti i depresivnosti i u upitnicima tipa samoprocjene.

Na kliničkom uzorku djece s ne kardijalnom boli u prsištu anksiozni se poremećaj, prema Intervjuu za anksiozne poremećaje za Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV), dijagnosticira u 59% djece, i to većinom kao panični poremećaj udružen s agorafobijom (11), a viša razina anksioznosti i anksiozne osjetljivosti, ali ne i depresivnosti, u istoj skupini registrira se i na skalama samoprocjene (18).

Iako psihološke teškoće djece sa somatizacijama mogu biti specifične s obzirom na spol i vrstu tegobe (19), drugi autori naglašavaju kako se razina emocionalnih smetnji i problema ponašanja djece sa somatizacijama povezuje manje s vrstom ili lokalizacijom boli, a više s frekvencijom i brojem koegzistirajućih različitih (višestrukih) bolova (7).

Ispitivanje pedijatrijskih bolesnika s kroničnim abdominalnim bolovima prvi put upućenih na gastroenterološku kliniku pokazalo je kako su visoko depresivni pedijatrijski bolesnici s kroničnim abdominalnim bolovima imali i više drugih, negastrointestinalnih tegoba (vrtočlavlja, slabost, glavobolja, bolovi u leđima, umor i ubrzani rad srca), a prisutnost triju i više negastrointestinalnih tegoba u djece s kroničnim abdominalnim bolovima, bez obzira na njihovu organsku ili neorgansku uvjetovanost, pokazala se kao dobar prediktor klinički značajne izraženosti depresivnih simptoma (20).

U kliničkom pedijatrijskom radu psihologijska procjena i evaluacija bolesnika s tjelesnim tegobama i suspektim somatizacijama dio je cjelokupnog dijagnostičkog postupka, a mjere emocionalnih i ponašajnih karakteristika mogu liječniku pružiti važne informacije pri odlučivanju i usmjeravanju daljnje medicinske odnosno psihologijsko/psihijatrijske evaluacije i tretmana (21, 22, 23).

Budući da se razine anksioznih i depresivnih smetnji u djece s tjelesnim tegobama nalaze u rasponu od klinički značajnih do manje ozbiljnih teškoća te da njihova izražajnost može ovisiti o vrsti i broju tjelesnih tegoba, a podatci o prisutnosti više tjelesnih tegoba mogu biti klinički dijagnostički indikator postojanja emocionalnih teškoća, ciljevi našeg istraživanja bili su: (1) procjena razine i strukture anksioznosti i razine depresivnosti u pedijatrijskih bolesnika s ponavljanim bolnim tjelesnim tegobama i usporedba s vrijednostima normativnog uzorka; (2) usporedba razine i strukture anksioznosti i razine depresivnosti između pedijatrijskih bolesnika s pojedinačnim (glavobolje, bolovi u trbuhu, bolovi u prsištu) i bolesnika s dvije i više različitih tjelesnih tegoba te (3) ispitati i međusobno usporediti proporciju klinički značajno anksiozne i depresivne djece koja imaju različite tjelesne tegobe.

METODA

Sudionici

Istraživanje je provedeno na 160-ero djece (100 djevojčica ili 62,5% i 60 dječaka ili 37,5%) u dobi od 10 do 17 godina ($M = 14,21$; $SD 1,87$), koju su ambulantno ili tijekom bolničkog liječenja pedijatri, subspecialnosti za neurologiju, kardiologiju i gastroenterologiju Klinike za pedijatriju, Kliničkog bolničkog centra Osijek uputili na kliničku psihologijsku procjenu zbog sumnje na psihogenu prirodu tjelesnih tegoba. Od ukupnog broja, 91 dijete (56,9%) ispitano je u okviru bolničkog liječenja. Sva djeca imala su tri i više epizode specifičnih ili različitih tjelesnih bolova u trajanju od najmanje 3 mjeseca. Djeca s kroničnim bolestima nisu uključena u ispitivanje. Prema uputnoj dijagnozi i vrsti tjelesnih tegoba sudionici su razvrstani u četiri skupine:

I. - djeca s glavoboljama ($N = 57$; 75,4% djevojčica; 35,1% ispitanih u bolnici)

II. - djeca s bolovima u trbuhu ($N = 24$; 58,3% djevojčica; 50% ispitanih u bolnici)

III. - djeca s bolovima u prsištu i ubrzanim radom srca ($N = 40$; 47,5% djevojčica; 82,5% ispitanih u bolnici)

IV. - djeca s dvije i više tjelesnih tegoba ($N = 39$; 61,5% djevojčica; 66,7% ispitanih u bolnici).

Kriterij za određivanje bolesnika s višestrukim tjelesnim tegobama bili su pre-

ma uputnoj dijagnozi pedijatra najmanje dvije tjelesne tegobe različitih organskih sustava. Unutar ove skupine bilo je 21 dijete s bolovima u trbuhu i glavoboljama; sedmero djece s vrtoglavicama, glavoboljama i mučninama; petero s glavoboljama i boli u prsištu; dvoje djece s bolovima u trbuhu i osjećajem nedostatka zraka; dvoje djece s lupanjem srca, osjećajem nedostatka zraka i nesvjesticom; jedno dijete s bolovima u prsištu, bolovima u nogama i osjećajem nedostatka zraka i jedno dijete s glavoboljom, bolovima u trbuhu i prsištu.

Mjerni instrumenti

Za potrebe istraživanja primijenjena su dva psihologijska upitnika tipa samo-procjene: Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62) i Skala depresivnosti za djecu i adolescente (SDD), oba autorice Vulić-Prtorić (9, 24).

Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62) konstruirana je 2003. i prvi put izdana u Hrvatskoj 2004. godine. Primjenjiva je za djecu u dobi od 10 do 18 godina. Sadrži 62 čestice i obuhvaća sedam subskala koje pokrivaju područja različitih strahova i simptoma anksioznosti u djece i adolescenata: ispitnu, socijalnu i separacijsku anksioznost, opsesivno-kompulzivne simptome, anksioznu osjetljivost, panične napadaje, agorafobiju, zabrinutost, tjelesne simptome i sklonost somatizaciji. Specifični strahovi i fobije procjenjuju se posljednjim, 62. pitanjem otvorenog tipa: "Postoji li nešto čega se jako bojiš? Napiši što je to!", a odgovori na to pitanje u ovom istraživanju nisu analizirani zbog izostanka odgovora svih sudionika. Simptomi opisani tvrdnjama u skali usklađeni su s rezultatima empirijskih i kliničkih istraživanja, teorijskih opisivanja i tumačenja anksioznosti, te opisa anksioznih simptoma, sindroma i poremećaja u DSM-IV klasifikaciji (25).

Sudionici svaku tvrdnju na ljestvici od 5 stupnjeva procjenjuju koliko je ona za njih točna: od 1= uopće nije točno, 2= uglavnom je točno, 3= ne znam pouzdano, 4= uglavnom je točno, do 5= da, u potpunosti je točno.

Primjer tvrdnje za Skalu ispitne anksioznosti (ISP): "Prije odlaska u školu osjećam mučninu"; za Skalu socijalne anksioznosti (SOC): "Izbjegavam situacije u kojima se moram s nekim upoznati"; za Skalu separacijske anksioznosti

(SEP): "Bojim se noću ostati sam kod kuće"; za Skalu opsesivno-kompulzivnih simptoma (OPKO): "Događa mi se da previše mislim o nekim stvarima, premda to ne želim"; za Skalu anksiozne osjetljivosti-paničnih napadaja-agorafobije (APA): "Bojim se biti na mjestima gdje je velika gužva"; za Skalu zabrinutosti (ZAB): "Strahujem da ne napravim neku pogrešku" i za Skalu tjelesnih simptoma anksioznosti (SOMA): "Događa mi se da sam toliko nervozan da mi se zavrti u glavi". Rezultat se određuje zbrajanjem zaokruženih brojeva pokraj 61 tvrdnje i moguće ga je prikazati kao ukupan rezultat na cijeloj skali i kao rezultate na sedam subskala.

SKAD-62 upitnik je standardiziran u Hrvatskoj na normativnom uzorku 2438 učenika od 5. razreda osnovne škole do 4. razreda srednje škole. Utvrđene su zadovoljavajuće psihometrijske kvalitete skale s koeficijentom unutarnje konzistencije (Cronbachovi alfa koeficijenti) za pojedine skale u rasponu od 0,67 do 0,87, a za cijelu skalu 0,95.

Skala depresivnosti za djecu i adolescente (SDD) konstruirana je u Hrvatskoj i prvi put izdana 2003. godine. Primjenjiva je za djecu u dobi od 10 do 18 godina. Sadrži ukupno 26 čestica/tvrdnji koje opisuju najčešće simptome depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji: poremećaj raspoloženja, gubitak interesa, poremećaj teka i spavanja, psihomotoričke smetnje, beznade, resignacija, slabljenje životne energije i slično. Skala je konstruirana temeljem popisa simptoma iz DSM-IV klasifikacije, zatim tvrdnji koje se primjenjuju u različitim psihodijagnostičkim instrumentima za mjerenje depresije i teorijskih tumačenja simptomatologije depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji. Svaka tvrdnja (primjer: "Sve mi ide naopako"), kao i kod SKAD-62 upitnika, procjenjuje se na skali od 5 stupnjeva koliko je ona za njih točna (od 1 = uopće nije točno do 5 = da, u potpunosti je točno). Ukupan rezultat skale jednostavan je zbroj bodova uz svaku tvrdnju. Skala je standardizirana u Hrvatskoj na uzorku od 2225-ero učenika osnovnih i srednjih škola, ima zadovoljavajuće psihometrijske karakteristike, pouzdanost za cijelu skalu (Cronbach alpha koeficijent) iznosi 0,895.

Standardizacijom obaju upitnika, SKAD-62 i SDD, konstruirane su norme, i to upotrebom dviju skala: onom decilnih vrijednosti i Guilfordovom C-skalom.

Bruto rezultat svakog djeteta tako je moguće interpretirati i usporediti prema pripadajućim normativnim podacima s obzirom na dob i spol pomoću skale decila i graničnih vrijednosti na C-skali, koje se nalaze u tablicama za standardizaciju testnih priručnika. Kritičan rezultat upitnika (cut off score), koji upućuje na visoko izraženu anksioznost i depresivnost određen je empirijski standardizacijom upitnika kao rezultat koji se nalazi jednu standardnu devijaciju iznad aritmetičke sredine ($M + 1 SD$). Obuhvaća rezultate normativnog uzorka koji se nalaze iznad vrijednosti 9. decila, odnosno rezultate iznad 6. C-interval. Djeca i adolescenti s kritičnim rezultatima na upitnicima SKAD-62 i SDD doživljavaju simptome anksioznosti/depresivnosti koji mogu interferirati s njihovim svakodnevnim funkcioniranjem. Kako rezultate iznad 9. decila postiže 10% djece iz uzorka opće populacije, ovaj statistički kriterij preferiraju psiholozi u kliničkom određenju poremećaja (26) ili određenju djece koja zahtijevaju dodatnu psihologijsku i psihijatrijsku procjenu.

Postupak

Psihologijsko testiranje mjernim instrumentima provedeno je sa svakim bolesnikom individualno u okviru cjelokupne kliničke psihologijske obrade, koja je uključivala i klinički intervju, procjenu kognitivnih sposobnosti i osobina osobnosti. Testiranja su provodila zasebno tri psihologa zaposlena na Klinici za pedijatriju. Roditelji bolesne i hospitalizirane djece pismeno su se suglasili s potrebom provođenja dijagnostičke obrade koja je obuhvaćala i procjenu psihologa, a dodatno su, kao i ambulantni bolesnici, usmeno informirani o namjeri upotrebe rezultata testiranja u istraživačke svrhe. Naglašeno je da su rezultati povjerljivi, da u publikaciji neće biti navedena imena i prezimena djece i da će izvješća o rezultatima istraživanja sadržavati samo skupne podatke te da djeca i roditelji mogu odbiti pristanak o uključivanju rezultata u istraživanje bez ikakvih negativnih posljedica. Niti jedno dijete i roditelj nisu odbili uključivanje rezultata testiranja u istraživački rad.

REZULTATI

Analiza rezultata rađena je pomoću SPSS programa, verzija 15 (Statistical Package for the Social Sciences).

Tablica 1. Anksioznost i depresivnost pedijatrijskih bolesnika s bolnim tjelesnim tegobama u usporedbi s vrijednostima normativnog uzorka prema Skali depresivnosti (SDD) i Skali anksioznosti i strahova (SKAD-62): osnovni statistički pokazatelji i granice pouzdanosti
 Table 1. Anxiety and depression in pediatric patients with somatic painful complaints compare to norm values according to Depression Scale (SDD) and The Fear and Anxiety Scale (SKAD-62): the main statistical parameters and confidence interval

	Normativni uzorak (N=2225) Norm sample			Pedijatrijski bolesnici (N=160) Pediatric patients			Granice pouzdanosti Confidence interval
	Raspon Min-max	M	SD	Raspon Min-max	M	SD	
Depresivnost (SDD) Depression (SDD)	26 - 130	54,8	16,47	26 - 100	51,9	15,92	49,46 – 54,37
SKAD-62 subskale SKAD-62 scales	Normativni uzorak (N=2438) Normative sample			Pedijatrijski bolesnici (N=160) Pediatric patients			
Skala ispitne anksioznosti Test anxiety scale	11 - 55	26,1	9,25	11 - 51	25,6	9,5	24,1 – 27,07
Skala socijalne anksioznosti Social anxiety scale	10 - 49	23,0	7,53	10 - 43	21,73	8,51	20,41 – 23,06
Skala separacijske anksioznosti Separation anxiety scale	11 - 53	23,2	7,87	11 - 49	25,17	9,18	23,73 – 26,60
Skala opsesivno - kompulzivnih simptoma Obsessive-compulsive symptoms scale	8 - 40	18,9	5,5	8 - 35	17,9	5,98	16,95 – 18,82
Skala anksiozne osjetljivosti/ paničnih napada / agorafobije Anxiety sensitivity/Panic Attacks/ Agoraphobia	12 - 60	20,6	6,97	12 - 51	21,61	8,14	20,34 – 22,88
Skala zabrinutosti Concern scale	9 - 45	24,3	8,22	9 - 45	23,09	8,82	21,71 – 24,47
Skala tjelesnih simptoma anksioznosti Somatic symptoms of anxiety scale	15 - 72	28,6	9,1	15 - 63	29,64	10,05	28,07 – 31,21
Anksioznost – ukupno Anxiety-total	61 - 305	136,3	36,02	61 - 250	135,07	41,52	128,59 – 141,55

p=0.05

Za svakog sudionika određen je ukupni rezultat na SKAD-62 i SDD upitniku i rezultat na svakoj od sedam subskala anksioznosti (SKAD- 62).

Razlike među rezultatima testirane su na razini značajnosti od minimalno 0,05.

U okviru prvog cilja istraživanja prosječni rezultati na SKAD-62 (ukupni i na sedam subskala) i SDD testu na razini cijelog kliničkog uzorka i pojedinih kliničkih skupina uspoređeni su s pripadajućim rezultatima normativnog uzorka navedenima u Priručnicima za SKAD-62 i SDD (9, 24). Usporedba prosječnih rezultata naših sudionika i prosječnih rezultata normativnog uzorka provedena je utvrđivanjem granica pouzdanosti aritmetičke sredine. Granice pouzdanosti su interval rezultata oko aritmetičke sredine uzorka koji se uspoređuju s nekom unaprijed određenom vrijednosti (u našem slučaju s prosječnim rezultatom normativnog uzorka). Ako je prosječna vrijednost normativnog uzorka unutar intervala granica pouzdanosti, onda se sa 95 postot-

nom pouzdanošću može zaključiti da se prosječni rezultat naših sudionika ne razlikuje značajno od normativnih podataka. S druge strane, ako se prosječna vrijednost normativnog uzorka ne uklapa u taj interval, onda se također sa 95 postotnom pouzdanošću može zaključiti da naši podaci značajno odstupaju od rezultata normativnog uzorka.

U tablici 1 prikazani su rezultati svih pedijatrijskih bolesnika i normativni podaci prema SKAD-62 i SDD uz granice pouzdanosti. Vidljivo je kako prosječna razina ukupne anksioznosti djece cijelog kliničkog uzorka ne odstupa značajno od prosječne razine anksioznosti normativnog uzorka. Prema pojedinim subskalama jedino na subskali separacijske anksioznosti prosječni rezultat cijelog kliničkog uzorka značajno odstupa od normativnih vrijednosti i upućuje na višu razinu separacijske anksioznosti djece kliničke skupine. Na ostalih šest subskala prosječan broj anksioznih simptoma kliničkog uzorka ne odstupa značajno od rezultata

djece u normativnom uzorku. Prosječna razina depresivnosti kliničkog uzorka značajno je niža od prosječnog rezultata normativnog uzorka te, iako vrlo blizu granicama pouzdanosti, sugerira nižu razinu depresivnih simptoma djece kliničke skupine.

Budući da anksiozni i depresivni simptomi ne moraju biti jednako zastupljeni kod djece s različitim vrstama tjelesnih tegoba, u okviru drugog cilja istraživanja uspoređeni su prosječni rezultati anksioznosti i depresivnost svake od četiriju kliničkih skupina posebno (djeca s glavoboljama, bolovima u trbuhu, bolovima u prsištu i djece s višestrukim tjelesnim tegobama) s vrijednostima normativnog uzorka. Usporedba je provedena kao i u okviru prvog cilja istraživanja utvrđivanjem granica pouzdanosti aritmetičke sredine i pokazala je značajnu razliku između rezultata normativnog uzorka i rezultata dviju kliničkih skupina: skupine djece s glavoboljama i skupine djece s bolovima u prsištu (tablice 2 i 3). Iz tablice 2

Tablica 2. Anksioznost i depresivnost djece s glavoboljama u usporedbi s vrijednostima normativnog uzorka: osnovni statistički pokazatelji i granice pouzdanosti
 Table 2. Anxiety and depression in headaches compare to norm sample: the main statistical parameters and confidence interval

	Normativni uzorak (N=2225) Normative sample			Glavobolje (N=57) Headache			Granice pouzdanosti Confidence interval
	Raspon Min-max	M	SD	Raspon Min-max	M	SD	
Depresivnost (SDD) Depression (SDD)	26 - 130	54,8	16,47	29 - 89	49,7	14,6	45,82 – 53,46
SKAD-62 subskale SKAD-62 subscales	Normativni uzorak (N=2438) Norma sample			Glavobolje (N=57) Headache			
Skala ispitne anksioznosti Test anxiety scale	11 - 55	26,1	9,25	11 - 43	24,58	8,27	22,38 – 26,77
Skala socijalne anksioznosti Social anxiety scale	10 - 49	23,0	7,53	10 - 42	19,8	6,51	18,08 – 21,53
Skala separacijske anksioznosti Separation anxiety scale	11 - 53	23,2	7,87	11 - 42	24,35	8,4	22,12 – 26,58
Skala opsesivno - kompulzivnih simptoma Obsessive-compulsive symptoms scale	8 - 40	18,9	5,5	8 - 28	17,04	4,81	15,76 – 18,31
Skala anksiozne osjetljivosti / paničnih napadaja/- agorafobije Anxiety sensitivity(Panic Attacks/ Agoraphobia	12 - 60	20,6	6,97	12 - 32	19,14	5,75	17,62 – 20,66
Skala zabrinutosti Concern scale	9 - 45	24,3	8,22	9 - 42	21,6	8,17	19,43 – 23,77
Skala tjelesnih simptoma anksioznosti Somatic symptoms of anxiety scale	15 - 72	28,6	9,1	15 - 43	26,96	7,5	24,98 – 28,95
Anksioznost – ukupno (SKAD-62) Anxiety- total (SKAD-62)	61 - 305	136,3	36,02	62 - 207	126,51	32,77	117,81 – 135,20

Tablica 3. Anksioznost i depresivnost u djece s bolovima u prsištu u usporedbi s vrijednostima normativnog uzorka: osnovni statistički pokazatelji i granice pouzdanosti

Table 3. Anxiety and depression in chest pain compare to norm values: the main statistical parameters and confidence interval

	Normativni uzorak (N=2438) Norm sample			Bolovi u prsištu (N=40) Chest pain			Granice pouzdanosti Confidence interval
	Raspon min-max	M	SD	Raspon min-max	M	SD	
Depresivnost (SDD) Depression (SDD)	26 - 130	54,8	16,47	32 - 95	53,0	16,27	47,96 – 58,04
SKAD-62 subskale SKAD-62 subscale	Normativni uzorak (N=2225) Norm sample			Bolovi u prsištu (N=40) Chest pain			
Skala ispitne anksioznosti Test anxiety scale	11 - 55	26,1	9,25	11 - 51	26,9	10,56	23,52 – 30,28
Skala socijalne anksioznosti Social anxiety scale	10 - 49	23,0	7,53	10 - 42	22,45	9,43	19,44 – 25,46
Skala separacijske anksioznosti Separation anxiety scale	11 - 53	23,2	7,87	12 - 45	24,65	8,58	21,91 – 27,39
Skala opsesivno - kompulzivnih simptoma Obsessive-compulsive symptoms scale	8 - 40	18,9	5,5	9 - 34	18,2	5,64	16,42 – 20,03
Skala anksiozne osjetljivosti/ paničnih napadaja/ agorafobije Anxiety sensitivity/panic Attacks/ Agoraphobia	12 - 60	20,6	6,97	13 - 41	24,3	7,69	21,82 – 26,73
Skala zabrinutosti Concern scale	9 - 45	24,3	8,22	9 - 40	23,65	8,7	20,87 – 26,43
Skala tjelesnih simptoma anksioznosti Somatic symptoms of anxiety scale	15 - 72	28,6	9,1	16 - 51	32,0	9,20	29,06 – 34,94
Anksioznost – ukupno (SKAD-62) Anxiety-total (SKAD-62)	61 - 305	136,3	36,02	65 - 219	140,15	40,64	127,15 – 153,15

Tablica 4. Anksioznost i depresivnost između kliničkih skupina: osnovni statistički pokazatelji i ANOVA razlike
 Table 4. Anxiety and depression in the clinical groups: the Main Statistical Parameters and ANOVA differences

	Glavobolje (n=57) Headache		Bolovi u trbuhu (n=24) Stomach pain		Bolovi u prsištu (n=40) Chest pain		Višestruke tjelesne tegobe (n=39) Multiform somatic complaints		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
SKAD-62 subskale SKAD-62 subscale										
Skala ispitne anksioznosti Test Anxiety	24,58	8,27	24,96	9,91	26,9	10,56	26,2	9,85	0,60	0,60
Skala socijalne anksioznosti Social Anxiety	19,81	6,51	22,21	8,7	22,45	9,43	23,8	9,68	1,96	0,122
Skala separacijske anksioznosti Separation Anxiety	24,35	8,4	26,63	9,29	24,65	8,58	26,0	10,86	0,54	0,658
Skala opsesivno - kompulzivnih imptoma Obsessive-Compulsive Symptoms	17,04	4,81	18,33	6,83	18,23	5,64	18,5	7,19	0,60	0,614
Skala anksiozne osjetljivosti/ paničnih napada/ agorafobije Anxiety sensitivity/Panic Attacks/ Agoraphobia	19,14	5,75	22,92	9,00	24,28	7,69	21,6	9,93	3,01*	0,032*
Skala zabrinutosti Worry	21,6	8,17	23,08	8,79	23,65	8,7	24,65	9,7	1,14	0,333
Skala tjelesnih simptoma anksioznosti Somatic Symptoms of Anxiety	26,96	7,5	31,63	11,56	32,0	9,2	29,9	12,21	2,31	0,078
Anksioznost – ukupno Anxiety-total	126,51	32,77	138,13	45,01	140,15	40,64	140,49	50,35	1,33	0,265
Depresivnost (SDD) Depression (SDD)	49,7	14,6	54,6	19,73	53,0	16,27	52,3	14,90	0,67	0,568

*p<0.05

vidljivo je kako djeca s glavoboljama imaju značajno nižu razinu ukupnih anksioznih i depresivnih simptoma i niže razine simptoma socijalne anksioznosti, opsesivno-kompulzivnih simptoma i zabrinutosti. Djeca s bolovima u prsištu imaju značajno veći broj simptoma anksiozne osjetljivosti-paničnih napadaja-agorafobije i tjelesnih simptoma anksioznosti (tablica 3).

Budući da se vrijednosti normativnog uzorka nalaze unutar granica pouzdanosti ukupnih i subskalnih rezultata anksioznosti i depresivnosti, skupina djece s bolovima u trbuhu i djece s višestrukim tegobama, ovi rezultati nisu prikazani.

Kako bi se provjerile razlike u zastupljenosti simptoma anksioznosti i depresivnosti između četiriju kliničkih skupina, provedene su jednosmjerne analize varijance (ANOVA) za rezultate na SDD skali te rezultate na SKAD-62 (ukupni i sedam subskala). Rezultati su prikazani u tablici 4.

Vidljivo je kako se kliničke skupine razlikuju značajno samo u zastupljenosti simptoma anksiozne osjetljivosti-paničnih napadaja-agorafobije. Posthoc analiza je pokazala kako je razlika značajna između

rezultata djece s glavoboljama i rezultata djece s bolovima u prsištu, odnosno, djeca s bolovima u prsištu imaju višu razinu ovih anksioznih simptoma (p<0,05).

Radi dobivanja odgovora na treći cilj istraživanja, bruto rezultat svakog sudionika na SKAD-62 i SDD uspoređen je s pripadajućim rezultatom normativnog uzorka za određenu dob i spol i utvrđen je decil u kojem se nalazi. Unutar ukupnog kliničkog uzorka i unutar četiriju kliničkih skupina izračunan je i uspoređen broj sudionika s klinički značajnim rezultatima, definiranim kao sve vrijednosti iznad 9. decila rezultata normativnog uzorka pripadajućeg spola i dobi (tablice 5 i 6).

Unutar cijelog kliničkog uzorka registrira se 22,5% djece (36/160) s klinički značajno izraženim simptomima anksioznosti i 4,3% djece (7/160) s klinički značajno izraženim simptomima depresivnosti (tablica 5). Najmanji je broj visoko anksioznih u skupini djece s glavoboljama (manje od 10%), najviše u skupini djece s bolovima u prsištu (14/40), zatim u djece s višestrukim somatskim tegobama (11/39) i onda u djece s bolovima u trbuhu (6/24). Broj djece s klinički značajno izraženim simptomima depre-

sivnosti unutar svih četiriju kliničkih skupina manji je od 10% i kreće se ovisno o specifičnosti tjelesnih tegoba od 0 do 8%. Unutar skupine djece s glavoboljama nema one s rezultatom na Skali depresivnosti koji se nalazi iznad 9. decila rezultata djece normativnog uzorka.

Struktura klinički značajnih anksioznih simptoma u djece kliničkih skupina vidljiva je iz tablice 6. Unutar cijelog uzorka između 16% do 30% djece s tjelesnim tegobama iskazuje klinički značajno neki od oblika anksioznih simptoma, i to najviše na Subskali anksiozne osjetljivosti-paničnih napadaja i agorafobije (47/160). Pojedini simptomi anksioznosti nisu jednaki kod djece s različitim tegobama: djeca s glavoboljama većinom iskazuju separacijsku anksioznost (14/57), djeca s bolovima u trbuhu (10/24) i djeca s bolovima u prsištu (15/40) većinom iskazuju anksioznu osjetljivost-panične napadaje-agorafobiju, dok djeca s višestrukim tjelesnim tegobama većinom iskazuju simptome zabrinutosti (13/39).

Postotci djece s klinički značajnim razinama pojedinih oblika anksioznosti unutar skupina u nekim su aspektima veći nego što to sugeriraju postotci na ukup-

nom broju sudionika, pa tako na primjer u skupini djece s bolovima u trbuhu njih 42% iskazuje visoke simptome anksiozne osjetljivosti-paničnih napadaja i agorafobije, dok je na ukupnom uzorku taj broj manji (29%).

RASPRAVA

Glavni rezultati procjene anksioznosti i depresivnosti pedijatrijskih bolesnika s ponavljanim bolnim tjelesnim tegobama pokazali su kako:

1. ukupna, prosječna razina anksioznosti i depresivnosti cijelog kliničkog uzorka ne odstupa od ukupne, prosječne razine anksioznosti i depresivnosti normativnog uzorka. U odnosu na normativne podatke razlika postoji samo u aspektu separacijske anksioznosti, i to u smjeru veće separacijske anksioznosti pedijatrijskih bolesnika.
2. djeca s višestrukim tjelesnim tegobama u prosjeku nisu značajno više anksiozna i depresivna nego djeca s pojedinačnim tjelesnim tegobama (glavobolje, bolovi u trbuhu, bolovi

Tablica 5. Broj sudionika s klinički značajnim* anksioznim i depresivnim simptomima unutar kliničkih skupina i u cijelom uzorku bolesnika
Table 5. The number of participants with clinical relevance total anxiety and depression symptoms in clinical groups and the whole clinical sample

	Klinički značajna anksioznost Clinical relevance anxiety		Klinički značajna depresivnost Clinical relevance depression	
	broj ispitanika number of subjects	%	broj ispitanika number of subjects	%
Glavobolje (n=57) Headache	5	8,8	0	0
Bolovi u trbuhu (n=24) Stomach pain	6	25,0	2	8
Bolovi u prsištu (n=40) Chest pain	14	35,0	3	7,5
Višestruke tjelesne tegobe (n=39) Multiform somatic complaints	11	28,2	2	5,1
Ukupno(n=160) Total	36	22,5	7	4,7

* Klinički značajni rezultati su vrijednosti iznad 9. decima rezultata normativnog uzorka (normativne vrijednosti s obzirom na dob i spol ispitanika) / Clinical relevance results are scores above the 9th decimal of norm sample results (norm values with respect to subjects' sex and age)

u prsištu). Razlika između kliničkih skupina postoji u strukturi njihovih anksioznih simptoma, koji mogu biti i izraženiji nego što to sugerira njihov ukupan rezultat. Većina dje-

ce s glavoboljama iskazuje separacijsku anksioznost, djeca s bolovima u trbuhu i djeca s bolovima u prsištu anksioznu osjetljivost-panične napadaje-agorafobiju, a ve-

Tablica 6. Broj sudionika s klinički značajnim* rezultatima na subskalama anksioznosti unutar kliničkih skupina i u cijelom uzorku bolesnika
Table 6. The number of participants with clinical relevance score according to anxiety subscales in clinical groups and the whole clinical sample

	Glavobolje (n=57) Headache		Bolovi u trbuhu (n=24) Stomach pain		Bolovi u prsištu (n=40) Chest pain		Višestruke tjelesne tegobe (n=39) Multiform somatic complaints		Ukupno (n=160) Total	
	f**	%	f**	%	f**	%	f**	%	f**	%
SKAD-62 subskale SKAD-62 subscales										
Skala ispitne anksioznosti Test anxiety scale	7	12,3	5	20,8	12	30,0	9	23,1	33	20,6
Skala socijalne anksioznosti Social anxiety scale	4	7,0	3	12,5	10	25,0	11	28,2	28	17,5
Skala separacijske anksioznosti Separation anxiety scale	14	24,6	7	29,2	9	22,5	12	30,8	42	26,2
Skala opsesivno – kompulzivnih simptoma Obsessive-compulsive symptoms scale	6	10,5	5	20,8	6	15,0	10	25,6	27	16,9
Skala anksiozne osjetljivosti / paničnih napadaja/ agorafobije Anxiety sensitivity/Panic Attacks/Agoraphobia	12	21,0	10	41,7	15	37,5	10	25,6	47	29,4
Skala zabrinutosti Concern scale	6	10,5	5	20,8	11	27,5	13	33,3	35	21,9
Skala tjelesnih simptoma anksioznosti Somatic symptoms of anxiety scale	9	15,8	9	37,5	14	35,0	11	28,2	43	26,9

* Clinical relevance results are scores above the 9th decimal of norm sample results (norm values with respect to subjects' sex and age)

** broj sudionika (the number of subject)

ćina djece s više tjelesnih tegoba iskazuje simptome zabrinutosti.

3. klinička značajna anksioznost, registrirana u 10% djece normativnog uzorka, na cijelom uzorku bolesnika registrira se u 22% djece, dok se klinički značajna depresivnost, registrirana u 10% djece normativnog uzorka, registrira u 4% malih bolesnika. Najviše je visoko anksiozne djece s bolovima u prsištu (35%), a najmanje u skupini djece s glavoboljama (8,8%).

Slična razina anksioznosti i depresivnosti naših bolesnika s vrijednostima normativnog uzorka, kao i među bolesnicima, manja proporcija klinički značajno anksioznih i depresivnih, bez obzira na njihovu vrstu i različitost tjelesnih tegoba, govori u prilog procjenama kako većina djece s tjelesnim tegobama ne mora iskazivati ozbiljnije emocionalne teškoće. I prisutnost više različitih tjelesnih tegoba, bez obzira na njihov ponavljani karakter, u većini slučajeva ne mora indicirati i veću izražajnost emocionalnih smetnji. Između 25% do 35% klinički značajno anksioznih naših bolesnika s bolovima u trbuhu, prsištu i višestrukim tegobama (osim glavobolja) odgovara podacima iz literature kako približno trećina ili 23% do 32% djece kliničkog uzorka trpi ozbiljnije psihološke teškoće (1, 2). U ranijoj literaturi se upućuje na to da somatizacije, prolazne ili perzistirajuće, mogu i ne moraju biti povezane s dijagnostičibilnim medicinskim ili psihijatrijskim poremećajima (27). Istraživanje promjena prevalencije tjelesnih simptoma u djece tijekom deset godina (glavobolja, bolovi u trbuhu, mučnina i povraćanje i drugi bolovi) pokazuje da se tjelesni simptomi, osim uz anksioznost i depresivnost, sad povezuju i s drugim-eksternaliziranim emocionalnim poremećajima kao što su poremećaj ponašanja i hiperaktivnim simptomima, a posebno se kod djevojčica s glavoboljama povezuju i s emocionalnim problemima roditelja (28). Povezanost anksioznosti i tjelesnih tegoba u neke djece može postojati i kao posljedica boli, a prema biopsihosocijalnom modelu u nastanku ponavljanih bolnih tjelesnih simptoma ulogu imaju i stresni dnevni životni događaji, modeli suočavanja sa stresom, roditeljski odgovori na bolno ponašanje i usmjeravanje pozornosti na bolne podražaje (29).

Povišena separacijska anksioznost svih naših bolesnika i najčešća u djece s glavoboljama upućuje na to da su njihova

pretjerana zabrinutost i strahovanje izraženi baš u situacijama odvajanja od kuće, roditelja ili drugih osoba za koje su djeca vezana. Budući da smo ispitivali podjednak broj bolesnika u bolničkim i ambulantnim uvjetima (56,9% prema 43,1%), njihova izraženija separacijska anksioznost ne može se objasniti eventualnim utjecajem aktualne situacije, odnosno boravkom u bolnici.

U našem istraživanju rezultati dalje sugeriraju kako kliničku pozornost u vezi s ispitivanom anksioznošću i depresivnošću više zahtijevaju djeca s bolovima u prsištu, a onda i djeca s različitim tjelesnim tegobama i bolovima u trbuhu te rjeđe djeca s glavoboljama.

Dominantni i značajno veći simptomi anksiozne osjetljivosti - paničnih napadaja s agorafobijom u skupini naših sudionika s bolovima u prsištu odgovaraju nalazima spomenutih istraživanja djece s nekardijalnom boli u prsištu Lipsitz i sur. (11, 18). Simptomi anksiozne osjetljivosti dominiraju i kod naših bolesnika s bolovima u trbuhu. Anksiozna osjetljivost definira se kao tendencija usmjeravanja na tjelesne aspekte anksioznosti, uz njihove katastrofične interpretacije koje ponovo pojačavaju anksiozne simptome i utječu na javljanje paničnih napadaja i agorafobiju (iznenadno kratkotrajno razdoblje jake bojažljivosti, straha ili užasa, praćenih kratkoćom daha, ubrzanim radom srca, boli u prsima, osjećajem gušenja i strahom od gubitka kontrole, uz tendenciju izbjegavanja fobičnih situacija) (9, 18). Naglašena perceptivna osjetljivost, odnosno pretjerano usmjeravanje pozornosti na normalne fiziološke reakcije i/ili njihovo pogrešno interpretiranje kao ozbiljan tjelesni problem baš se navodi kao jedan od mogućih čimbenika u nastanku somatiformnih poremećaja (21). Budući da ovaj strah od tjelesnih senzacija, povezanih s anksioznošću, prema našim rezultatima više iskazuju djeca s bolovima u prsištu i trbuhu, pa je o njoj uputno voditi računa pri informiranju i liječenju ovih bolesnika. Naposljetku, djeca s višestrukim tjelesnim tegobama u našem istraživanju iskazala su najviše simptoma zabrinutosti. Skala zabrinutosti sadrži čestice sa sadržajem koji opisuje kognitivne aspekte anksioznosti, a djecu koja postižu visoki rezultat na ovoj skali karakterizira pretjerana i nerealna briga oko vlastite kompetentnosti, postignuća, prikladnosti vlastitog ponašanja u prošlosti i budućnosti, nesposobnost za

opuštanjem te naglašena potreba za potporom i ohrabivanjem (9).

Procjenjujemo da nalazi našeg ispitivanja imaju svoju vrijednost, jer se temelje na samoiskazu djece, jer roditelji ne moraju uvijek prepoznati dječje probleme, posebno ove internalizirane (29).

Ograničenje u rezultatima postoji zbog nedostatka psihijatrijske evaluacije i nemogućnosti njihove generalizacije zbog selektivnog uzorka sudionika od subspecialista pedijatra u okviru bolničke skrbi. Iako ovdje primijenjeni psihologijski mjerni instrumenti imaju zadovoljavajuće psihometrijske karakteristike, ekstremna anksioznost i depresivnost u psihologijskim testovima samo je dio kliničke slike mogućeg psihijatrijskog poremećaja, za čiju je dijagnostiku potrebna još procjena situacijske primjerenosti simptoma, njihova intenziteta, trajanja i stupnja u kojem oni ometaju svakodnevno funkcioniranje i razvojnu primjerenost, odnosno neprimjerenost simptoma (9, 24).

Metodološki drukčije planirano istraživanje u smjeru istraživanja emocionalnih teškoća kliničkog uzorka sve djece s ponavljanim bolnim tjelesnim tegobama, koje se javljaju i u okviru primarne zdravstvene zaštite, uz analizu dobnih i spolnih razlika, te usporedba sa selekcioniranim uzorkom zdrave djece iste veličine, preciznije bi opisala specifičnosti psihološkog funkcioniranja ovih čestih pedijatrijskih bolesnika. Usporedba rezultata na ovim i sličnim skalama između kliničkog uzorka (manja, selekcionirana skupina po određenim kriterijima) i normativnog uzorka (veliki, neselekcionirani uzorak u kojem se nalaze i zdrava i bolesna djeca) često pokazuje sličnosti u razini ispitivanih simptoma, kako je to vidljivo u našim rezultatima. No kad se rezultati kliničkog uzorka uspoređuju s rezultatima selekcioniranog uzorka zdrave djece iste veličine, obično se dobivaju statistički značajne razlike (15).

Zaključno, u kliničke svrhe dobiveni rezultati mogu koristiti kod informiranja roditelja o tome da postojanje organski nejasnih tjelesnih tegoba i upućivanje psihologu ne mora nužno i u svakom djeteta značiti ozbiljnu psihopatologiju ili emocionalni poremećaj koji zahtijeva psihijatrijsku procjenu i liječenje. Prisutnost više različitih tjelesnih tegoba u diferencijalno dijagnostičkom smislu također ne implicira veću izraženost anksioznih i depresivnih simptoma. Naposljetku, rezultati psihologijskog ispitivanja djece s

tjelesnim tegobama mogu upućivati na različite oblike tjeskobe i izvore emocionalne napetosti, omogućiti djeci i roditeljima bolji uvid u situacije koje napetost pojačavaju te usmjeriti savjetodavno-terapijski rad.

LITERATURA

1. Neki psihološki poremećaji dječje i adolescentne dobi. U: Mardešić D. i sur. Pedijatrija. Zagreb: Školska knjiga, 2000;58-9.
2. Carr A. The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. London, New York: Routledge, 1999.
3. Roth-Isigkeit A, Thyen U, Stöven H, Schwarzenberger J, Schmucker P. Pain among children and adolescents: Restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics* 2005;115:152-62.
4. Campo JV, Fritsch SI. Somatization in children and adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry* 1994; 33:1223-35.
5. Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AAJM, Hunfeld JAM, Bohnen AM, van Suijlekom-Smit LWA, Passchier J et al. Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain* 2000;87:51-8.
6. Fichtel A, Larsson B. Psychosocial impact of headache and comorbidity with other pains among Swedish school adolescents. *Headache* 2002;42: 766-75.
7. Larsson B, Sund AM. Emotional/behavioural, social correlates and one-year predictors of frequent pains among early adolescents: Influences of pain characteristics. *Eur J Pain* 2007;11:57-65.
8. Vingoe FJ. Clinical psychology and medicine. An interdisciplinary Approach. New York, Toronto. Oxford University Press, 1981.
9. Vulić-Prtorić A. Priručnik za skalu strahova i anksioznosti za djecu i adolescente SKAD-62. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2007.
10. Campo JV, Bridge J, Ehmann M, Altman S, Lucas A, Birmaher B et al. Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatrics* 2004;113:817-24.
11. Lipsitz JD, Masia C, Apfel H, Marans Z, Gut M, Dent H et al. Noncardiac chest pain and psychopathology in children and adolescents. *J Psychosom Res* 2005;59:185-8.
12. Egger HL, Angold A, Costello J. Headaches and psychopathology in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:951-8.
13. Pakalnis A, Butz C, Splaingard D, Kring D, Fong J. Emotional problems and prevalence of medication overuse in pediatric chronic daily headache. *J Child Neuro* 2007;22:1356-59.
14. Anttila P, Sourander A, Metsähonkala L, Aromaa M, Helenius H, Silanpää M. Psychiatric symptoms in children with primary headache. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:412-9.
15. Vulić-Prtorić A, Galić S, Coha R, Grubić M, Lopizić J, Padelin P. Anxiety in children with headaches. *Psychological Topics* 2007;16:201-23.
16. Saps M, Seshadri R, Sztainberg M, Schafer G, Marshall BM, Di Lorenzo C. A prospective school-based study of abdominal pain and other common somatic complaints in children. *J Pediatr* 2009; 154:322-6.
17. Dorn LD, Campo JV, Thato S, Dahl RE, Lewin D, Chandra R et al. Psychological comorbidity and stress reactivity in children and adolescents with recurrent abdominal pain and anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:66-75.
18. Lipsitz JD, Masia-Warner C, Apfel H, Marans Z, Heppstern B, Forand N et al. Anxiety and depressive symptoms and anxiety sensitivity in youngsters with noncardiac chest pain and benign heart murmurs. *J Pediatr Psychol* 2004;29:607-12.
19. Egger HL, Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:852-60.
20. Little CA, Williams SE, Puzanovova M, Rudzinski ER, Walker LS. Multiple somatic symptoms linked to positive screen for depression in pediatric patients with chronic abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007;44:58-62.
21. Garber J. Somatoform Disorders in Childhood and Adolescence. Comprehensive Clinical Psychology. New York: Elsevier Science Ltd, 1998.
22. Peršić M. Recidivirajući abdominalni bolovi u djece. *Paediatr Croat* 1996;40:109-16.
23. Prpić I, Mladinov O, Paučić-Kirinčić E, Vlašić-Cicvarić I, Sasso A, Modrušan-Mozetuć Z. Glavobolje djece-kliničke i dijagnostičke osobitosti. *Paediatr Croat* 2002;46:199-205.
24. Vulić-Prtorić A. Priručnik za Skalu depresivnosti za djecu i adolescente SDD. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2003.
25. Vulić-Prtorić A. Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji. *Suvremena psihologija* 2002;5:271-93.
26. Oatley K, Jenkis JM. Razumijevanje emocija. 2. izd. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2007.
27. Lipowski ZJ. Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother Psychosom* 1987;47:160-7.
28. Santalahti P, Aromaa M, Sourander A, Helenius H, Piha J. Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. *Pediatrics* 2005;115:e434-e442. Dostupno na adresi: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/115/4/e434>. Datum pristupa 18.02.2010.
29. Cunningham CL, Banez GA. Pediatric Gastrointestinal Disorders. Biopsychosocial Assessment and Treatment. New York: Springer Science, 2006.

Summary

ANXIETY AND DEPRESSION IN PAEDIATRIC PATIENTS WITH PAINFUL SOMATIC COMPLAINTS

D. Baraban, A. Kurtović, V. Zelić, V. Križanić, M. Buljubašić

The aim of this study was to examine the level and different aspects of anxiety and depression in children and youth with recurrent painful somatic complaints and (1) compare them to the norm values of a general population sample, (2) compare the patients with single complaints to patients with multiform somatic complaints and (3) to examine the proportion of clinically significant anxiety and depressive patients. The Fear and Anxiety Scale SKAD-62 and The Depression Scale SDD were applied to 160 children, ages 10 to 17, who were referred by paediatric specialists for psychology assessment under hospital or ambulatory treatment: 56 with headaches, 24 stomach pain sufferers, 40 chest pain sufferer and 39 children with multiple somatic complaints. The results showed that all patients had similar global levels of anxiety and depression as compared to the norm values. Clinically significant anxiety was observed in 22% patients and clinically significant depression in 4% patients. Most anxiety in patients was found in the chest pain group (35%) and less in those with headache (8.6%). Children with multiform complaints are as anxious as single complaint sufferers. A difference was found between clinical samples in different aspects of anxiety symptoms: those with headache were separation anxious, abdominal and chest pain sufferers were more anxiety sensitive, multiform complainers were more worried.

Descriptors: ANXIETY; DEPRESSION; CHILD; PAIN;

Primljeno/Received: 1. 9. 2010.

Prihvaćeno/Accepted: 12. 1. 2011.