

# Suočavanje sa stresom, anksioznost i psihosomatski simptomi kod adolescenata

---

**Gugić, Katarina**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2015**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:654272>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-02-02**



*Repository / Repozitorij:*

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J.J. Strossmayera Osijek

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**SUOČAVANJE SA STRESOM, ANKSIOZNOST I  
PSIHOSOMATSKI SIMPTOMI KOD ADOLESCENATA**

Diplomski rad

Katarina Gugić

Mentor: doc.dr.sc. Ana Kurtović

Osijek, 2015

## Sadržaj

Uvod .....	3
Definicija psihosomatskih simptoma i poremećaja .....	3
Etiologija psihosomatskih simptoma .....	5
Čimbenici koji mogu povećati osjetljivost na pojavu psihosomatskih simptoma.....	6
Spolne razlike u pojavi psihosomatskih simptoma, anksioznosti i strategijama suočavanja	10
Cilj istraživanja .....	12
Problemi .....	12
Hipoteze .....	12
Metoda.....	12
Sudionici .....	12
Instrumenti.....	13
Postupak.....	14
Rezultati .....	14
Rasprava .....	21
Implikacije i metodološka ograničenja .....	28
Zaključak.....	29
Literatura .....	29

## **Suočavanje sa stresom, anksioznost i psihosomatski simptomi kod adolescenata**

Cilj istraživanja bio je ispitati odnos anksioznosti kao crte ličnosti, suočavanja sa stresom i zastupljenosti psihosomatskih simptoma te istražiti eventualne spolne razlike kod adolescenata. U istraživanju je sudjelovalo 211 učenika srednjih škola u Vinkovcima koji su ispunjavali Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama Endlera i Parkera (CISS; Endler i Parker, 1992; prema Sorić i Proroković, 2002), Endlerovu skalu za procjenu anksioznosti kao crte ličnosti (EMAS-T; Endler, Edwards, Vitelli i Parker, 1989; prema Sorić, 2002) te Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente (PSS; Vulić Prtorić, 2005). Rezultati ovog istraživanja pokazuju da postoji značajna pozitivna korelacija zastupljenosti psihosomatskih simptoma s ometenosti psihosomatskim simptomima, suočavanjem usmjerenim na emocije, suočavanjem distrakcijom te s anksioznošću prilikom socijalne evaluacije. Kako bi se ispitalo predviđa li anksioznost kao crta ličnosti i suočavanje sa stresom zastupljenost i ometenost psihosomatskim simptomima, provedene su hijerarhijske regresijske analize u tri koraka. Za zastupljenost psihosomatskim simptomima kao značajni prediktori pokazali su spol, anksioznost u svakodnevnim situacijama te distrakcija i socijalna diverzija dok se ostale dimenzije anksioznosti kao crte ličnosti i suočavanje usmjereno na emocije i problem nisu pokazale značajnim prediktorima. Za ometenost psihosomatskim simptomima kao značajni faktori pokazali su se spol, anksioznost prilikom socijalne evaluacije, suočavanje usmjereno na emocije i distrakcija. Također, rezultati upućuju da postoje spolne razlike u zastupljenosti i ometenosti psihosomatskim simptomima, suočavanju usmjerenom na emocije te anksioznosti prilikom fizički opasnih situacija, pri čemu djevojke postižu više rezultate.

*Ključne riječi:* psihosomatski simptomi, suočavanje sa stresom, anksioznost kao crta ličnosti, adolescenti

## **Coping with stress, anxiety and psychosomatic symptoms among adolescents**

The aim of this study was to examine the relationship of trait anxiety, coping with stress and the level of psychosomatic symptoms, as well as analyse the possible gender differences among adolescents. A sample of 211 high school students that attend various high schools in Vinkovci were involved in this study by filling out these questionnaires: Coping Inventory for Stressful Situations (CISS; Endler & Parker, 1992; as cited in Sorić & Proroković, 2002), Endler Multidimensional Anxiety Scales–Trait (EMAS-T; Endler, Edwards, Vitelli & Parker, 1989; as cited in Sorić, 2002), The Psychosomatic Symptoms Questionnaire for Children and Adolescents (PSS; Vulić Prtorić, 2005). Research results showed that there was a significant positive correlation between the level of psychosomatic symptoms and distraction by psychosomatic symptoms, emotion-focused coping, distraction and anxiety during the social evaluation. A hierarchical regression analysis in three steps were conducted in order to find out if trait anxiety but as well as a way of coping with stress, assumes the representation of psychosomatic symptoms and distraction by psychosomatic symptoms. Gender, anxiety in everyday situations and coping with stress by distraction and social diversion turned out to be significant predictors for the level of psychosomatic symptoms while the other dimensions of trait anxiety, emotion-focused coping and problem-focused coping were not significant predictors. For distraction by psychosomatic symptoms as significant factors were gender, anxiety during the social evaluation, emotion-focused coping and distraction. Moreover, the results have shown that gender differences exist when talking about the level of psychosomatic symptoms, distraction of psychosomatic symptoms, emotion-focused coping and trait anxiety in physically dangerous situations, in which girls achieve better results.

*Key words:* psychosomatic symptoms, coping with stress, trait anxiety, adolescents

## **Uvod**

Svakodnevne stresne situacije zahtijevaju stalno prilagođavanje i mogu biti zahtjevne za pojedinca. Osobito su prisutne u nekim životnim razdobljima, a jedno od takvih razdoblja je adolescencija. Niz potencijalno stresnih situacija povezano je, s jedne strane, s rastućim zahtjevima koje okolina postavlja pred adolescenta, ali i s nizom kognitivnih, fizičkih, socijalnih i emocionalnih promjena koje adolescent doživljava i na koje se kontinuirano mora prilagođavati. Takve stresne situacije mogu imati ozbiljnih posljedica, kako na adolescentovo aktualno zdravlje, tako i kasniju prilagodbu u životu (Seiffge-Krenke, 2000). Stresni životni događaji predstavljaju najčešće proučavane rizične faktore u razvoju psihopatologije u djetinjstvu i adolescenciji. To mogu biti svakodnevne teškoće koje predstavljaju iritirajuće ili frustrirajuće zahtjeve iz okoline, događaji koje dijete očekuje ili priželjkuje, ali se ne ostvaruju, ili pak intenzivni stresni događaji poput trauma koji su užasavajući i uznemirujući. Stresni životni događaji mogu prethoditi različitim poremećajima, mogu povećati rizik za njihovo javljanje, ali se mogu i javiti kao posljedica tih poremećaja (Vulić-Prtorić i Galić, 2004).

Općenito, stres možemo definirati kao tjelesnu i psihološku reakciju na vanjske i unutarnje stresore. Kada se osoba nađe u situaciji koju doživljava stresnom, mora nekako s njom izaći na kraj te će nastojati, bilo na kognitivnom, emotivnom ili ponašajnom planu, svladati, podnijeti ili smanjiti vanjske i unutrašnje zahtjeve te konflikte izazvane tim zahtjevima, odnosno osoba će nastojati suočiti se sa stresnim situacijama. Dakle, stres nije situacija u kojoj se pojedinac našao, već reakcija na tu situaciju (Havelka, 1998). Relativno dugotrajno stanje pretjerane pobuđenosti, dovodi do poremećene homeostaze te iako je stresni odgovor dio adaptivnog procesa u organizmu, dugotrajni stresni događaji mogu uzrokovati ozljede tkiva i/ili bolesti (Lazarus i Folkman, 2004). Isto tako, poremećaji regulacije sustava na razini psihičkog i sociokulturnog funkcioniranja mogu dovesti do gubitka zdravlja (Hudek-Knežević i Kardum, 2005). U definiciji stresa, Lazarus i Folkman (2004) ističu odnos osobe i njezina okruženja, dakle uzimaju u obzir karakteristike osobe te, s druge strane, prirodu okolinskih događaja. Osim fiziološkog stresa kod kojeg je stanje pojedinih organa i tkiva određeno stupnjem štetnosti vanjskih podražaja, postoji i psihološki stres koji podrazumijeva procjenu značenja, opasnosti, prijetnje i izazova koji dolaze iz okoline (Hudek-Knežević i Kardum, 2005). Kada je odnos između osobe i okoline procijenjen kao vrlo zahtjevan ili da nadilazi njene mogućnosti i ugrožava dobrobit pojedinca, nastaje psihološki stres. Stoga su novija shvaćanja stresa najčešće kognitivna i interakcionistička što odgovara suvremenom medicinskom shvaćanju bolesti, prema kojem se više ne smatra da je bolest uzrokovana samo djelovanjem nekog vanjskog čimbenika, već njezina pojava ovisi i o osjetljivosti napadnutog organizma (Lazarus i Folkman, 2004).

Stresne reakcije su sve one fiziološke, psihološke i ponašajne promjene pojedinca koje se zbivaju pod utjecajem stresnog podražaja. Kod različitih pojedinaca mogu biti sasvim različite jer su izraženost i trajanje svih reakcija uzajamni rezultat obilježja stresora, njihove jačine i trajanja, osobina ličnosti pojedinca te njegove procjene vlastitih mogućnosti odupiranja stresu i korištenih strategija suočavanja sa stresom (Havelka, 2008). Stresne reakcije se mogu očitovati na tjelesnom i psihološkom planu. Tjelesne se manifestacije stresa odnose na pojačanu mišićnu napetost, pojačano znojenje, glavobolje, pretjerani umor, probleme s disanjem i sl. Psihološke stresne reakcije se mogu manifestirati u ponašajnom, emocionalnom i kognitivnom funkcioniranju. Kod adolescenata, ponašajne reakcije najčešće uključuju probleme u socijalnim odnosima (sukobljavanje s vršnjacima i nastavnicima, neadekvatno rješavanje sukoba) i poteškoće u školi (akademski neuspjeh, neopravdano izostajanje). Emocionalne se smetnje očituju kroz spektar anksioznih i depresivnih manifestacija (strah od ispitivanja, osjećaj neprihvaćenosti i osamljenosti, osjećaj preplavljenosti poteškoćama, nestrpljivost, razdražljivost i sl.), dok se kognitivne smetnje odnose na poteškoće s koncentracijom i pažnjom, a time i ometeno učenje. Najčešće prisutne teškoće upućuju na emocionalne i somatske simptome bliske anksioznosti (napetost, uznemirenost, ubrzano lupanje srca, kožne promjene, glavobolje), ali i depresivnosti (tuga, manjak energije i umor). Istraživanja emocionalnih teškoća tijekom adolescencije potvrđuju da su simptomi i teškoće adolescenata vrlo često mješoviti, odnosno da postoji komorbiditet teškoća anksioznog i depresivnog kruga. Somatske pritužbe često mogu biti prvi znaci koji okolinu upozoravaju da postoji neki emocionalni problem (Kozjak Mikić, Jokić Begić i Bunjevac, 2012).

### **Definicija psihosomatskih simptoma i poremećaja**

Stanje stresa najbolji je primjer povezanosti psihičkih i tjelesnih zbivanja. Kao primjer se mogu navesti psihosomatski simptomi, odnosno tjelesni simptomi potaknuti jakim fiziološkim promjenama koje se zbivaju pod utjecajem stresa (Havelka, 2008). Također mogu biti uzrokovani ili pojačani emocionalnim čimbenicima, a uključuju jedan ili više organskih sustava, obično pod kontrolom autonomnog živčanog sustava. Djeca i adolescenti koji su skloni psihosomatskim reakcijama u stresnim situacijama svoje tjeskobe, strahove i napetosti izražavaju tjelesnim putem. Često je intenzitet događaja takav da se dijete ili adolescent zbog vlastite emocionalne i kognitivne nezrelosti niti ne može nositi drugačije (Vulić-Prtorić, 2005). Psihosomatski simptomi manifestiraju se u rasponu od jednog ili više simptoma slabijeg intenziteta pa sve do većeg broja vrlo intenzivnih simptoma koji ometaju svakodnevno funkcioniranje osobe. Intenzitet psihosomatske reakcije na stres ovisi o brojnim situacijskim i

individualnim faktorima, kao što su karakteristike stresne situacije, njena mogućnost kontrole, sposobnost osobe da se suoči sa stresnom situacijom i brojnim drugim čimbenicima (Kiecolt-Glaser i sur., 2002; Lazarus, 1986; Terelak, 2002; prema Lazarus i Folkman, 2004). Iako je poznato da većina psihosomatskih simptoma započinje već u djetinjstvu i adolescenciji, pri čemu pojava jednog simptoma obično prethodi pojavi nekog drugog, nisu utvrđeni specifični obrasci u njihovu razvoju. Neki simptomi pokazuju stabilnost tijekom vremena, pa tako npr. djeca koja pokazuju simptome abdominalne boli u djetinjstvu, u 25-50% slučajeva imaju iste simptome i u odrasloj dobi (Walker i sur., 1995; prema Vulić-Prtorić, 2005).

Psihosomatski simptomi u blažem obliku se mogu javiti kao dio normalnog razvoja, osobito tijekom puberteta kada je općenito izraženije obraćanje pozornosti na tjelesne promjene (Vulić-Prtorić i Cifrek-Kolarić, 2011). No, u situacijama kada se adolescent teže nosi s nekim životnim situacijama, ti simptomi mogu postati vrlo neugodni, ometati funkcioniranje u svim područjima života i pritom zahtijevati pažnju kliničara. Naime, intenzivni simptomi koji traju duže dovode do poremećaja fizioloških sustava i oštećenja organa te se nazivaju psihosomatskim poremećajima (Vulić-Prtorić, 2005). Izraz „psihosomatski poremećaji“ je stariji naziv za psihofiziološke poremećaje, ali prilično dobro upućuje na ključno obilježje tih poremećaja, odnosno da psiha tj. duh može imati neželjeni učinak na somu tj. tijelo. Dakle, psihofiziološki poremećaji su stvarne bolesti koje uključuju oštećenje organa. Kada se osoba žali na tjelesne simptome koji navode na pomisao o tjelesnom defektu ili disfunkciji, no za koje se ne može otkriti biološka podloga, govorimo o somatoformnim poremećajima. Tjelesni simptomi somatoformnih poremećaja, za koje nema poznatog fiziološkog objašnjenja i koja nisu pod voljnim nadzorom osobe, po svemu sudeći također su povezani s psihološkim čimbenicima, odnosno pretpostavlja se da su psihološki uzrokovani (Davison i Neale, 1998).

Posljednjih godina psihosomatski simptomi su sve učestaliji u populaciji djece i mladih. Jedno opsežno istraživanje u Finskoj pokazuje značajan porast broja simptoma u razdoblju od deset godina (Santalahti i sur., 2005). Autori smatraju da je razlog tome sve veći broj negativnih stresnih životnih događaja, poremećaja u funkcioniranju obitelji, ali i promjenama u načinu života mladih. Isto tako, u jednom istraživanju u Hrvatskoj, koje je provedeno na uzorku od oko 300 učenika viših razreda osnovne škole, pokazalo se da je najveći broj sudionika, njih gotovo 60%, u posljednja tri mjeseca doživjelo između 6 i 15 od navedenih 35 simptoma (Vulić-Prtorić, 2005). Koić i suradnici (2002) u istraživanju na učenicima osječkih srednjih škola nalaze da ih je 37% imalo psihosomatske reakcije, a 9% učenika psihosomatske poremećaje.

Najčešće psihosomatske reakcije bile su alergije, dismenoreja i akne. Najčešći psihosomatski poremećaji bili su astma i hipertenzija.

### **Etiologija psihosomatskih simptoma**

Danas postoji teorijska kontraverza o psihološkim i socijalnim faktorima u zdravlju i bolesti, a odnosi se na dva prevladavajuća načina gledanja na ulogu emocija ili stresa u bolesti, od kojih jedan naglašava općenitost, a drugi specifičnost. Teorije specifičnosti bile su popularne u razdoblju od 1920. do 1940. godine, a podržavale su pretpostavku o odnosu između nesvjesnog i oko konflikta usredotočenih psihodinamskih procesa, te određenih bolesti kao što su čir na želucu, astma, migrene i drugo (npr. Alexander, 1950; Alexander, French i Pollack, 1968; prema Lazarus i Folkman, 2004). Franz Alexander (1950) razvio je psihoanalitičku teoriju stresa u sklopu koje su ponuđene brojne postavke o djelovanju psihičkih stanja na organske promjene i na nastajanje psihosomatskih bolesti. Psihoanalitičari prvi i uvode pojam psihosomatskih bolesti smatrajući ih takvim bolestima u čijem nastajanju psihički čimbenici imaju najveće značenje. Prema psihoanalitičkoj postavci, psihosomatske bolesti se javljaju kada postoji prethodna tjelesna predodređenost i određene emocije vezane s psihodinamskom strukturom ličnosti pojedinca. Osnovni uzroci ovih bolesti su najčešće potisnuta stanja agresije, ljubomore i drugih emocija, izazvane psihičkim traumama koje su se zbile tijekom razvoja ličnosti. Određeni psihosomatski simptomi javljaju se pritom kao način oslobađanja od emotivne napetosti, kada se ne može naći prikladnije simboličko izražavanje. To može izazvati pojavu tzv. neuroze organa, i katkada trajne organske poremećaje (Nietzel, Bernstein i Milich, 2002).

Selyeov koncept općeg adaptacijskog sindroma potaknuo je razvoj teorija općenitosti, čije je stajalište danas šire prihvaćeno. Selye je tvrdio kako se radi o uniformnoj tjelesnoj obrambenoj reakciji na bilo koju vrstu okolinskih zahtjeva, te je utvrđeno da hormoni koji se tada izlučuju snažno djeluju na tkiva u različitim tjelesnim sustavima i razinu aktivnosti svake stanice u tijelu, a tim se efektima može lako objasniti povećana osjetljivost na širok raspon različitih bolesti. Produženo izlučivanje kataboličkih stresnih hormona dovodi do slabljenja tjelesnog otpora što povećava vjerojatnost infekcije i oštećenja tkiva, ili pojave onog što Selye naziva „bolestima adaptacije“. Teorije općenitosti izgrađuju se na dva pojma koja se bave zahtjevima, s jedne strane, te reakcijama s druge. Svi su zahtjevi kvalitativno manje više isti u izazivanju fiziološke mobilizacije tj. ugrađenog obrambenog mehanizma koji je dio filogenetskog naslijeđa. Do te fiziološke mobilizacije dolazi kada se naruši tjelesna ravnoteža,



te ta obrambena mobilizacija ili reakcija povećava opću osjetljivost na sve, a ne na neke specifične bolesti.

Sažeto rečeno, još u najranijim psihoanalitičkim podjelama, psihosomatskim bolestima smatrane su bolesti poput esencijalne hipertenzije, bronhalne astme, reumatoidnog artritisa i čira na želucu. Razvojem istraživanja na području psihosomatike, proširen je popis tjelesnih poremećaja i oštećenja, koji mogu biti uzrokovani i potaknuti psihičkim stresom, te danas prevladava mišljenje da kod svih bolesti stres ima određenu, više ili manje naglašenu ulogu. Također, proširivanje pojma psihosomatskih bolesti sa specifičnog skupa bolesti na opću zamisao da bi u višezročnom sustavu sve bolesti mogle imati psihosocijalnu etiologiju, potaknulo je proučavanje imunoloških procesa te psiholoških i društvenih faktora koji na njih djeluju (Lazarus i Folkman, 2004). Danas prevladava mišljenje kako se psihosomatski poremećaji mogu javiti unutar raznih tjelesnih sustava, pa se opisuju i klasificiraju s obzirom na organski sustav koji je uključen u simptomatologiju npr. kardiovaskularni (hipertenzija, angina pectoris i dr.), respiratorni (astma, tuberkuloza), endokrinološki (šećerna bolest, hipoglikemija), gastrointestinalni (mučnina, povraćanje, gastritis, čir na želucu), dermatološki (akne, neurodermatitis) i drugi (Vulić-Prtorić, 2005). Psihosomatski poremećaji kao takvi nisu navedeni u DSM-IV, iako su bili navedeni u nekim ranijim verzijama DSM-a. DSM-IV zahtijeva dijagnostičku prosudbu moguće nazočnosti psiholoških čimbenika koji djeluju na zdravstveno stanje, stoga je dijagnoza smještena unutar odjeljka koji obuhvaća „druga stanja koja bi mogla postati predmet pozornosti“ (Davison i Neale, 1998).

### **Čimbenici koji mogu povećati osjetljivost na pojavu psihosomatskih simptoma**

U potrazi za mehanizmima koji imaju ulogu medijatora i posreduju između stresnih događaja i javljanja psihosomatskih simptoma kod djece i adolescenata, dobiveni su višestruki odgovori. Pokazalo se da veći broj varijabli, kao što su dob djeteta, spol, vrsta stresnog događaja, reakcije roditelja i obitelji, strategije suočavanja i dr., odgovaraju na pitanje zašto neka djeca u određenim stresnim situacijama reagiraju razvojem različitih simptoma psihopatologije, a druga ne. Odnosi između stresnih životnih događaja i različitih poremećaja do danas su najbolje razrađeni u kognitivnim dijateza-stres modelima. Prema teorijama opisanim u okviru ovih modela, životni događaji ne izazivaju nužno emocionalne probleme u sve djece, nego samo u onih kod kojih već postoji ranjivost (dijateza). Povećana ranjivost (vulnerabilnost) može biti rezultat različitih osobnih i okolinskih faktora - nezrelih oblika suočavanja sa stresom, niskog samopoštovanja, anksioznosti, konflikata u obitelji, bolesti u obitelji i slično (Vulić-Prtorić i Galić, 2004).

**Anksioznost kao crta ličnosti.** Pojava određene bolesti ovisi o individualnim razlikama u ranijem psihološkom uvjetovanju, o genetskim ili konstitucionalnim ranjivostima (Lazarus i Folkman, 2004). Na primjer, neki autori smatraju da „*disease-prone personality*“ odnosno osobnosti sklone bolestima koje karakterizira povišena anksioznost, depresivnost i ljutnja, imaju veću vjerojatnost obolijevanja od širokog raspona različitih bolesti. Isto tako, posljedice stresa su različite, a jedna od posljedica koja se često naglašava je anksioznost.

Konstrukt anksioznosti teorijski su razmatrali i konceptualizirali mnogi autori pa je tako za neke anksioznost nagon, za neke emocionalno stanje, a za druge osobina ličnosti i stanje praćeno vidljivim, ali i subjektivnim tjelesnim smetnjama (Lacković-Grgin, 2000). Anksioznost općenito možemo definirati kao emocionalno stanje karakterizirano osjećajem neugode, nemira i tenzije, te anticipacijom moguće opasnosti. Ono je univerzalno iskustvo povezano s mnogim fiziološkim promjenama kao što su ubrzani rad srca, povećani krvni tlak i tjelesna napetost (Vulić-Prtorić i Cifrek-Kolarić, 2011). Međutim stanje anksioznosti je prolazno, no anksioznost se može promatrati i kao osobinu ličnosti. Pod osobinom anksioznosti Spielberger navodi mjeru individualnih razlika u sklonosti anksioznosti u okolnostima koje uključuju različite stupnjeve stresa, što znači da će osoba s izraženom osobinom anksioznosti doživljavati u stresnoj situaciji značajno viši nivo stanja anksioznosti od osoba s niskorazvijenom osobinom anksioznosti (Lacković-Grgin, 2000). Odnosno, anksioznost kao crta ličnosti odnosi na relativno stabilne individualne razlike u procjeni situacija, pri čemu anksiozne osobe širi raspon situacija procjenjuju opasnim i prijetećim. Endler, Edwards, Vitelli i Parker (1989) iznijeli su interakcijski model anksioznosti koji pretpostavlja multidimenzionalnost anksioznosti kao crte i kao stanja. Tako su u jednom istraživanju pronašli da je crta anksioznosti snažniji prediktor doživljaja stresa od svakodnevnih problema. Što je crta anksioznosti više izražena, čini se da je osoba ranjivija na djelovanje svakodnevnih problema, što se odražava na većem broju i tjelesnih i psihičkih simptoma (Hudek-Knežević i Kardum, 2005). Također, istraživanja stresa izazvanog intenzivnim medicinskim zahvatima upućuju da osobe s visokom razinom anksioznosti kao osobine ličnosti u takvim situacijama doživljavaju višu razinu stanja anksioznosti i da izvješćuju o većoj razini boli, od osoba niže razine osobine anksioznosti, što također vodi lošijoj prilagodbi (Alabasi i Rokke, 1991; prema Lacković-Grgin, 2000).

Jedan od razloga veće učestalosti visoke razine anksioznosti u prirodi psihosomatskih tegoba može biti i ta da osobe koje imaju psihosomatske simptome često pored vlastitog nerazumijevanja onoga što im se događa, moraju suočavati i s nerazumijevanjem okoline. Okolina u početku može biti suosjećajna za njihovu patnju, no s vremenom, kada se pokaže da

se ne radi o tjelesnoj bolesti koja ima organski uzrok, to se suosjećanje može izgubiti. To znači da djeca koja trpe različite tjelesne tegobe uslijed bolesti doživljavaju stres i neugodu zbog brojnih medicinskih pregleda i tretmana, izostanaka iz škole ili promjena u svakodnevnom rasporedu aktivnosti. S druge strane, ta djeca mogu dobiti veću podršku od strane svoje okoline, za razliku od djece s tjelesnim simptomima psihološkog porijekla koja u tom smislu mogu doživjeti veće nerazumijevanje što vodi i većoj anksioznosti. Npr. i dijete i roditelji djeteta koje ima probleme s disanjem uslijed astmatičnog napada, znaju o čemu se radi, te kako reagirati i kako pomoći djetetu u toj situaciji. Roditelji djeteta koje ima simptome gušenja ili "knede u grlu", mogu u početku pokazivati zabrinutost, ali nakon što liječnički pregled pokaže da ne postoje organski uzroci za ovakve smetnje mogu se naći u dilemi kako ustvari pomoći djetetu. U oba slučaja dijete trpi bol i na subjektivnoj razini patnja je podjednaka (Vulić-Prtorić i sur., 2008)

**Suočavanje sa stresom.** U novije se vrijeme suočavanje sa stresom smatra jednim od glavnih posredujućih čimbenika u odnosu između stresnih događaja i adaptacijskih ishoda kao npr. depresije, psiholoških simptoma ili psihosomatskih bolesti (Lazarus i Folkman, 2004). Primjerice, istraživanja pokazuju da su različiti stilovi suočavanja sa stresom povezani sa specifičnim zdravstvenim ishodima. Adolescenti su u fazi emocionalnog i socijalnog sazrijevanja te je razdoblje adolescencije burno razvojno razdoblje za vrijeme kojega se tek usvajaju načini na koje će osoba primjereno reagirati na vrlo kompleksne problemske situacije koje dolaze u odrasloj dobi (Šimunović, 1998), stoga je važno na koji se način i koliko efikasno dijete ili adolescent suočava. Većina istraživanja koja ispituju suočavanje sa stresom rađena su na odraslima, a tek krajem 80-ih godina počinju intenzivnija istraživanja suočavanja sa stresom kod djece i adolescenata. Suočavanje kod djece i adolescenata je ponešto drugačije negoli suočavanje odraslih, jer oni više ovise o drugim ljudima i okolini te se stoga njihov repertoar strategija suočavanja i kvalitativno razlikuje od strategija odraslih. Mogućnost suočavanja kod djece i adolescenata je vezana uz specifičnosti njihova kognitivnog razvoja (Kalebić Maglica, 2006).

Pojam suočavanja sa stresom široko se definira kao odgovor na stresnu situaciju koji pomaže uspostavljanju psihosocijalne prilagodbe (McCrae, 1986; prema Lacković-Grgin, 2000). Procjena vlastitih mogućnosti suočavanja s nekom situacijom, strategije suočavanje koje pojedinac koristi, sam odabrani oblik suočavanja u određenoj situaciji i njegova procjena efikasnosti, čimbenici su koji u značajnoj mjeri mogu utjecati na to kakve će biti kratkoročne i dugoročne posljedice određenih situacija po pojedinca. U skladu s time, ishode suočavanja

moguće je djelomično predvidjeti poznavanjem procesa kognitivnih procjena osobe. Uspješno suočavanje sa stresom, bilo da se radi o svakodnevnim manjim uzrujavanjima ili značajnijim događajima i situacijama, važan je čimbenik koji može utjecati na ponašanje, zdravlje i ukupni razvoj adolescenata (Kozjak Mikić, Jokić Begić i Bunjevac, 2012). Učinkovito (efikasno) suočavanje je svako ono u kojem postoji usklađenost između zahtjeva situacije i odabranog načina suočavanja. To može podrazumijevati i rješavanje problema i regulaciju neugodnih emocija. Ponekad je prvo potrebno umiriti neugodne emocije kako bismo se efikasno suočili s problemom, a ponekad je neke probleme ili situacije nemoguće zaista riješiti (npr. smrt bliske osobe, problemi u roditeljskim odnosima, pogrešan izbor škole, alkoholizam u obitelji i sl.), pa je to najbolje što se može učiniti. U slučaju neefikasnog suočavanja osoba će se teže nositi sa životnim situacijama, a kao kratkoročne posljedice pojavit će se negativne emocije i/ili određene tjelesne smetnje u obliku psihosomatskih simptoma (Kozjak Mikić i Perinović, 2008).

Velik broj istraživanja procesa suočavanja producira i velik broj različito imenovanih oblika ili strategija suočavanja. Parker i Endler (1992) zastupaju gledište prema kojem postoje tri osnovne strategije suočavanja. Razlikuju *suočavanje usmjereno na problem* – podrazumijeva rješavanje problema ili poduzimanje neke konstruktivne aktivnosti u vezi stresnog događaja bilo da je on protumačen kao prijetnja ili izazov, zatim *suočavanje usmjereno na emocije* – kada osoba ulaže napore da prevlada emocionalne posljedice stresora i *suočavanje izbjegavanjem* – odnosi se na kognitivne, emocionalne ili ponašajne pokušaje udaljavanja bilo od izvora stresa ili od psihičkih i tjelesnih reakcija na stresor. U okviru ove dimenzije izbjegavanja mogu se razlikovati potkategorije distrakcije i socijalne diverzije. Lazarus smatra kako ni jedna strategija suočavanja nije sama po sebi ni loša ni dobra, one su samo različito primjerene i efikasne za različite situacije. Ipak se u nekim istraživanjima korištenje strategija usmjerenih na emocije opisuje kao najvažniji medijator u povezanosti stresa i bolesti (Ireland, Boustead i Ireland, 2005; Ebata i Moos, 1991; prema Seiffge-Krenke, 2000). Osim toga, različita istraživanja nalaze pozitivnu korelaciju “izbjegavajućih strategija” sa psihopatološkim simptomima ili stanjima, npr. psihosomatskim simptomima, anksioznošću, depresivnošću (Herman-Stabl, Stemmler i Petersen, 1995; Seiffge-Krenke, 2000; prema Kozjak Mikić i Perinović, 2008). Pokazalo se kako je suočavanje izbjegavanjem često povezano s većim brojem tjelesnih simptoma i bolesti (Nowack, 1991; prema Hudek-Knežević i Kardum, 2005). Na primjer, u istraživanju Blocha i sur. (1987) je dobiveno da su adolescenti s dijabetesom češće koristili izbjegavanje kao strategiju suočavanja (Lacković-Grgin, 2000). Isto tako, u većini dosadašnjih istraživanja nađeno je da djeca i adolescenti koji koriste aktivne strategije suočavanja kako bi umanjili neugodu izazvanu nekim stresnim događajem, doživljavaju značajno manji broj

psihosomatskih simptoma u usporedbi s djecom koja pasivno prihvaćaju situaciju (Vulić-Prtorić i Macuka, 2006; Vulić-Prtorić i sur., 2009; prema Vulić-Prtorić i Cifrek-Kolarić, 2011).

U proučavanju anksioznosti i strategija suočavanja se pokazalo kako su dimenzije anksioznosti značajno povezane s kognitivnim izbjegavanjem u suočavanju sa stresnim situacijama (Vulić-Prtorić i Cifrek-Kolarić, 2011). Tako je npr. istraživanju McGrath i Holahan (2001) utvrđeno je da djeca s glavoboljama i povišenom anksioznošću koriste vrlo slične strategije suočavanja sa stresom. Radi se o strategijama kao što su izbjegavanje i distrakcija koje dugoročno ne pridonose rješavanju problema, ali smanjuju neugodu u tom trenutku. Navedeni procesi ključni su u modelu Patricije McGrath (McGrath i Holahan, 2001; prema Vulić-Prtorić i sur., 2008) po kojem korištenje neadekvatnih strategija suočavanja samo po sebi rezultira povišenom anksioznošću, a kao rezultat povišene anksioznosti dijete postaje sve napetije i nervoznije i javlja se glavobolja. Kada se to dogodi dijete se suočava pokušavajući izbjeći stresnu situaciju ili omesti razmišljanje na tu situaciju, što privremeno pridonosi smanjenju i anksioznosti i glavobolje, ali s druge strane pogoduje budućim problemima i glavoboljama. Istraživanja načina suočavanja sa stresnim događajima od posebnog su interesa za kliničku psihologiju djetinjstva i mladosti jer direktno utječu na procese razumijevanja i tumačenja određenih poremećaja, ali i predstavljaju smjernice za odabir terapijskih tehnika i intervencija u pružanju psihološke pomoći (Vulić-Prtorić, 1997).

### **Spolne razlike u pojavi psihosomatskih simptoma, anksioznosti i strategijama suočavanja**

Većina istraživanja dosljedno potvrđuje spolne razlike u učestalosti psihosomatskih i emocionalnih teškoća u korist ženskog spola (Koić i sur., 2002; Kozjak Mikić i Perinović, 2008; Kozjak Mikić, Jokić Begić i Bunjevac, 2012). No u nekim istraživanjima npr. Vulić-Prtorić (2005) je utvrđeno da se dječaci i djevojčice različite dobi ne razlikuju značajno s obzirom na ukupni broj doživljenih psihosomatskih simptoma, ali je ta razlika značajna na razini pojedinačnih simptoma. Spolne razlike se objašnjavaju interakcijom bioloških dispozicija i socijalnih čimbenika. Od puberteta nadalje kod djevojaka se dosljedno primjećuje povišena razina percipiranog stresa, psihosomatskih i emocionalnih teškoća, što se objašnjava hormonalnim razlozima. Spolne razlike u izraženosti simptoma pojavljuju se već nakon dvanaeste, a osobito između 14-e i 15-e godine. Hormonalna aktivnost kod ženskog spola promjenjivija je negoli kod muškog, što može uzrokovati veću ranjivost djevojaka. S druge strane, važan je i utjecaj socijalnih čimbenika, čiju važnost naglašavaju psihosocijalne razvojne teorije. Odgojem se djevojkama u stanjima anksioznosti i stresa dopušta da izražavaju

zabrinutost i tugu, kao i tjelesne reakcije, za razliku od mladića koje se još tijekom rane socijalizacije potiče na drugačije načine izražavanja tuge i zabrinutosti. Pored toga, djevojke su odgajane tako da razvijaju veću senzibilnost za odnose s drugima što može biti razlog zašto su djevojke ranjivije na nove i još nesigurne odnose (Kozjak Mikić, Jokić Begić i Bunjevac, 2012).

Govoreći o anksioznosti kao crti ličnosti, istraživanja također pokazuju kako su djevojčice općenito anksioznije od dječaka, a neka od tumačenja objašnjavaju spolne razlike time što su djevojčice općenito anksioznije od dječaka u smislu da postoji više situacija na koje reagiraju anksioznim simptomima. Isto tako, kulturološki faktori i utjecaj odgoja izgrađuju različite stavove dječaka i djevojčica prema prihvaćanju i priznavanju anksioznosti, a jedno od objašnjenja u spolnim razlika je i da su one biološki determinirane (Vulić-Prtorić i Cifrek-Kolarić, 2011). U istraživanju provedenom na oboljelima od psorijaze, gastrointestinalnih bolesti te zdravim sudionicima, pokazale su se razlike po spolu i pripadnosti skupini u razini anksioznosti kao crti ličnosti tj. žene svih skupina su anksioznije od muškaraca, te su isto tako bolesnici oboljeli od psorijaze i gastrointestinalnih bolesti anksiozniji od zdravih sudionika. Čini se kako određene osobine pojedinca, poput anksioznosti kao crte ličnosti, pojačavaju subjektivni osjećaj stresa i time su povećani negativni utjecaji stresa na zdravlje i vjerojatnost obolijevanja (Tadinac i sur., 2006).

Istraživanja spolnih razlika u korištenju strategija suočavanja izvješćuju kako žene češće koriste načine suočavanja usmjerene na emocije (npr. traženje socijalne podrške, izražavanje emocija) te izbjegavanje (kao što je maštanje, traženje distrakcije i ugodnih aktivnosti), dok muškarci obično suočavanje umjereno na problem, na primjer, planiranje i racionalno ponašanje (Carver i sur., 1989; Endler i Parker, 1990; Jung, 1995; prema Lacković-Grgin, 2000). Kao i kod razlika u anksioznosti i psihosomatskim simptomima, spolne razlike u načinima suočavanja najčešće se objašnjavaju socijalizacijskim i strukturalnim razlozima. Socijalizacijski utjecaji povezani su s kulturalnim spolnim stereotipima i različitim spolno vezanim očekivanjima. U različitim kulturama postoje očekivanja da je muškarac nezavisniji, racionalniji i ambiciozniji, a žene emocionalnije, zavisnije i spremnije drugima pružiti podršku, te se zato žene više potiču na izražavanje svojih emocija i traženje socijalne podrške. Strukturalno objašnjenje, s druge strane, polazi od toga da se žene i muškarci razlikuju s obzirom na vrstu stresnih događaja s kojima se uobičajeno susreću. Muškarci se češće susreću sa stresnim događajima vezanima uz posao i novac, dok žene češće doživljavaju stresne događaje vezane uz obitelj i zdravlje (Hudek-Knežević i Kardum, 2005).

Iako utjecaj stresa na zdravlje pa tako i pojavu psihosomatskih simptoma možemo smatrati dobro potvrđenom činjenicom, još uvijek nisu razjašnjeni učinci niza psiholoških i

socijalnih činitelja koji determiniraju kakav će i koliki taj utjecaj biti, stoga su vrlo bitna istraživanja koja će se usmjeriti na proučavanje uloge psihosocijalnih činitelja u održavanju zdravlja.

### **Cilj istraživanja**

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos anksioznosti kao crte ličnosti, suočavanja sa stresom i zastupljenosti psihosomatskih simptoma te istražiti eventualne spolne razlike kod adolescenata.

### **Problemi**

1. Ispitati povezanost anksioznosti kao crte ličnosti, suočavanja sa stresom te zastupljenosti psihosomatskih simptoma.
2. Ispitati predviđaju li anksioznost kao crta ličnosti i suočavanje sa stresom zastupljenost psihosomatskih simptoma.
3. Ispitati spolne razlike u suočavanju sa stresom, anksioznosti kao crti ličnosti i zastupljenosti psihosomatskih simptoma.

### **Hipoteze**

H1: Pretpostavlja se pozitivna povezanost suočavanja usmjerenog na emocije i suočavanja izbjegavanjem te anksioznosti kao crte ličnosti sa zastupljenosti psihosomatskih simptoma.

H2: Pretpostavlja se da viša razina anksioznosti kao crte ličnosti te suočavanje usmjereno na emocije i suočavanje izbjegavanjem predviđaju veću zastupljenost psihosomatskih simptoma.

H3: Pretpostavlja se da djevojke češće koriste suočavanje usmjereno na emocije i suočavanje izbjegavanjem, postižu više rezultate na testovima anksioznosti kao crte ličnosti te imaju veću zastupljenost psihosomatskih simptoma.

### **Metoda**

#### **Sudionici**

U istraživanju je sudjelovalo 211 učenika prvih, drugih i trećih razreda srednjih škola u Vinkovcima te je od toga bilo 120 djevojaka (56.9%) i 91 mladić (43.1%). Istraživanjem je obuhvaćeno 52 učenika opće gimnazije i 159 učenika strukovnih škola, a raspon dobi sudionika kretao se od 16 do 19 godina ( $M=17.04$ ;  $SD=0.71$ ).

## **Instrumenti**

*Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama Endlera i Parkera – CISS* (Sorić i Proroković, 2002). Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama procjenjuje stilove suočavanja kao stabilne karakteristike ličnosti i hrvatska je adaptacija upitnika *Coping Inventory for Stressful Situations–CISS* (Endler i Parker, 1992). Sadrži 48 čestica koje su grupirane u tri subskale (po 16 tvrdnji), a odnose se na tri dimenzije suočavanja: suočavanje usmjereno na emocije, suočavanje usmjereno na problem i izbjegavanje. Skala izbjegavanje sastoji se od dvije subskale distrakcije i socijalne diverzije. Sudionici trebaju na skali od 5 stupnjeva (od 1–uopće ne do 5–u potpunosti da) procijeniti u kojoj mjeri primjenjuju određeni tip aktivnosti kad se susretnu s teškom, stresnom ili uznemirujućom situacijom.

Stabilnost faktorske strukture provjerena je faktorskom analizom zajedničkih faktora uz Varimax rotaciju. Dobivena su četiri faktora i na osnovu toga formirane četiri subskale: suočavanje usmjereno na emocije, suočavanje usmjereno na problem, distrakcija i socijalna diverzija. Koeficijenti unutarnje pouzdanosti za pojedine subskale iznose  $\alpha=.87$  za suočavanje sa emocijama (13 čestica),  $\alpha=.85$  za suočavanje s problemom (10 čestica),  $\alpha=.70$  za distrakcija (8 čestica), te  $\alpha=.77$  za socijalni diverziju (6 čestica). Čestice koje su imale zasićenje na zadržanim faktorima manje od .30 izostavljene su iz daljnjih analiza.

*Endlerova skala za procjenu anksioznosti kao crte ličnosti - EMAS-T* (Sorić, 2002) je subskala upitnika EMAS (Endler Multidimensional Anxiety Scales; Endler, Edwards, Vitelli i Parker, 1989) koja mjeri anksioznost kao crtu ličnosti (EMAS-Trait). Skala sadrži 60 čestica i sastoji se od četiri dimenzije, a svaku dimenziju mjeri 15 čestica na skali od 5 stupnjeva (od 1–uopće ne do 5–jako). Dimenzije su: socijalna evaluacija, fizička opasnost, nove i nejasne situacije te svakodnevne situacije.

Faktorskom analizom zajedničkih faktora uz Varimax rotaciju dobivena je jednofaktorska struktura subskala socijalna evaluacija (8 čestica;  $\alpha=.89$ ), fizički opasne situacije (7 čestica;  $\alpha=.90$ ) te nove, nepoznate situacije (7 čestica;  $\alpha=.89$ ). Međutim, subskala svakodnevnih situacija raspodijelila se na dva faktora. S obzirom na statističku značajnu korelaciju između rezultata obaju faktora ( $r=.55$ ,  $p<.01$ ) te visoku unutarnju pouzdanost cijele subskale (Cronbach  $\alpha$  je .92), mogu se koristiti kao jedan faktor, odnosno subskala. Čestice koje su imale zasićenje na zadržanim faktorima manje od .30 izostavljene su iz daljnjih analiza.



**Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente - PSS** (Vulić Prtorić, 2005) sastoji se od liste s 35 psihosomatskih simptoma. Svaki simptom sudionik procjenjuje pomoću dva pitanja: „Koliko si često to doživio u protekla 3 mjeseca?“ i „Koliko te to ometa u svakodnevnom funkcioniranju?“. Na prvo pitanje sudionici odgovaraju izborom jednog odgovora na skali od 4 stupnja (od 1=nikada do 4=skoro svaki dan), a na drugo pitanje na skali od 3 stupnja (1=nimalo, 2=osrednje, 3=jako). Primjenom se dobivaju podaci o ukupnom broju psihosomatskih simptoma i o procjeni ometanja ispitanika u njegovom svakodnevnom funkcioniranju. Skala frekvencije je pokazala zadovoljavajuću pouzdanost uz koeficijent unutarnje konzistencije .91, kao i skala ometanja kojoj je Cronbach alpha također .91.

### Postupak

Istraživanje je provedeno grupno, u vrijeme održavanja redovite nastave. Učenici su bili upoznati s ciljevima istraživanja i načinom prikupljanja podataka, te informirani da će se podatci analizirati na grupnoj razini i koristiti u svrhu izrade diplomskog rada u skladu s Etičkim kodeksom psihologa i Zakonom o psihološkoj djelatnosti. Istraživanje je provedeno u trajanju od jednog školskog sata u vrijeme satova razrednog odjela. Ispitanicima je dana opća uputa u kojoj se posebno naglasilo da nema točnih i netočnih odgovora te da pažljivo čitaju upute koje su im dane. Sudionicima je pojašnjeno kako je istraživanje u potpunosti anonimno i dobrovoljno te u svakom trenutku mogu odustati. Prije samog provođenja istraživanja, od učenika je prikupljena pismena suglasnost za sudjelovanje.

### Rezultati

U Tablici 1 su prikazani deskriptivni podaci za zastupljenost i ometenost psihosomatskim smetnjama, strategije suočavanja sa stresom i dimenzijama anksioznosti kao crte ličnosti. Također je prikazana provjera normalnosti distribucija pomoću Kolmogorov-Smirnovljevog (K-S) testa te indeksa zakrivljenosti i spljoštenosti distribucija.

*Tablica 1.* Aritmetičke sredine, standardne devijacije rezultata, najmanji i najveći rezultati, teoretski raspon, Kolmogorov-Smirnovljev (K-S) test te indeksi zakrivljenosti i spljoštenosti distribucija rezultata na svim varijablama.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Teoretski raspon</i>	<i>K-S test</i>	<i>Zakrivljenost</i>	<i>Spljoštenost</i>
Frekvencija psihosomatskih simptoma	58.71	13.93	35	111	35-175	.12**	1.32	2.14

Ometanje psihosomatskih simptoma	53.57	11.99	35	96	35-105	.09**	1.02	1.40
Suočavanje usmjereno na emocije	41.75	10.04	13	63	13-65	.07*	-.35	.08
Suočavanje usmjereno na problem	34.20	7.24	11	50	10-50	.07*	-.25	.49
Distrakcija	22.65	5.87	11	37	8-40	.06	.10	-.66
Socijalna diverzija	21.14	5.17	6	30	6-30	.06**	-.35	-.41
Socijalna evaluacija	19.88	7.61	8	40	8-40	.07*	.41	-.48
Fizički opasne situacije	26.61	7.43	7	35	7-35	.13**	-.69	-.31
Nejasne, nove situacije	22.14	7.17	7	35	7-35	.07*	-.09	-.62
Svakodnevne situacije	29.42	13.25	15	73	15-75	.15*	1.13	.78

\*p< .05, \*\*p< .01

Prije obrade podataka, pomoću Kolmogorov-Smirnovljevog (K-S) testa normaliteta distribucije je provjereno koliko raspodjele varijabli odstupaju od normalne distribucije. Analiza je pokazala kako distribucija rezultata na subskali distrakcija ne odstupa značajno od normalne distribucije, no kod rezultata ostalih subskala postoji značajno odstupanje, stoga su provedene analize zakrivljenosti i spljoštenosti distribucija. Prema Klineu (2005) ekstremno odstupajućim distribucijama smatraju se one čiji je indeks spljoštenosti veći od 10, a indeks zakrivljenosti veći od 3. Budući da se vrijednosti pokazatelja zakrivljenosti i spljoštenosti kreću u prihvatljivom rasponu te niti jedan indeks spljoštenosti ni asimetričnosti ne odstupa od navedenih parametara, dobivena odstupanja ne bi trebala značajnije utjecati na provedbu sljedećih analiza te je u daljnjoj obradi moguće koristiti parametrijsku statistiku. Distribucije rezultata na subskalama zastupljenost psihosomatskih simptoma, ometanje psihosomatskih simptoma, anksioznost prilikom socijalne evaluacije, te u svakodnevnim situacijama, pozitivno asimetrične, dok su distribucije na subskalama suočavanje usmjereno na emocije, suočavanje usmjereno na problem, socijalna diverzija, anksioznost kod fizički opasnih situacija te nejasnih, novih situacija, negativno asimetrične. Skala procjene frekvencija i ometanja psihosomatskih simptoma imaju distribucije rezultata koje su pozitivno asimetrične što znači da veći broj adolescenata ima niže rezultate na Upitniku psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente, odnosno da ima manji broj psihosomatskih simptoma. Isto tako, veći broj ih izjavljuje da ih

psihosomatski simptomi manje ometaju. Ovaj rezultat u skladu je s očekivanjem i s rezultatima dosadašnjih istraživanja, jer se i inače prilikom ispitivanja psihopatoloških fenomena u ne-kliničkim uzorcima dobivaju pozitivno asimetrične distribucije koje odražavaju realno variranje ispitivanih fenomena u tim skupinama (Kozjak Mikić, Jokić Begić i Bunjevac 2012). Distribucije rezultata na subskalama frekvencija psihosomatskih simptoma, ometanja psihosomatskih simptoma, suočavanje usmjereno na emocije, suočavanje usmjereno na problem, anksioznost u svakodnevnim situacijama su leptokurtične, a od subskala socijalna diverzija, anksioznost prilikom socijalne evaluacije, fizički opasnih situacija te nejasnih, novih situacija su platikurtične.

Za provjeru prve hipoteze, odnosno povezanosti između ispitanih varijabli te spola, izračunati su koeficijenti korelacije, a rezultati su prikazani u Tablici 2. Pokazalo se kako zastupljenost psihosomatskih simptoma statistički pozitivno značajno korelira s varijablama ometanje psihosomatskih simptoma, zatim sa suočavanjem usmjerenim na emocije, suočavanjem distrakcijom te anksioznošću prilikom socijalne evaluacije. Navedene korelacije relativno su niske, osim povezanosti između zastupljenosti te ometanja psihosomatskih simptoma koja je očekivano visoka. Dakle, adolescenti koji češće doživljavaju tjelesne simptome, procjenjuju da ih ti simptomi i više ometaju u svakodnevnim aktivnostima. Dobiveni rezultati u skladu su s postavljenom hipotezom, no gledajući zasebne dimenzije anksioznosti, mogla se očekivati i značajna te pozitivna korelacija između preostale tri dimenzije anksioznosti s javljanjem psihosomatskih simptoma, što se nije pokazalo.

Također, ometenost psihosomatskim simptomima značajno korelira s istim varijablama tj. sa suočavanjem usmjerenim na emocije, suočavanje distrakcijom te anksioznošću prilikom socijalne evaluacije.

Tablica 2. Povezanosti između zastupljenosti i ometanja psihosomatskih simptoma, stilova suočavanja sa stresom, dimenzijama anksioznosti kao crte ličnosti te spola (N=211).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Frekvencija psihosom. simptoma	-									
2. Ometanje psihosom. simptoma	.78**									
3. Socijalna evaluacija	.24**	.24**								
4. Fizički opasne situacije	-.08	.01	-.05							
5. Nejasne, nove situacije	.02	.02	.08	.23**						
6. Svakodnevn. situacije	.08	-.01	.29**	-.32**	.17*					
7. Suočavanje usmjereno na emocije	.26**	.32**	.26**	.19**	.01	-.01				
8. Suočavanje usmjereno na problem	.01	.10	.02	-.01	-.29**	-.27**	.30**			
9. Distrakcija	.29**	.28**	.21**	-.09	-.08	.08	.45**	.03		
10. Socijalna diverzija	-.08	.01	-.04	-.02	-.27**	-.15*	.16*	.30**	.25**	-

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Kako bi se ispitali doprinosi prediktorskih varijabli, odnosno spola, anksioznosti kao crte ličnosti i suočavanja sa stresom u objašnjenju varijance zastupljenosti te ometenosti psihosomatskim simptomima kao kriterija, provedene su dvije hijerarhijske regresijske analize. Rezultati ovih analiza prikazani su u Tablici 3. U prvi korak analize uvršten je spol kako bi se kontrolirao njegov učinak, zatim u drugi dimenzije anksioznosti kao crte ličnosti budući da se radi o dispozicijskim varijablama koje su stabilnije i trajnije osobine pojedinca. U treći korak su uvrštene strategije suočavanja sa stresom, jer se radi o oblicima ponašanja koje pojedinac koristi u odgovaranju na stresne situacije, a na njih je moguće utjecati i mijenjati ih u smjeru poboljšanja učinkovitosti u određenim situacijama.

Tablica 3. Rezultati dobiveni regresijskom analizom sa zastupljenosti i ometenosti psihosomatskim simptomima kao kriterijima, dok su za prediktore odabrane strategije suočavanja i anksioznosti kao crti ličnosti.

	Zastupljenost psihosomatskih simptoma	Ometenost psihosomatskim simptomima
	<i>Beta</i>	<i>Beta</i>
<b>1. korak</b>	-.17*	-.22**
Spol		
	$R=.17$ $R^2=.03$ $\Delta R^2=.03$ $F=5.67^{**}$	$R=.22$ $R^2=.05$ $\Delta R^2=.05$ $F=9.24^*$
<b>2. korak</b>	-.18*	-.20**
Spol		
Svakodnevne situacije	.23**	.25**
Nejasne nove situacije	-.12	-.05
Socijalna evaluacija	.01	.01
Fizički opasne situacije	-.02	-.09
	$R=.31$ $R^2=.10$ $\Delta R^2=.07$ $F=3.39^*$	$R=.32$ $R^2=.10$ $\Delta R^2=.06$ $F=4.30^*$
<b>3. korak</b>	-.15*	-.16*
Spol		
Svakodnevne situacije	.14	.15*
Nejasne nove situacije	-.14	-.08
Socijalna evaluacija	.00	.02
Fizički opasne situacije	-.04	-.09
Suočavanje usmjereno na emocije	.13	.19*
Suočavanje usmjereno na problem	-.01	.02
Distrakcija	.23**	.18*
Socijalna diverzija	-.16*	-.08
	$R=.43$ $R^2=.18$ $\Delta R^2=.09$ $F=4.46^*$	$R=.43$ $R^2=.19$ $\Delta R^2=.08$ $F=4.60^*$

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Za kriterij zastupljenost psihosomatskih simptoma, sva tri bloka pokazala su se značajnima u objašnjenju kriterija. Prvi blok varijabli je objasnio 3% kriterija. U drugom koraku, nakon kontrole spola, anksioznost kao crta ličnosti je objasnila dodatnih 7% varijance kriterija, dok su u trećem bloku nakon kontrole varijabli iz prethodna dva koraka, suočavanje sa stresom objasnilo novih 8%. Sveukupno je s ovim setom prediktora objašnjeno 18% varijance kriterija. Spol se pokazao značajnim negativnim prediktorom u svim koracima, odnosno djevojke postižu više rezultate u mjeri zastupljenosti psihosomatskim simptomima u odnosu na mladiće. Od varijabli drugog bloka značajan prediktor je bila varijabla anksioznost u svakodnevnim situacijama uz manje od 5% rizika ( $\beta=.23$ ), međutim uvođenjem suočavanja sa stresom u treći blok ona gubi na važnosti. Ovakav efekt može upućivati na medijacijski efekt strategija suočavanja na predikciju zastupljenosti psihosomatskim simptomima. U trećem bloku kao značajni prediktori su se pokazali distrakcija ( $\beta=.23$ ,  $p<.01$ ) i socijalna diverzija ( $\beta=-.16$ ,  $p<.05$ ). Može se zaključiti da viša razina anksioznosti u stresnim situacijama, više korištenja distrakcije i manje socijalne diverzije kao strategija suočavanja sa stresom, predviđaju veći broj psihosomatskih simptoma.

Kako bi provjerilo posreduju li distrakcija i socijalna diverzija u odnosu anksioznosti u svakodnevnim situacijama i zastupljenosti psihosomatskih simptoma, korištena je metoda koju su razvili Baron i Kenny (1986), a sastoji se od četiri koraka koji se izvode s tri regresijske jednačbe. Prvim se korakom ispituje predviđa li prediktor kriterij, drugim da li prediktor predviđa medijator varijablu, a trećim korakom da li medijator varijabla predviđa kriterij nakon kontrole prediktora. Ako su sva tri uvjeta zadovoljena, u četvrtom koraku se treba pokazati da je efekt prediktora na kriterij, kada se u model uključi medijator varijabla, značajno smanjena, te tada govorimo o djelomičnoj medijaciji, ili da povezanost više uopće ne postoji, odnosno da se radi o potpunoj medijaciji. Kako su neki od koraka provjereni prethodnim analizama, dodatno se ispitalo predviđa li prediktor medijator varijablu. Provjerom i drugog koraka se kao značajna medijator varijabla pokazala socijalna diverzija ( $\beta=-.15$ ,  $p<.05$ ), dok anksioznost u svakodnevnim situacijama nije predviđala distrakciju. Rezultati sugeriraju da je veza anksioznosti u svakodnevnim situacijama i zastupljenosti psihosomatskim simptomima posredovana socijalnom diverzijom.

Za kriterij ometenosti psihosomatskim simptomima, također su se sva tri bloka pokazala značajnima u objašnjenju kriterija. Prvi blok varijabli je objasnio 5% kriterija, drugi blok je objasnio dodatnih 5%, dok je treći objasnio novih 9% varijance. Isto tako, spol se pokazao

značajnim negativnim prediktorom u svim koracima. U drugom bloku, uz kontrolu spola, kao pozitivan prediktor pokazala se anksioznost prilikom socijalne evaluacije, te ostaje značajna i u trećem bloku. Uz kontrolu prethodna dva koraka, u trećem bloku, kao pozitivni značajni prediktori pokazali su se suočavanje usmjereno na emocije i distrakcija, odnosno viša razina anksioznosti u stresnim situacijama te viši rezultati na mjerama suočavanja usmjerenog na emocije i distrakcije, predviđaju višu ometenost psihosomatskim simptomima.

Za provjeru spolnih razlika u suočavanju sa stresom, anksioznosti kao crti ličnosti te zastupljenosti i ometenosti psihosomatskih simptoma korišteni su t-testovi za velike nezavisne uzorke te su rezultati prikazani u Tablici 4.

*Tablica 4.* Rezultati dobiveni t-testom za velike nezavisne uzorke za varijable zastupljenost i ometenost psihosomatskih simptoma, subskalama suočavanja sa stresom te dimenzijama anksioznosti kao crte ličnosti.

	Djevojke (N=120)		Mladići (N=91)		<i>t</i>	<i>ss</i>	<i>Coenov d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
1. Frekvencija psihosomatskih simptoma	60.98	13.62	55.70	13.82	2.76**	207	.38
2. Ometanje psihosomatskih simptoma	55.81	11.41	50.62	12.16	3.16**	207	.44
3. Suočavanje usmjereno na emocije	43.82	9.11	39.03	10.58	3.52**	208	.49
4. Suočavanje usmjereno na problem	34.02	6.73	34.44	7.90	-0.42	209	-.06
5. Distrakcija	22.75	6.03	22.53	5.71	0.27	209	.04
6. Socijalna diverzija	21.32	5.25	20.90	5.08	0.58	209	.08
7. Socijalna evaluacija	20.66	7.50	18.83	7.68	1.73	208	.24
8. Fizički opasne situacije	28.03	7.43	24.54	6.97	3.34**	197	.48
9. Nejasne, nove situacije	29.44	7.13	21.05	7.14	1.77	196	.25
10. Svakodnevne situacije	22.87	13.99	29.39	12.19	0.02	196	.01

\*\* $p < .01$

Kako bismo bolje prikazali razliku između distribucije rezultata djevojaka i mladića, izračunat je i Cohenov *d*, odnosno veličina efekta. Veličine Cohenovog *d* indeksa pokazuju da se radi o srednje velikim efektima. Rezultati upućuju na statistički značajne razlike između djevojaka i mladića u zastupljenosti psihosomatskih simptoma, ometenosti psihosomatskim

simptomima, suočavanju usmjerenom na emocije te anksioznosti kao crti ličnosti prilikom fizički opasnih situacija. Točnije, na mjeri zastupljenosti psihosomatskih simptoma djevojke su ostvarile značajno viši rezultat od mladića ( $t=2.76$ ,  $ss=207$ ,  $p<.01$ ), baš kao i u ometenosti psihosomatskim simptomima ( $t=3.16$ ,  $ss=207$ ,  $p<.01$ ), što je u skladu s postavljenom hipotezom i prethodnim istraživanjima. Isto tako, djevojčice postižu značajno veći rezultat na subskali suočavanje usmjereno na emocije ( $t=3.52$ ,  $ss=208$ ,  $p<.01$ ). Ovakav rezultat, također je u skladu s postavljenom hipotezom i rezultatima koje nalazimo u literaturi. U subskalama anksioznosti kao crte ličnosti, djevojke su ostvarile značajno viši rezultat u anksioznosti prilikom fizički opasnih situacija ( $t=3.34$ ,  $ss=197$ ,  $p<.01$ ), dok se u ostalim subskalama spolne razlike nisu pokazale.

## Rasprava

Cilj ovog rada bio je ispitati odnos anksioznosti kao crte ličnosti, suočavanja sa stresom i zastupljenosti psihosomatskih simptoma te istražiti eventualne spolne razlike kod adolescenata. Pitanjem učestalosti psihosomatskih simptoma bavili su se mnogi istraživači, no još uvijek nisu dovoljno razjašnjeni odnosi s čimbenicima koji mogu biti povezani s njihovim javljanjem.

Neovisno o uzrocima i kutu promatranja, veza zastupljenosti psihosomatskih simptoma i stresa je dosljedna, no u ovom se istraživanju nastojao provjeriti odnos suočavanja sa stresom i javljanja psihosomatskih simptoma, te se pokazalo kako postoji pozitivna i značajna povezanost između suočavanja usmjerenog na emocije i distrakcije kao oblika izbjegavanja s pojavom psihosomatskih simptoma, što je u skladu s postavljenom hipotezom i prethodnim istraživanjima. Naime, mnoga istraživanja pokazuju da su socijalno, psihičko i tjelesno funkcioniranje dijelom determinirani suočavanjem sa stresom, kao i to da s obzirom na tjelesno zdravlje različiti načini suočavanja mogu biti manje ili više adaptivni (Lazarus i Folkman, 2004).

Iako iz Lazarusove teorije ne proizlazi različita vrijednost strategija, često se strategije usmjerene na emocije smatraju manje zrelim oblicima suočavanja i dobiva povezanost s većom psihološkom uznemirenošću. Kao što se pokazalo i u ovom istraživanju, strategije suočavanja usmjerene na emocije su u većini istraživanja povezane s lošijim pokazateljima prilagodbe na stres, kao što su psihosomatski simptomi i anksioznost (Aldwin i Revenson, 1987; Endler i Parker, 1990; prema Hudek-Knežević i Kardum, 2005). Na primjer, Vulić-Prtorić i Galić (2004) su dobile kako djeca koja uspijevaju emocije eksternalizirati (podijeliti svoje nezadovoljstvo s



drugim prijateljima ili roditeljima, posvađati se, pokušati riješiti taj problem na asertivan način i sl.), imaju manje psihosomatskih simptoma od djece koja te emocije potiskuju. Isto tako, za strategije izbjegavanjem se češće nalazi pozitivna korelacija sa psihopatološkim simptomima poput psihosomatskih simptoma, anksioznosti i depresivnosti (Vulić-Prtorić, 2001, Seiffge-Krenke, 2000, Herman-Stabl, Stemmler i Petersen, 1995; prema Kozjak Mikić i Perinović, 2008), a dugotrajno korištenje ovog načina suočavanja dovodi do razvoja različitih negativnih zdravstvenih ishoda.

Ako želimo shvatiti odnos suočavanje sa stresom-bolest, moramo nastojati opažati ili otkriti procese pomoću kojih ljudi reagiraju na stres i nose se s njima. Lazarus i Folkman (2004) nude tri načina kojima suočavanje može štetno djelovati na zdravlje. Prvo, suočavanje može štetno djelovati na frekvenciju, intenzitet, trajanje i strukturu neurokemijskih stresnih reakcija (1) neuspješnim sprječavanjem ili ublažavanjem nezdravih i štetnih okolinskih uvjeta (npr. neprimjereno suočavanje usmjereno na problem); (2) neuspješnom regulacijom emocionalne neugode izazvane prijetnjom ili povredom izvan mogućnosti kontrole (odnosi se na suočavanje usmjereno na emocije i korištenje nekih neučinkovitih strategija poput udaljavanja ili povlačenja) i (3) izražavanjem životnog stila ili stila suočavanja koji je sam po sebi štetan (npr. tip A je skup vrijednosti i odgovarajućeg životnog stila koji može štetno djelovati na neurokemijske stresne reakcije, a može se smatrati i stilom suočavanja jer osoba na vanjske pritiske i poticaje da bude učinkovita, ambiciozna, kompetitivna i uspješna suočava se određenim stilom koji može povećati rizik od kardiovaskularnih poremećaja). Drugo, suočavanje može, kad uključuje pretjeranu upotrebu štetnih tvari poput alkohola, droga ili duhana, djelovati negativno na zdravlje, povećavajući rizik od obolijevanja. Kao treće objašnjenje navode suočavanje usmjereno na emocije, odnosno inhibicija emocija, koje šteti zdravlju jer ometa prilagodbeno ponašanja povezana sa zdravljem te uzrokuje povišeno autonomno uzbuđenje. Isto tako, negiranje i izbjegavanje mogu umanjiti emocionalnu muku, no istodobno sprečavaju osobu da se bavi problemom koji bi se prikladnom reakcijom mogao riješiti. Naime, Pennebaker (1990; prema Kalebić Maglica, 2007) smatra kako potiskivanje ili zadržavanje neugodnih i bolnih doživljaja i emocija zahtijeva mentalni napor koji povećava razinu doživljaja stresa što se očituje u tjelesnim simptomima i bolestima povezanim sa stresom. Izravno suočavanje (konfrontiranje) sa stresnim događajima ima pozitivne efekte zbog nekoliko razloga. Kao prvo, konfrontiranje smanjuje uzbuđenje i emocionalne reakcije nakon izlaganja prijetećim podražajima. Također, može smanjiti ili ukloniti patološko izbjegavanje i nametljive misli što dovodi do smanjenja neugodnih emocija. I konačno, konfrontiranje sa stresnim iskustvom pomaže pojedincu da shvati taj događaj, odnosno pomaže mu promijeniti originalnu

procjenu negativnoga događaja u puno pozitivniju evaluaciju. Onda se taj događaj percipira smislenijim i pod kontrolom (Kalebić Maglica, 2007). Čini se da neke strategije suočavanja mogu imati zaštitnu ulogu regulirajući negativne emocije povezane sa stresom, dok druge mogu pogoršati efekte stresa i time same postati rizični faktori u nastanku psihosomatskih simptoma (Seiffge-Krenke, 2000). Moguće je da se oni koji imaju više psihosomatskih teškoća više oslanjaju na strategije usmjerene na emocije ili izbjegavanje, što onda podržava njihove poteškoće ili u sebi ne nalaze resurse da se adekvatno suočavaju sa svojim svakodnevnim teškoćama, pa ustraju u korištenju strategija kojima izbjegavaju probleme, ali ih zapravo ne rješavaju.

Isto tako, adolescenti, zbog ograničenog iskustva, mogu imati manje znanja o tome koje su mogućnosti suočavanja sa stresom, za razliku od starijih, koji iz vlastitog iskustva ili poznavajući iskustvo drugih ljudi, znaju da postoji više mogućnosti za rješavanje stresne situacije. Adolescenti nisu imali dosta vremena isprobavati različite mogućnosti, dobiti povratne informacije iz okoline, vježbati vještine u vrlo različitim kontekstima (Šimunović, 2008). U istraživanjima se pokazalo kako u stresnim situacijama koje se mogu kontrolirati, odnosno za koje je osoba procijenila da ih može promijeniti, se osobe više služe suočavanjem usmjerenim na problem, a suočavanje usmjereno na emocije se više rabi u situacijama u kojima osobe ne vide mogućnost, ili vide vrlo malu mogućnost djelovanja na rezultat (Lazarus i Folkman, 2004). Ako uzmemo u obzir da se razumijevanje stresne situacije subjektivno doživljava kao trenutak kontrole, djeca i adolescenti zbog smanjenih mogućnosti razumijevanja stresne situacije su više izloženi svojim emocijama i imaju slabije mogućnosti da se od vlastitih osjećaja distanciraju što potom može dovesti do pojave psihosomatskih simptoma (Kruse, 1991; prema Šimunović, 2008). Odnosno, djeca i adolescenti skloni psihosomatskim reakcijama u stresnim situacijama mogu svoje tjeskobe, strahove i napetosti izražavati tjelesnim putem te se često zbog vlastite emocionalne ili kognitivne nezrelosti ne mogu nositi drugačije nego kroz tjelesne reakcije i poremećaje, stoga se u budućim istraživanjima mogu istražiti i dobne razlike među djecom i adolescentima, ali i razlike u odnosu na starije dobne skupine.

Osim povezanosti pojave psihosomatskih simptoma sa suočavanjem usmjerenim na emocije i distrakcijom, u ovom istraživanju dobivena je pozitivna i značajna korelacija s dimenzijom anksioznosti prilikom socijalne evaluacije. Ovaj rezultat u skladu je s postavljenom hipotezom, iako bi se očekivalo da će i druge dimenzije anksioznosti kao crte ličnosti značajno korelirati sa zastupljenošću psihosomatskih simptoma, budući da se u literaturi često spominje povezanost psihosomatskih simptoma te anksioznosti (Vulić-Prtorić, 2005). Općenito, povišena psihofiziološka reaktivnost često je prisutna kod osoba koje su visoko anksiozne prilikom

socijalne evaluacije. U istraživanju Matthews i sur. (1986; prema Siess, Blechert i Schmitz, 2013) sistolički krvni tlak kod adolescenata bio je povezan s višom socijalnom anksioznošću tijekom zadatka koji se izvodio pred publikom. Naime, stres izaziva osjećaj straha što se manifestira uključivanjem niza bioloških mehanizama koji su u funkciji procjene opasnosti i posljedičnog organiziranja adekvatnog ponašanja u situacijama potencijalne životne ugroženosti. Poznato je da kronični stres dovodi do povišenih razina kortizola, a preveliko izlaganje tom hormonu do oštećenja mnogih sustava u organizmu, kao i do oštećenja sposobnosti negativne sprege hipotalamičko-pituitarno-adrenalne (HPA) osi (McEwen, 1998; McEwen i Steller, 1993; prema Hudek-Knežević i Kardum, 2005). Anksioznost je također regulirana radom HPA osi te njenim krajnjim produktom kortizolom i autonomnim živčanim sustavom. Pri povećanom uzbuđenju dolazi do aktivacije simpatičkog dijela živčanog sustava koji uzrokuje ubrzan rad srca, porast krvnog pritiska, ubrzanje cirkulacije itd. Kada se osoba nalazi u situaciji koja izaziva anksioznost, autonomni živčani sustav povećava djelovanje simpatičkog i smanjuje djelovanje parasimpatičkog živčanog sustava, no pretjerana stimulacija ovih mehanizama kao i funkcionalni deficit u komponentama ovog sustava, može dovesti do patološkog odgovora (Siess, Blechert i Schmitz, 2013).

Kako bi se provjerila druga hipoteza, provedena je hijerarhijska regresijska analiza. Hipoteza je djelomično potvrđena. Varijabla spol se pokazala značajnom u svim koracima. U drugom koraku je značajan prediktor bila anksioznost u svakodnevnim situacijama, međutim uvođenjem suočavanja sa stresom u treći blok ona gubi na važnosti. U posljednjem koraku analize kao značajni prediktori pokazali su se suočavanje distrakcijom i socijalnom diverzijom. Na osnovi korelacija možemo zaključiti kako su viši rezultati na subskali distrakcije povezani s većim brojem psihosomatskih simptoma, odnosno da adolescenti koji imaju više rezultate u suočavanju socijalnom diverzijom, imaju manju zastupljenost psihosomatskih simptoma. Daljnja analiza ukazala je na medijacijski efekt socijalne diverzije u odnosu na anksioznost u svakodnevnim situacijama i zastupljenosti psihosomatskim simptomima na način da je veća anksioznost u svakodnevnim situacijama povezana s nižim rezultatima na mjeri socijalne diverzije, a to je potom povezano s javljanjem većeg broja psihosomatskih simptoma.

Kod socijalne diverzije osoba kroz aktivnosti s drugima izbjegava rješavanje problema, no može tražiti podršku od drugih što je adaptivan odgovor i iznimno važan zaštitni faktor u pogledu stresa (Lazarus i Folkman, 2004). No, „izbjegavajuće“ strategije su često povezane s negativnim ishodom za zdravlje. Distrakcija ili mentalno izbjegavanje koristi se u situacijama kada se bihevioralno izbjegavanje ne može koristiti, a uključuje različite aktivnosti poput sanjarenja, gledanje televizije, itd. Ove aktivnosti služe da distraktiraju osobu od stresora, što

ponekad može biti adaptivan odgovor, no često narušava aktivno suočavanje, jer skreće pažnju s problema, a time i udaljšavanje od rješavanja problema te može dodatno potaknuti poteškoće i imati negativne ishode na zdravlje. Kada adolescent pokušava izbjeći stresnu situaciju ili omesti razmišljanje na nju, to privremeno pridonosi smanjenju anksioznosti ili pojave nekog simptoma, ali s druge strane pogoduje budućim problemima. Moguće je da adolescenti koji imaju više psihosomatskih simptoma ustraju u korištenju ovih strategija, koje zapravo ne rješavaju problemske situacije, a imaju pogrešnu procjenu efikasnosti vlastitog suočavanja. Dok se distrakcija pokazala kao značajan prediktor zastupljenosti psihosomatskih simptoma na način su viši rezultati na mjeri distrakcije povezani s većim brojem psihosomatskih simptoma, socijalna diverzija se pokazala kao zaštitni faktor između anksioznosti i psihosomatskih simptoma. Moguće je da adolescenti koji su anksiozniji u svakodnevnim situacijama, rjeđe stupaju u socijalne interakcije i traže podršku od obitelji i prijatelja te time smanjuju vjerojatnost da ostvare toplije odnose koji bi imali povoljan utjecaj na zdravlje. Kako je suočavanje u vrijeme adolescencije podjednako pod utjecajem osobnih i okolinskih faktora (što uključuje i traženje podrške), od izuzetne je važnosti detaljnije istražiti odnos između anksioznosti, suočavanja sa stresom i javljanja psihosomatskih simptoma.

Za provjeru treće hipoteze tj. postojanje spolnih razlika u suočavanju sa stresom, anksioznosti kao crti ličnosti te zastupljenosti i ometenosti psihosomatskih simptoma korišteni su t-testovi za nezavisne uzorke. Rezultati pokazuju statistički značajne razlike između djevojaka i mladića u zastupljenosti psihosomatskih simptoma, ometenosti psihosomatskim simptomima, suočavanju usmjerenom na emocije te anksioznosti kao crti ličnosti prilikom fizički opasnih situacija. Dobivene spolne razlike, u korist djevojaka, u zastupljenosti i ometenosti psihosomatskih simptoma u skladu s postavljenom hipotezom i prethodnim istraživanjima. Primjerice, Poikolainen i suradnici (1995; prema Petak, Brajša Žganec, 2014) smatraju da su djevojke sklonije psihosomatskim tegobama jer je za ženski spol prihvatljivije da psihički distress izražava kroz tjelesne kanale. Spolne razlike u broju psihosomatskih simptoma dobili su i neki drugi autori npr. Seiffge-Krenke (2000) te Kozjak Mikić i Perinović (2008), no npr. u istraživanju autorice Vulić-Prtorić (2005) nije dobivena statistički značajna spolna razlika u ukupnom rezultatu procjene učestalosti javljanja simptoma, ali su djevojčice imale značajno veći rezultat u 9 od 35 pojedinačnih simptoma. Isto tako, djevojke u ovom istraživanju procjenjuju da ih psihosomatski simptomi značajno više ometaju, što je također u skladu s drugim istraživanjima (npr. Kozjak Mikić i Perinović, 2008). Neki autori smatraju da su zbog implicitnih socijalizacijskih pravila djevojke sklonije od mladića požaliti se na svoje tjelesne i psihičke tegobe, pa su spolne razlike u somatizaciji odraz veće sklonosti djevojaka da

priznaju svoje tegobe, ali ne i odraz stvarnih razlika u doživljavanju somatskih smetnji (Petak, Brajša Žganec, 2014).

U ovom istraživanju djevojke i mladići najviše koriste suočavanje usmjereno na emocije te suočavanje usmjereno na problem, no statistički se značajno razlikuju samo u suočavanju usmjerenom na emocije. Poznavanje spolnih razlika u načinima suočavanja sa stresom važno je zbog nekoliko razloga. Žene i muškarci razlikuju se po mnogim okolinskim, kognitivnim i fiziološkim faktorima vezanim za suočavanje pa poznavanje razlika među njima može pomoći boljem razumijevanju procesa suočavanja općenito. Također, budući da je suočavanje sa stresom povezano i s mentalnim i s tjelesnim zdravljem, spolne razlike mogu pomoći u objašnjenju zašto se muškarci i žene razlikuju u čestini javljanja određenih mentalnih i tjelesnih bolesti (Hudek-Knežević i Kardum, 2005). Istraživanja općenito nalaze značajne spolne razlike u suočavanju usmjerenom na emocije, odnosno pokazuju da ženski ispitanici, u odnosu na muške, češće koriste suočavanjem usmjerenim na emocije (Seiffge-Krenke, 2000; Kozjak Mikić, Perinović, 2008). To su najdosljedniji nalazi kako u literaturi o odraslima, tako i u literaturi o djeci i adolescentima, te su oni u skladu i s rezultatima ovog istraživanja. Jedno od objašnjenja dobivenih rezultata se može odnositi na razlike u procesu socijalizacije između muškaraca i žena, a koje su vezane uz stereotipe i očekivanja društva povezana sa spolnim ulogama. Žene se u većoj mjeri potiču na izražavanje emocija i traženje socijalne podrške (Almeida i Kessler, 1998; Lončarić, 2005; Ptacek, Smith i Zanas, 1992; Rijavec i Brdar, 1997; prema Kalebić Maglica, 2006) za razliku od muškaraca čija uloga u našem društvu uključuje neiskazivanje vlastitih emocija te nepričanje o sebi i svojim problemima. Stereotipna se muška uloga odnosi na nezavisnost i kompetitivnost, dok se stereotipna ženska uloga odnosi na zavisnost, neagresivnost i interpersonalnu orijentaciju, koja ženi “dozvoljava” da izrazi svoje emocije i probleme te da traži pomoć od drugih ljudi. Žene češće od muškaraca traže socijalnu podršku, otvoreno izražavaju emocije, okreću se protiv sebe i samookrivljavaju, a spolne razlike se javljaju i u adolescenciji. Unatoč tome što se žene općenito češće koriste suočavanjem usmjerenim na emocije, nekima od oblika ovog načina suočavanja se češće koriste muškarci, npr. okretanje protiv drugih, izravno smanjenje napetosti, inhibiranje agresivnosti i hostilnih misli te maskiranje emocije (Hudek-Knežević i Kardum, 2005). Za razliku od dobivenih rezultata, Folkman i Lazarus (2004) su zaključili da se, suprotno stereotipnim vjerovanjima, muškarci i žene prilično slično suočavaju, odnosno da nema spolnih razlika kod suočavanja usmjerenog na emocije. Muškarci, doduše, rabe više suočavanja usmjerenog na problem, ali samo na poslu i u situacijama koje moraju prihvatiti te u situacijama koje zahtijevaju dodatne

informacije. Folkman, Lazarus, Pimley i Novacek (1987; prema Folkman i Lazarus, 2004) nalaze da spolne razlike u suočavanju nisu tako izrazite kao dobne razlike. Također, Šimunović (1997) u svom istraživanju nalazi da su adolescenti više od odraslih bili skloni rabiti suočavanje usmjereno na emocije, a odrasli više od adolescenata suočavanja usmjerena na problem. Isto tako, kada su detaljnije analizirali spolne razlike i kada se muški i ženski ispitanici korigiraju za dob, dakle kad se po načinima suočavanja usporede mladići, djevojke, muškarci i žene, spolne se razlike u suočavanju u velikoj mjeri gube.

Kada se govori o spolnim razlikama u korištenju strategija suočavanja usmjerenih na problem, istraživanja ne daju jednoznačne rezultate. Naime, dok rezultati nekih istraživanja upućuju na zaključak da su muškarci, za razliku od žena, skloniji rabiti suočavanje usmjereno na problem (Folkman i Lazarus, 2004), neka druga istraživanja ne nalaze nikakve razlike (npr. Frydenberg i Lewis, 1991) te je takav rezultat dobiven i u ovom istraživanju, ili ih nalaze u korist žena (Seiffge-Krenke, 1992). Iako se u ovom istraživanju pokazalo kako nema spolnih razlika u suočavanju izbjegavanjem, rezultati drugih istraživanja općenito pokazuju da se žene više od muškaraca koriste tim načinom suočavanja. Međutim, čini se da se nekim strategijama izbjegavanja kao što su maštanje, traženje socijalne distrakcije, traženje ugodnih aktivnosti i korištenje sredstava ovisnosti, češće koriste muškarci (Hudek-Knežević i Kardum, 2005), odnosno istraživanja također ne daju konzistentne rezultate.

Dobivena spolna razlika u anksioznosti prilikom fizički opasnih situacija, u skladu je s literaturom. Strah od fizičke ozljede i boli te raznih životinja uobičajeni su za djevojke (Orton, 1982), no očekivalo se da će djevojke postizati statistički značajne rezultate i u drugim dimenzijama anksioznosti kao crte ličnosti. U istraživanjima se navodi kako su djevojčice općenito anksioznije od dječaka, što se objašnjava time da postoji više situacija na koje reagiraju anksioznim simptomima. Isto tako, kulturološki faktori i odgoj izgrađuju različite stavove mladića i djevojaka prema prihvaćanju i priznavanju anksioznosti, a spolne razlike u anksioznosti mogu biti i biološki determinirane (Vulić-Prtorić i Cifrek-Kolarić, 2011). Naime, strahovi od tjelesne povrede karakteristični su u većoj mjeri za srednjoškolsku dob i obuhvaćaju vrlo različite sadržaje kao što su npr. strah me da se ne ozlijedim na tjelesnom; da se ne ozlijedim na neki strašan način; bojim se posjekotina oštrim predmetom; bojim se da ne stradam u prometnoj nezgodi, i sl. Razliku u intenzitetu doživljenih strahova među djevojkama i mladićima mogli bismo objasniti razlikama, kako u psihičkom, tako i fizičkom sazrijevanju. Dok pubertet ima uglavnom pozitivno značenje za dječake jer se osjećaju većima i jačima,

djevojke uglavnom doživljavaju više negativnih aspekata tog razvoja poput problema sa slikom o vlastitom tijelu, smanjenim samopoštovanjem itd. (Vulić-Prtorić, 2002).

Kako se prvi psihosomatski simptomi i poremećaji uglavnom javljaju tijekom djetinjstva i adolescencije, a razmjerno je malo toga poznato o oblicima i rizičnim čimbenicima za razvoj ovih poremećaja u djece i adolescenata, istraživanja o djelovanju stresa na naše zdravlje su vrlo bitna i značajna jer se tim spoznajama povećava i naše znanje o mogućoj prevenciji i tretmanu takvih problema. Isto tako, budući da danas prevladava mišljenje da kod većine bolesti stres ima određenu, više ili manje naglašenu ulogu, te se onda može reći da su one nekim dijelom i psihosomatske, važno je istražiti uzajamno djelovanje bioloških, psiholoških i socijalnih činitelja na njihovu pojavu i razvoj. Rezultati istraživanja nam mogu dati smjernice za smišljanje preventivnih i edukativnih programa o tjelesnom i psihičkom zdravlju. Naime, tjelesne pritužbe su vrlo česti razlozi psihologijske opservacije i tretmana djece i adolescenata, bilo da se radi o simptomima somatizacije, o pripremi za neku medicinsku intervenciju koja izaziva napetost ili strah kod djeteta i njegove obitelji ili pak prilagodbi na kronične bolesti, stoga je posebno značajna pomoć psihologa u slučajevima kod kojih je psihološka prilagodba presudna za razvoj i tijek bolesti (astma, dijabetes, epilepsija i slično). Osim toga, tjelesni simptomi imaju izraženu komorbiditet s većinom internaliziranih poremećaja, posebice anksioznih i depresivnih (Vulić-Prtorić, 2005). Izuzev činjenice da učestale tjelesne smetnje narušavaju zdravlje adolescenata, problematika leži i u njezinoj povezanosti s nepovoljnim razvojnim ishodima i maladaptivnim ponašanjima djece i mladih. Sklonost tjelesnim tegobama tako se povezuje s većom učestalošću emocionalnih i ponašajnih smetnji, s izostancima iz škole i školskim neuspjehom (Campo, Jansen-McWilliams, Comer i Kelleher, 1999; prema Petak i Brajša-Žganec, 2014), tako da učenici kod kojih se javlja veća učestalost psihosomatskih simptoma zahtijevaju kontinuirano praćenje, dodatni angažman i individualizirani pristup od strane stručnih suradnika i nastavnika u školama. Iako još uvijek nisu razjašnjeni učinci niza psiholoških i socijalnih činitelja na pojavu psihosomatskih simptoma, ovo istraživanje daje bolji uvid u odnos anksioznosti kao crte ličnosti, suočavanja sa stresom i zastupljenosti psihosomatskih simptoma te spolnim razlikama u ovim varijablama koje se javljaju kod adolescenata.

### **Implikacije i metodološka ograničenja**

Na kraju treba napomenuti da ovo istraživanje ima i neke nedostatke, a jedan od njih je prigodni uzorak, stoga je mogućnost generalizacije rezultata ovog istraživanja metodološki ograničena. Sljedeći izvor nedostataka su primijenjeni instrumenti, odnosno unutarnju valjanost

ugrožava i način prikupljanja podataka. Na odgovore može utjecati i socijalna poželjnost nekog odgovora kao i razina intimnosti postavljenih pitanja. Ovaj nedostatak pokušao se umanjiti uputom u kojoj je naglašeno da nema točnih i netočnih odgovora, da se odgovori koriste isključivo u istraživačke svrhe, te da je ono anonimno. Isto tako, ograničenje ovog istraživanja su i uvjeti prikupljanja podataka budući da se istraživanje provodilo u manjim razredima s puno učenika, pred kraj školske godine kada se općenito ima manje vremena za izvannastavne sadržaje te je bilo retrospektivno. Na primjer, u upitniku psihosomatskih simptoma sudionike se pita za procjenu pojave svakog simptoma u posljednja tri mjeseca. Također, budući da je istraživanje korelacijskog tipa, na temelju dobivenih rezultata samo utvrdili koje su varijable važne za javljanje psihosomatskih simptoma, ali nam ne omogućavaju zaključivanje o uzročno-posljedičnim vezama. U budućim istraživanjima bi se mogle provjeriti dobne razlike u ispitivanim varijablama te isto tako razlike između gimnazijskih i strukovnih usmjerenja. Osim toga, mogli bi se provjeriti još neki relevantni faktori koji sada nisu uzeti u obzir kao što je interakcija s roditeljima, percepcija efikasnosti korištenih strategija suočavanja itd.

### **Zaključak**

Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako postoji značajna pozitivna korelacija između zastupljenosti i ometenosti psihosomatskim simptomima, suočavanjem usmjerenim na emocije, distrakcijom te s dimenzijom anksioznosti prilikom socijalne evaluacije. Kako bi se ispitalo predviđa li anksioznost kao crta ličnosti i suočavanje sa stresom zastupljenost i ometenost psihosomatskim simptomima, provedene su hijerarhijske regresijske analize. Za zastupljenost psihosomatskim simptomima kao značajni prediktori pokazali su spol, anksioznost u svakodnevnim situacijama te distrakcija i socijalna diverzija. Također, rezultati sugeriraju da je veza anksioznosti u svakodnevnim situacijama i zastupljenosti psihosomatskim simptomima posredovana socijalnom diverzijom. Kao značajni prediktori ometenosti psihosomatskim simptomima pokazali su se spol, anksioznost prilikom socijalne evaluacije, suočavanje usmjereno na emocije i distrakcija. Za provjeru spolnih razlika korišten je t-test za velike nezavisne uzorke, a rezultati upućuju da postoje spolne razlike u zastupljenosti psihosomatskih simptoma, ometenosti psihosomatskih simptoma, suočavanju usmjerenom na emocije te anksioznosti kao crti ličnosti prilikom fizički opasnih situacija, pri čemu djevojke postižu više rezultate, što je u skladu s očekivanim.

### **Literatura**



- Baron, R. M. i Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychology Research. Conceptual, Strategic and Statistical Considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Davison, G.C. i Neale, J.M. (1998). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Endler, N. S., Edwards, J. M., Vitelli, R. i Parker, J. D. A. (1989). Assessment of state and trait anxiety: Multidimensional anxiety scales. *Anxiety Research*, 2(1), 1-14.
- Fuček, I. (2007). *Odnos strukture afekta i multidimenzionalne anksioznosti*. Diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Frydenberg, E., i Lewis, R. (1991). Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence*, 14, 119-133.
- Havelka, M. (1998). *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. (2005). *Stres i tjelesno zdravlje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Kalebić Maglica, B. (2006). Spolne i dobne razlike adolescenata u suočavanju sa stresom vezanim uz školu. *Psihologijske teme*, 15(1), 7-25.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York London: The Guilford Press.
- Koić, O., Filaković, P., Đorđević, V., Koić, E., Požgain, I. i Laufer, D. (2002). Psychosomatic disorders in secondary school students in Osijek. *Acta Clinica Croatica*, 43, 257-267.
- Kozjak Mikić, Z., Jokić Begić, N. i Bunjevac, T. (2012). Zdravstvene teškoće i izvori zabrinutosti tijekom prilagodbe na srednju školu. *Psihologijske teme*, 21(2), 317-336
- Kozjak Mikić, Z. i Perinović, E. (2008). Suočavanje i psihosomatski simptomi u adolescenciji. *Suvremena psihologija*, 11(1), 41-53
- Lacković-Grgin, K. (2000). *Stres u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Lazarus, R. S. i Folkman, S. (2004). *Stres, procjena i suočavanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Nietzel, M. T., Bernstein, D. A. i Milich, R. (2002). *Uvod u kliničku psihologiju*. Jastrebarsko: Naklada Slap
- Orton, G. L. (1982). A comparative study of children worries. *The Journal of psychology*, 110, 153-162.
- Parker, J. D. A. i Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Psychology*, 6, 321-344.
- Petak, A. i Brajša-Žganec, A. (2014). The Somatization Symptoms among Grammar School Students. *Croatian Journal of Education*, 16(4), 1119-1146.

- Santalahti P., Aromaa M., Sourander A., Helenius H. i Piha J. (2005). Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. *Pediatrics*, 115(4), 434-442.
- Seiffge-Krenke, I. (1992). Coping behavior of Finnish adolescents: Remarks on a crosscultural comparison. *Scandinavian Journal of Psychology*, 33, 301-314.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Casual links between stressful events, coping style, and adolescent Symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675-691.
- Siess, J., Blechert, J. i Schmitz, J. (2013). Psychophysiological arousal and biased perception of bodily anxiety symptoms in socially anxious children and adolescents: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23(3), 127-142.
- Sorić, I. (2002). Endlerova skala za procjenu anksioznosti kao crte ličnosti (EMAS-T). U: A. Proroković, K. Lacković Grgin, V. Čubela Adorić i Z. Penezić (ur.), *Zbirka psihologijskih skala i upitnika* (str. 115-122). Zadar: Sveučilište u Zadru.
- Sorić, I. i Proroković, A. (2002). Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama Endlera i Parkera (CISS). U: A. Proroković, K. Lacković Grgin, V. Čubela Adorić i Z. Penezić (ur.), *Zbirka psihologijskih skala i upitnika* (str. 147-151). Zadar: Sveučilište u Zadru.
- Šimunović, V. (1998). Suočavanje adolescenata i odraslih sa svakodnevnim stresnim situacijama. *Društvena istraživanja Zagreb*, 35(3), 317-338.
- Tadinac, M., Jokić-Begić, N., Hromatko, I., Kotrulja, L. i Lauri-Korajlija, A. (2006). Kronična bolest, depresivnost i anksioznost. *Socijalna psihijatrija*, 36(4), 169-174.
- Vulić-Prtorić A. (1997). Koncept suočavanja sa stresom kod djece i adolescenata i načini njegova mjerenja. *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 36(13), 135 – 146.
- Vulić-Prtorić, A. (2002). Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji. *Suvremena psihologija*, 5(2), 271-293.
- Vulić-Prtorić A. (2005). Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente. *Suvremena psihologija*, 8(2), 211-227.
- Vulić-Prtorić, A. i Cifrek-Kolarić M. (2011). *Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Vulić-Prtorić, A., Coha, R., Grubić, M., Lopižić, J. I Padelin, P. (2008). Anksiozna osjetljivost i psihosomatski simptomi u djece i adolescenata. *Klinička psihologija*, 1(2), 7-26
- Vulić-Prtorić, A. i Galić S. (2004). Stres i tjelesni simptomi anksioznosti u djece i adolescenata. *Medica Jadertina*, 34, 5-13