

Suvremena psihologija 7 (2004), 1, 45-64  
Izvorni znanstveni članak – UDK 159.923.3

## **ANKSIOZNOST I DEPRESIVNOST – FENOMENOLOGIJA KOMORBIDNOSTI**

**Anita Vulić-Prtorić i Ivana Macuka**

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

### **Sažetak**

U radu su prikazani rezultati istraživanja kojim se pokušala utvrditi fenomenologija komorbidnosti između simptoma anksioznosti i depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji.

Ispitivanjem je obuhvaćen uzorak od 857 ispitanika, učenika od 5. do 8. razreda osnovne i 1. do 4. razreda srednje škole. Pritom su korišteni mjerni instrumenti za koje su do sada dokazane dobre diferencijalno-dijagnostičke kvalitete, tj. kod kojih postoji manja vjerojatnost pojave sadržajne kontaminacije: Skala depresivnosti za djecu i adolescente SDD (Vulić-Prtorić, 2003a) i Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente SKAD-62 (Vulić-Prtorić, 2003b).

Komorbidnost između anksioznosti i depresivnosti ispitana je na dvije taksonomske razine: razini simptoma i sindroma anksioznosti i depresivnosti. Prema dobivenim rezultatima može se zaključiti da su anksioznost i depresivnost dva odvojena, jasno prepoznatljiva konstrukta među kojima postoji umjerena korelacija i koji kao takvi predstavljaju dvije komponente jednog faktora višeg reda ("negativni afektivitet"). Ovim istraživanjem potvrđen je dvokomponentni model komorbidnosti anksioznosti i depresivnosti. Ujedno je potvrđena pretpostavka da se u slučaju tzv. trofaktorske strukture (tripartitnog modela)- bar kad se radi o djeci- velikim dijelom može raditi o konceptualnoj, a manje empirijskoj osnovi.

**Ključne riječi:** anksioznost, depresivnost, komorbidnost, djeca, adolescenti

Posebna pozornost na području istraživanja u razvojnoj psihopatologiji posvećuje se pojavi komorbidnosti među različitim poremećajima zbog izuzetnih implikacija za formiranje dijagnostičkih kriterija, istraživanje i tumačenje etiologije poremećaja, te za terapijske intervencije (Finch i sur. 1989; Bernstein, 1991; Brady & Kendall 1992; Kendall i Brady, 1995; Swendsen, 1997; Vulić-Prtorić, 2001). Komorbidnost se definira kao prisutnost bilo

kojeg dodatnog poremećaja kod osoba s određenim, dijagnosticiranim poremećajem. O komorbidnosti govorimo u slučajevima kada osoba s jednim oblikom poremećaja udovoljava dijagnostičkim kriterijima i za neki drugi poremećaj.

Komorbidnost je osobito česta kada se radi o poremećajima u djetinjstvu i adolescenciji. Ollendick i Ollendick (1997) navode podatak da preko **50%** ukupnog broja djece koja se javljaju u klinike pokazuju jedan ili više komorbidnih poremećaja. U longitudinalnom istraživanju koje su vodili Richard i Shirley Jessor (1998) utvrđeno je da između 19% i 25% dječaka u dobi od 7 do 14 godina koji pokazuju neke psihološke probleme ima više od 4 komorbidna poremećaja, i da se taj broj povećava u funkciji dobi. Općenito, rezultati epidemioloških istraživanja ukazuju na činjenicu da je u psihopatologiji djetinjstva i adolescencije **komorbidnost pravilo, a ne izuzetak**.

U razvojnoj psihopatologiji do danas su promovirani brojni pristupi u tumačenju prirode komorbidnosti- od onih koji se temelje na etiologiji, pa do pristupa koji komorbidnost tumače isključivo statističkim postupcima.

U suvremenim tumačenjima komorbidnosti **etiološkim uzrocima**, popularne su ideje o **multideterminiranosti i interaktivnosti** prema kojoj psihopatološki fenomeni imaju brojne zajedničke uzroke koji međusobno djeluju jedni na druge i koji se mijenjaju tijekom vremena (prema Wenar, 2003.). Etiologija različitih poremećaja se promatra kroz dobno različito strukturirane biološke, psihološke i socijalne sisteme. Uglavnom se radi o nelinearnoj dinamici razvoja koja se manifestira kroz multifinalnost i ekvifinalnost. *Multifinalnost* znači da različita simptomatologija može proizaći iz jednog etiološkog izvora. Prema principu *ekvifinalnosti* isti simptomi mogu biti rezultat različitih etioloških faktora. Danas su sve češći i nalazi koji upućuju na mogućnost da je u etiologiji nekih internaliziranih poremećaja, kao što je depresija, isti genetski faktor koji se nalazi i u eksternaliziranim poremećajima kao što je npr. asocijalno ponašanje (Zahn- Waxler i sur., 2000).

**Kontekstualni pristup** promoviran u radovima Sameroffa (2000) i njegovim longitudinalnim istraživanjima rezultirao je jednim novim shvaćanjem komorbidnosti. **Sameroff** naime **opisuje komorbidnost kao oblik tzv. multipatologije koja nastaje kada postoji veliki broj rizičnih i mali broj zaštitnih čimbenika u razvoju neke osobe**. U tom smislu veći broj rizičnih faktora ne samo da pridonosi većoj patologiji, već i utječe na njenu kliničku sliku i komorbidnost. Model Bahra Weissa i suradnika (1998) predstavlja jedan od rijetkih pristupa u razvojnoj psihopatologiji koji je usmjeren na tumačenje komorbidnosti na različitim taksonomskim razinama i koji je posebno zanimljiv istraživačima. Prema ovom modelu u ekspresiji nekog sindroma postoje 4 osnovne komponente koje su hijerarhijski ustrojene: 1) **zajednička obilježja** pomoću kojih razlikujemo psihopatološke od normalnih fenomena; 2) **specifična obilježja u širem smislu** omogućuju razlikovanje između većih grupa sindroma i kategorija- uglavnom internaliziranih i eksternaliziranih problema; 3) pomoću **specifičnih obilježja u užem smislu** razlikujemo npr. anksioznost i depresiju, ili depresiju i somatizaciju i sl. 4) **individualne razlike** predstavljaju idiosinkratička obilježja pomoću kojih možemo razlikovati psihopatologiju od normalnosti, ali to nisu obilježja koja se konzistentno javljaju kod većeg broja ispitanika.

Istraživanja komorbidnosti u razvojnoj psihopatologiji najčešće se usmjeravaju na poremećaje koji inače imaju sličnosti u simptomatologiji, poput anksioznih i depresivnih poremećaja. Brady i Kendall (1992) u pregledu radova u kojima se ispituje komorbidnost pokazuju da se u ispitivanim uzorcima djece i adolescenata postotak onih kod kojih je dijagnosticirana i anksioznost i depresivnost kreće od 15.9% (u ispitivanju Andersona i sur. 1987) do 61.9% slučajeva (u ispitivanju Bernstein i Garfinkel, 1986).

U kliničkom uzorku ispitanika u dobi od 7 do 17 godina Gail Bernstein (1991) je utvrdila da se u slučaju depresije kao najčešći komorbidni anksiozni poremećaj javlja separacijska anksioznost i to u 63% ispitanika sa komorbidnim anksiozno-depresivnim poremećajem. Autorica je također uočila da je komorbidnost anksioznosti i depresivnosti kod djece i adolescenata povezana sa značajno izraženijim simptomima i anksioznosti i depresije, što znači da se komorbidna dijagnoza može češće očekivati kod djece s depresivnim, odnosno anksioznim poremećajem.

Temeljno pitanje koje zaokuplja kliničare u do sada prikazanim tumačenjima komorbidnosti je da li su anksioznost i depresivnost dva odvojena entiteta ili bi, s obzirom na utvrđenu visoku međusobnu povezanost, bilo opravdanije govoriti o različitim pojavnim oblicima istog poremećaja. Odgovori na ova pitanja uglavnom razlikuju se s obzirom na taksonomsku razinu na kojoj je analiza u pojedinim istraživanjima vršena, a o čemu se često nije vodilo računa. Stoga se zaključci kreću od onih prema kojima je svako razlikovanje između anksioznosti i depresivnosti ustvari artifično, do onih koji smatraju da se radi o potpuno različitim fenomenima. Prva grupa autora potvrđuje za svoja stajališta nalazi u visokim korelacijama između rezultata na skalama anksioznosti i depresivnosti, visokom prevalencijom komorbidnosti između anksioznih i depresivnih poremećaja, te visokom anksioznosti i depresivnosti kod djece čiji roditelji imaju dijagnozu depresivnog ili paničnog poremećaja. S druge strane, autori koji koriste postupke faktorske analize simptoma na skalama samoprocjene uspijevaju identificirati faktore i simptome specifične posebno za anksioznost i za depresiju (prema Lerner i suradnici, 1999).

Rezultati istraživanja ukazuju na specifične aspekte komorbidnosti anksioznosti i depresivnosti uglavnom grupirane u 4 osnovna oblika (Vulić-Prtorić, 2004):

**1.** Anksioznost i depresivnost se nalaze na jednom kontinuumu na kojem stanje anksioznosti prethodi stanju depresivnosti, ili pak stanje depresivnosti prethodi stanju anksioznosti. U većini slučajeva anksioznost je prethodila depresiji (obratno je primjećeno u slučajevima distimičnog poremećaja). Marie Kovacs i suradnici (1989, prema Finch i sur. 1989) su u uzorku djece i adolescenata s anksioznim i depresivnim poremećajem utvrdili da je u 2/3 slučajeva anksiozni poremećaj prethodio depresivnom. U kliničkom uzorku anksiozne i depresivne djece utvrđeno je da anksioznost može prethoditi, biti istovremena ili slijediti nakon epizode velikog depresivnog poremećaja, ali da općenito slijedi nakon distimičnog poremećaja. Gotlib i Cane (1989) govore o tzv. *sekundarnoj depresiji* kod osoba s anksioznim poremećajem koja se javlja kod osoba koje imaju iskustvo dugotrajne i intenzivne anksioznosti. S vremenom raste i broj problema na planu svakodnevnog funkcioniranja i interpersonalnim relacijama, a posljedično i sve veći broj depresivnih simptoma.

To znači da razlikovanje anksioznih od depresivnih simptoma kod djece može biti od dragocjene pomoći za dijagnostiku anksioznosti kao faktora rizika za kasniji razvoj depresivnih, te miješanog anksiozno-depresivnog poremećaja;

**2.** Anksioznost i depresivnost su odvojeni konstrukti, a visoka povezanost među njima nastaje zbog zajedničkih uzroka koji leže u osnovi.

Prema **dvokomponentnim modelima** anksioznost i depresivnost je moguće razlikovati s obzirom na vrstu afektivnih, kognitivnih, obiteljskih, doživljajnih i fenomenoloških obilježja. Prema **teoriji diferencijalnih emocija** Carroll Izard (prema Gotlib i Cane (1989) anksioznost i depresivnost su kompleksne kombinacije emocija koje leže u osnovi oba fenomena. Iako postoji značajno preklapanje među njima, razlikovanje je moguće

upravo s obzirom na dominantne emocije: u anksioznosti dominantna emocija je strah, dok je u depresiji to tuga, žalost. Tako će npr. anksiozna osoba opisivati svoja stanja anksioznosti u terminima straha, ali i emocijama od manje ili veće važnosti poput ljutnje, krivnje, stida i sl. Depresivna osoba će govoriti o tuzi kao ključnoj emociji, ali također i o ljutnji, samopoštovanju, strahu i dr., kao dodatnim emocijama.

Prema Izardovoj teoriji jasna diferencijacija između anksioznosti i depresivnosti moguća je na osnovnoj (bazičnoj) emocionalnoj razini, ali pri tome treba imati na umu da i te osnovne emocije (u ovom slučaju strah i tuga) visoko međusobno koreliraju -prema Watsonu i Kendallu (1989) ta korelacija iznosi 0.67. To znači da bazične emocije mogu biti razlikovane na ekspresivnoj i fiziološkoj razini, ali će među njima i dalje biti visoka povezanost utvrđena skalama samoprocjene zbog utjecaja istog emocionalnog tona na ta iskustva.

**3. Anksioznost i depresivnost ustvari su dio jednog složenijeg zajedničkog konstrukta** koji je u dijagnostičkom sustavu razdijeljen na umjetan način. Anksioznost i depresivnost se preklapaju u tolikoj mjeri da se ustvari radi o jednom konstrukt s jedinstvenom emocionalnom, kognitivnom i vjerojatno genetičkom podlogom. Unutar ovog modela anksioznost i depresivnost se promatraju u hijerarhijskoj piramidi kao dio veće kategorije koja se u literaturi opisuje pod nazivom *neuroticizam, generalna psihološka potresenost, internalizirani sindrom* (prema Brady i Kendall, 1992).

**U tripartitnom modelu** Davida Watsona i Lee Anne Clark (Clark, 1989; Watson i Kendall, 1989; Watson, Clark i sur. 1995; Watson, Weber i sur. 1995; Bedford, 1997), anksioznost i depresivnost su značajno povezani jer u osnovi i jednog i drugog leži jedan zajednički konstrukt - *negativni afektivitet*. Prema ovom modelu simptomi anksioznosti i depresije se grupiraju u 3 prepoznatljiva klastera:

- nespecifične simptome generalne potresenosti u kojima se ne razlikuju anksioznost i depresija;
- fiziološko uzbuđenje koje je relativno specifično za anksioznost, i
- anhedonija ili niski pozitivni afekt koji je specifičan za depresiju

Anksiozni i depresivni pojedinci imaju visoke rezultate na faktoru koji oni nazivaju *negativni afektivitet*, a koji predstavlja opći faktor subjektivnog doživljaja patnje i nezadovoljstva nastao na osnovi podataka iz skala samoprocjene. Ovaj faktor u sebi uključuje simptome anksioznosti (nervoza, napetost i zabrinutost), depresije (ljutnja, krivnja, tuga) i neuroticizma. Međutim razlikovanje se može provesti upravo s obzirom na drugi faktor - *pozitivni afektivitet*- koji odražava pozitivna emocionalna stanja poput entuzijazma, radosti i energije. Depresija uključuje kombinaciju visokog negativnog afektiviteta i niskog pozitivnog afektiviteta, dok anksioznost uključuje visoki negativni afektivitet i irelevantan pozitivni afektivitet.

Trifaktorska solucija provjerena je do danas u manjem broju istraživanja u uzorcima djece i adolescenata. Rezultati Lerner i suradnika (1999) potvrđuju postojanje razlikovnih, ali i preklapajućih obilježja anksioznosti i depresivnosti prema modelu Clarkove i Watsona. Osim toga autori smatraju da iako su rezultati na skalama anksioznosti i depresivnosti značajno povezani (Pearsonov koeficijent korelacije između rezultata u skali CDI i STAIC u njihovom uzorku iznosio je 0.63), postoji i empirijsko i teorijsko opravdanje da ih se tretira kao odvojene konstrukte.

4. Visoka povezanost između anksioznosti i depresivnosti je rezultat **metodoloških nedostataka skala samoprocjene** anksioznosti i depresivnosti koje imaju slabu konstruktnu i diskriminativnu valjanost.

U dosadašnjim istraživanjima utvrđena je visoka povezanost između rezultata na skalama samoprocjene anksioznosti i depresivnosti koja se kreće od 0.50 do 0.80 bez obzira na ispitivani uzorak (Finch i suradnici 1989; Kendall i Watson, 1989; Ollendick i Yule, 1990; Bernstein i sur., 1996).

Dobson (prema Craig i Dobson, 1995) smatra da je preklapanje među simptomima anksioznosti i depresivnosti uobičajeno, ali da anksiozni i depresivni poremećaji nisu nužno manifestacije jednog poremećaja. Dobivena visoka povezanost uglavnom je posljedica tzv. "sadržajne kontaminacije" tj. sadržajno istih ili sličnih tvrdnji uvrštenih u skale samoprocjene anksioznosti i depresivnosti. U prosjeku 17% čestica u skalama depresivnosti i 11% čestica u skalama anksioznosti procjenjuju zajedničke simptome, a oko 31% čestica u svim analiziranim skalama mjere simptome koji nisu povezani niti s anksioznosti niti s depresivnosti. Osim toga općenito se pokazalo da skale anksioznosti i depresivnosti imaju ograničenu diskriminativnu valjanost i da nisu od neke značajne pomoći u diferencijalnoj dijagnostici.

U provjeri postojanja komorbidnosti među simptomima anksioznosti i depresivnosti prvi cilj ovog istraživanja bio je utvrditi da li će se statističkim postupcima na svim česticama skala anksioznosti i depresivnosti, izdvojiti novi klaster simptoma koji je zajednički jednom i drugom konstrukt. Ukoliko se komorbidnost i visoka korelacija između anksioznosti i depresivnosti ne može objasniti ovakvim "preklapajućim" simptomima provedene analize rezultirat će u već ranije utvrđenim klasterima. Pritom su korišteni mjerni instrumenti za koje su do sada dokazane dobre diferencijalno-dijagnostičke kvalitete, tj. kod kojih postoji manja vjerojatnost pojave sadržajne kontaminacije.

## METODA

### Ispitanici

U ispitivanju je sudjelovalo 857 ispitanika (461 djevojčica i 396 dječaka), učenika od petog do osmog razreda osnovnih (N=404) i prvog do četvrtog razreda srednjih škola (N=453). Istraživanje je provedeno u sklopu znanstvenoistraživačkog projekta *Psihosocijalni aspekti psihopatologije u djetinjstvu i adolescenciji* financiranog od strane Ministarstva znanosti i tehnologije Republike Hrvatske pod brojem 0070012.

U ovom radu prezentiran je samo dio rezultata dobivenih primjenom Skale depresivnosti za djecu i adolescente SDD (Vulić-Prtorić, 2003a) i Skale strahova i anksioznosti za djecu i adolescente SKAD-62 (Vulić-Prtorić, 2003b).

### Instrumentarij

**Skala depresivnosti za djecu i adolescente – SDD** (Vulić-Prtorić, 2003a) sastoji se od 26 tvrdnji koje opisuju različite aspekte depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji. Tvrdnje u Skali odabrane su na osnovi popisa simptoma iz DSM-IV klasifikacije (str. 325-336, 1994.), zatim tvrdnji koje se koriste u različitim psihodijagnostičkim instrumentima za mjerenje depresivnosti i tumačenja simptomatologije depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji, te na temelju rezultata istraživanja na ovom području. Za svaku tvrdnju ponuđen je odgovor u

obliku skale Likertova tipa od 5 stupnjeva pomoću koje ispitanik izražava svoje slaganje, tj. procjenjuje koliko je ponašanje opisano u tvrdnji relevantno za njega: od 1= uopće nije točno, do 5 = da, u potpunosti je točno.

Dosadašnjom primjenom i analizom rezultata dobivenih skalom SDD utvrđena su dobra psihometrijska svojstva ove skale, a unutrašnja pouzdanost tipa Cronbach alfa iznosi 0.895 (Vulić-Prtorić, 2003a.) (tablica 1). Ukupan rezultat na skali određuje se zbrojem rezultata na svim česticama. Veći rezultat ukazuje na izraženiju depresivnu simptomatologiju.

**Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente SKAD-62** (Vulić-Prtorić, 2003b) konstruirana je na temelju rezultata istraživanja, teorijskih opisivanja i tumačenja anksioznosti, postojećih skala, upitnika i strukturiranih intervjua za mjerenje anksioznosti, te opisa anksioznih simptoma, sindroma i poremećaja u DSM-IV klasifikaciji. Skala se sastoji od 62 čestice koje opisuju najčešće strahove, te simptome i sindrome anksioznosti u djetinjstvu i adolescenciji. Skala je konstruirana tako da su simptomi strahovanja i anksioznosti opisani tvrdnjama u skali usklađeni s rezultatima empirijskih i kliničkih istraživanja i uglavnom čine klastere adekvatne kategorijama opisanim u DSM-IV klasifikaciji. Osam subskala u SKAD-62 pokrivaju područje različitih strahova, simptoma i manifestacija anksioznosti: *Skala ispitne anksioznosti, Skala separacijske anksioznosti, Skala socijalne anksioznosti, Skala anksiozne osjetljivosti / paničnih napada / agorafobije, Skala opsesivno – kompulzivnih simptoma, Skala zabrinutosti, Skala tjelesnih simptoma anksioznosti (kompozit), Skala specifičnih strahova i fobija.*

Ispitanici odgovaraju na tvrdnje tako da bilježe svoje odgovore na pripadajućoj ljestvici od 5 stupnjeva procjenjujući koliko je navedena tvrdnja za njih točna: 1=uopće nije točno, 2=uglavnom nije točno, 3=nisam siguran, 4=uglavnom je točno, 5=da, u potpunosti je točno. Koeficijenti unutrašnje konzistencije (Cronbachovi alfa koeficijenti) za pojedine skale utvrđeni su na normativnom uzorku djece i adolescenata i navedeni su u tablici 1.

Prvih sedam aspekata anksioznosti opisano je u 61 tvrdnji na koje ispitanici odgovaraju tako da bilježe svoje odgovore na pripadajućoj ljestvici od 5 stupnjeva, dok se strahovi i specifične fobije u skali SKAD-62 ispituju posljednjim, 62. pitanjem otvorenog tipa koje se sastoji od 2 dijela: *Postoji li nešto čega se jako bojiš? Napiši što je to:* Ukoliko je ispitanik na ovo pitanje odgovorio potvrdno, od njega se traži da odgovori i na sljedeće pitanje: *Koliko često osjetiš taj strah?* I to tako da prekriži jedan od tri ponuđena odgovora: *ponekad, često i skoro uvijek.* Odgovor *Ponekad* donosio je 1 bod, odgovor *Često* 2 boda, a odgovor *Skoro uvijek* 3 boda. Dobiveni rezultati obrađuju se kvalitativno ili usporedbom s rezultatima dobivenim na normativnom uzorku

Tablica 1. Osnovni statistički pokazatelji za Skalu depresivnosti SDD i subskale iz Skale strahova i anksioznosti SKAD-62

<i>Skala</i>	<i>Kratica</i>	<i>Broj tvrdnji</i>	<i>raspon</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Cronbach alfa</i>
<i>Depresivnost</i>	<b>SDD</b>	26	26-130	54,81	16,47	0,895
<i>Ispitna anksioznost</i>	<b>ISP</b>	11	11-55	26,07	9,25	0,868
<i>Socijalna anksioznost</i>	<b>SOC</b>	10	10-49	23,0	7,53	0,817
<i>Separacijska anksioznost</i>	<b>SEP</b>	11	11-53	23,2	7,87	0,812
<i>Opsesivno-komp.simpt.</i>	<b>OPKO</b>	8	8-40	18,9	5,50	0,674
<i>Anksiozna osjetljivost</i>	<b>APA</b>	12	12-60	20,6	6,97	0,801
<i>Zabrinutost</i>	<b>ZAB</b>	9	9-45	24,3	8,22	0,863
<i>Anksioznost (ukupni rezultat)</i>	<b>ANKS</b>	61	61-275	136,3	36,02	0,946

### Postupak

Upitnici su primijenjeni grupno u vrijeme održavanja redovite nastave. Upitnike su primijenili školski psiholog i apsolvant psihologije, a prema uputama opisanim u priručniku za primjenu SDD (Vulić-Prtorić, 2003a) i SKAD-62 (Vulić-Prtorić, 2003b). Prije primjene upitnika svim je ispitanicima pročitana uputa o načinu popunjavanja upitnika. Zadatak ispitanika bio je da nakon što pročitaju svaku tvrdnju zaokruže odgovarajući broj s desne strane ispod odgovora koji su odabrali, a na posljednje pitanje u SKAD-62 da odgovor upišu u za to predviđen prostor.

### REZULTATI I DISKUSIJA

Visoki koeficijenti unutrašnje pouzdanosti za svaku subskalu koja mjeri određenu dimenziju (Cronbach alfa od 0,674 do 0,868 za anksioznost, te 0,895 za depresivnost) ukazuju na stabilnost i sigurnost da utvrđene grupe simptoma predstavljaju u velikoj mjeri interpretabilne dimenzije. Stoga je u provjeri postojanja komorbidnosti među simptomima anksioznosti i depresivnosti prvi cilj bio utvrditi da li će se ponovljenim statističkim postupcima na svim česticama skala anksioznosti i depresivnosti zajedno, izdvojiti novi klaster simptoma koji su zajednički jednom i drugom konstrukt. Ukoliko se komorbidnost i visoka korelacija između anksioznosti i depresivnosti ne može objasniti ovakvim

"preklapajućim" simptomima, ponovljene analize rezultirat će u već ranije utvrđenim klasterima. U analizi podataka korišteni su postupci faktorske analize, analize čestica i korelacije. Radi se o postupcima koje preporučuju autori koji istražuju komorbidnost u razvojnoj psihopatologiji na različitim taksonomskim razinama (Boyd i Gullone, 1997; Cole i sur. 1997; Lerner i sur. 1999; Chorpita i suradnici, 2000).

Na matrici korelacija svih čestica anksioznosti i depresivnosti zajedno (ukupno 87 čestica- 26 čestica iz skale SDD i 61 iz skale SKAD-62) provedena je faktorska analiza na zajedničke faktore. Dobiveno je 7 faktora (Guttman Kaiserov kriterij ekstrakcije faktora s eigen vrijednosti većom od 1 i Cattellov scree-test) koji zajedno objašnjavaju 36% zajedničke varijance. Na 1. faktoru zadovoljavajuće zasićenje ( $>0.30$ ) imale su dominantno čestice skale *Depresivnosti*, na 2. faktoru čestice iz subskele *Ispitne anksioznosti*, na 3. faktoru čestice skala *APA i OPKO*, na 4. faktoru *Zabrinutosti*, na 5. faktoru *Socijalne anksioznosti*, na 6. čestice *APA i Separacijske anksioznosti*, a na posljednjem 7. faktoru čestice *Separacijske anksioznosti*. Na temelju provedene analize može se zaključiti da su se u višefaktorskoj soluciji sve čestice skale anksioznosti uglavnom grupirale u već ranije utvrđene klaster, dok su čestice skale depresivnosti činile jedan odvojeni klaster. Ono što nije rezultiralo iz provedenih analiza to je jedan klaster zajedničkih simptoma anksioznosti i depresivnosti. U tom smislu jedino su interesantne 2 čestice iz skale SDD koje imaju visoko zasićenje na 6. faktoru. Radi se o čestici broj 5. *Lako se rasplačem* i broj 7. *Događa mi se da se rasplačem kada čujem neku tužnu pjesmu* koje imaju visoko zasićenje na faktoru koji opisuju tvrdnje iz skale separacijske anksioznosti, opsesivnih misli i tjelesnih simptoma anksioznosti.

Stoga se komorbidnost u slijedećem koraku pokušala provjeriti konfirmatornom faktorskom analizom. S ciljem da se utvrdi da li se komorbidnost može objasniti dvokomponentnom ili trikomponentnom faktorskom solucijom, a u skladu s teorijskim modelima, na matrici korelacija između svih čestica skala anksioznosti i depresivnosti zajedno provedena je faktorska analiza na 3 zadana faktora (tablica 2.).



Tablica 2 Rezultati faktorske analize čestica skale depresivnosti SDD i skale anksioznosti SKAD-62 (N=857)

skala	TVRDNJE	F1	F2	F3	h <sup>2</sup>
SDD	Imam osjećaj da sam beskoristan		<b>0,675</b>		0,542
SDD	Izgubio sam vjeru u ljude		<b>0,659</b>		0,445
SDD	Događa mi se da poželim da svemu dođe kraj i da me više nema		<b>0,641</b>		0,462
SDD	Sve mi ide naopako		<b>0,640</b>	0,362	0,544
SDD	Osjećam da mi je svega dosta		<b>0,633</b>		0,477
SDD	Izgubio sam nadu u budućnost		<b>0,614</b>		0,420
SDD	Osjećam kao da nemam volje ni za što		<b>0,607</b>		0,443
SDD	Želio bih da mogu prespavati ovaj dio svog života		<b>0,599</b>		0,431
SDD	Izgubio sam interes za druženje s drugima		<b>0,527</b>		0,305
SDD	Izgubio sam interes za hobije kojima sam se bavio		<b>0,524</b>		0,292
SDD	Teško se mogu razveseliti		<b>0,514</b>		0,317
SDD	U usporedbi s drugima mislim da sam uglavnom neuspješan		<b>0,502</b>	0,412	0,426
SDD	Glupo je da se čovjek čitav život trudi i radi kad će na kraju ionako umrijeti		<b>0,443</b>		0,226
SDD	Osjećam se nesposobnim da sam donosim odluke		<b>0,378</b>	0,337	0,289
SDD	Događa mi se da plačem u snu	0,324	<b>0,363</b>		0,257
SDD	Brzo se umaram		<b>0,353</b>		0,206
SDD	Kad imam nekih problema najrađe šutim		<b>0,338</b>		0,183
SDD	Kad mi se događaju loše stvari doživljavam to kao nekakvu kaznu		<b>0,325</b>	0,392	0,289
SDD	Događa mi se da navečer ne mogu zaspati		<b>0,315</b>		0,177
SDD	Kad sam tužan ne mogu ostati miran već moram raditi bilo što				0,119
SDD	Lako se rasplačem				0,182
SDD	Događa mi se da se rasplačem kad čujem neku tužnu pjesmu	0,330			0,217
SDD	Kad sam tužan imam jaku potrebu da jedem iako nisam gladan				0,194
SDD	Događa mi se da me noću svaki šum budi	0,378			0,205
SDD	Kad god sam tužan govorim tiho			0,317	0,189
SDD	Sam sam kriv za loše stvari koje mi se događaju				0,141
SEP	Kad su tata ili mama na putu te noći ne mogu dugo	<b>0,594</b>			0,397

	zaspati jer brinem za njih				
<b>SEP</b>	Brinem se da bi me netko mogao oteti	<b>0,579</b>			0,353
<b>SEP</b>	Postajem vrlo nervozan kad moram ostati sam kod kuće	<b>0,560</b>			0,339
<b>SEP</b>	Kad mama i tata nekud oputuju brinem da se možda neće vratiti	<b>0,530</b>			0,294
<b>SEP</b>	Proganja me pomisao da bi netko iz moje obitelji mogao nastradati	<b>0,507</b>			0,356
<b>APA</b>	Događa mi se da mi je tako mučno da se uplašim kako bih mogao umrijeti	<b>0,501</b>			0,341
<b>APA</b>	Kad me zaboli stomak pomislim da se trebam što prije javiti doktoru	<b>0,492</b>			0,257
<b>SEP</b>	Kad pomislim da moram sam nekuda otići obuzme me strah	<b>0,483</b>			0,381
<b>SEP</b>	Brinem se da bi se nešto loše moglo dogoditi mojoj majci ili ocu.	<b>0,475</b>			0,279
<b>OPKO</b>	Događa mi se da ne mogu jesti negdje van moje kuće jer stalno mislim da bih se mogao otrovati	<b>0,468</b>			0,235
<b>ZAB</b>	Kad se trebam pokazati pred vršnjacima unaprijed se brinem što će misliti o meni	<b>0,464</b>			0,329
<b>APA</b>	Kada osjetim nemir u stomaku zabrinem se da bih mogao biti ozbiljno bolestan	<b>0,453</b>			0,239
<b>SEP</b>	Kad odem nekuda brine me što se događa kod kuće dok mene nema	<b>0,442</b>			0,208
<b>SEP</b>	Bojim se noću ostati sam kod kuće	<b>0,430</b>			0,211
<b>ISP</b>	Događa mi se da mi je prije pisanja testa toliko mučno da mi se povraća	<b>0,424</b>			0,283
<b>OPKO</b>	Kad strahujem da će se nešto loše dogoditi moram ponavljati u sebi određene riječi ili brojeve kako bih spriječio da se to dogodi	<b>0,418</b>			0,229
<b>SEP</b>	Brinem se kada sam okružen ljudima koje ne poznajem	<b>0,413</b>			0,318
<b>APA</b>	Događa mi se da sam toliko nervozan da mi se vrti u glavi	<b>0,408</b>			0,308
<b>APA</b>	Događa mi se da dišem ubrzano i nepravilno bez nekog razloga za to	<b>0,398</b>	0,312		0,301
<b>APA</b>	Bojim se biti u malim, zatvorenim prostorima	<b>0,396</b>			0,197
<b>OPKO</b>	Događa mi se da moram stalno ponavljati neke postupke – na primjer prati ruke premda nisu prljave, čistiti, stavljati stvari u određeni red, i slično	<b>0,375</b>			0,189
<b>APA</b>	Kad mi se zavrti u glavi odmah pomislim da ću se onesvijestiti	<b>0,372</b>			0,232

<b>OPKO</b>	Moram nešto učiniti točno na određen način kako bih izbjegao da se dogodi nešto loše	<b>0,367</b>			0,181
<b>APA</b>	Kada osjetim da mi srce ubrzano kuca zabrinem se da bih mogao doživjeti srčani udar	<b>0,358</b>			0,165
<b>SEP</b>	Kad trebam otputovati od kuće, pa makar i na kratko, osjećam napetost u želucu	<b>0,356</b>			0,218
<b>ISP</b>	Kada imamo pismeno ispitivanje u školi najčešće već na početku znam da to ipak neću dobro uraditi		0,307	<b>0,450</b>	0,341
<b>ISP</b>	Čim nastavnik prozove moje ime osjećam kao da me cijelog oblio znoj			<b>0,638</b>	0,482
<b>ISP</b>	Uvijek sam napet prije nekog pismenog ispitivanja u školi			<b>0,626</b>	0,412
<b>ZAB</b>	Brinem se što će drugi ljudi misliti o meni			<b>0,621</b>	0,413
<b>ISP</b>	Za vrijeme pismenog ispitivanja u školi često zaboravim i stvari koje sam prije toga dobro naučio			<b>0,617</b>	0,354
<b>ZAB</b>	Brinem se da bih mogao nešto pogrešno učiniti			<b>0,616</b>	0,485
<b>ZAB</b>	Brinem se da kod drugih ne ostavim loš dojam			<b>0,615</b>	0,415
<b>ZAB</b>	Strahujem da ne napravim neku grešku	<b>0,307</b>		<b>0,609</b>	0,509
<b>SOC</b>	Mislim da bih bio puno popularniji među vršnjacima da nisam toliko prestrašen			<b>0,606</b>	0,444
<b>APA</b>	Plaši me i sama pomisao da mi srce počne brže lupati			<b>0,602</b>	0,423
<b>ISP</b>	Vjerujem da bi u školi bio puno uspješniji da se toliko ne bojim pismenih i usmenih ispitivanja			<b>0,602</b>	0,411
<b>ZAB</b>	Kad nešto radim nisam siguran je li to dobro dok mi to netko drugi ne kaže			<b>0,568</b>	0,434
<b>ISP</b>	Još dok se dijele bilježnice za školske zadaće i testovi, srce mi počne jako lupati			<b>0,551</b>	0,383
<b>ISP</b>	Kad se piše školska zadaća ili test često griješim jer se previše bojim			<b>0,548</b>	0,403
<b>ZAB</b>	Kad mi nešto dobro uspijeva uplašim se da ću napraviti nešto što će to pokvariti			<b>0,547</b>	0,412
<b>SOC</b>	U društvu vršnjaka bih htio nešto reći, ali se bojim da ću reći nešto glupo			<b>0,540</b>	0,399
<b>ISP</b>	Ponekad mi se čini da drugi u razredu mogu sve učiniti bolje od mene		0,356	<b>0,518</b>	0,427
<b>SOC</b>	Izbjegavam situacije u kojima moram nešto govoriti pred drugima jer bi mogli primijetiti kako mi glas podrhtava			<b>0,505</b>	0,388
<b>ZAB</b>	Brinem se što će biti sa mnom kad odrastem			<b>0,485</b>	0,304
<b>SOC</b>	Mislim da bih se na tulumima puno bolje zabavljao da nisam toliko nervozan			<b>0,482</b>	0,325

<b>SOC</b>	Kad sam u središtu pažnje pocrvenim ili mi se ruke počnu znojiti			<b>0,446</b>	0,229
<b>SOC</b>	Bio bih vrlo nervozan da moram govoriti pred većim brojem vršnjaka ili odraslih			<b>0,432</b>	0,209
<b>OPKO</b>	Osjećam potrebu da neke predmete, igračke, knjige i slično, slažem uvijek po određenom rasporedu			<b>0,424</b>	0,236
<b>SOC</b>	Kad bih htio priopćiti simpatije nekoj osobi suprotnog spola sav bih se zbunio			<b>0,389</b>	0,173
<b>ZAB</b>	Brinem se zbog grešaka koje sam napravio u prošlosti		0,300	<b>0,379</b>	0,287
<b>OPKO</b>	Događa mi se da previše mislim o nekim stvarima premda to ne želim			<b>0,375</b>	0,222
<b>APA</b>	Bojim se biti na mjestima gdje je velika gužva	0,298		<b>0,367</b>	0,254
<b>SOC</b>	Na proslavi rođendana najčešće šutim jer mi je neugodno govoriti pred drugima			<b>0,359</b>	0,228
<b>SOC</b>	Osjećam se neugodno u društvu nepoznatih osoba			<b>0,344</b>	0,178
<b>ISP</b>	Prije odlaska u školu osjećam mučninu			<b>0,279</b>	0,198
<b>APA</b>	Zbog misli koje me opterećuju uplašim se da bih mogao poludjeti	0,292	0,417		0,303
<b>OPKO</b>	Događa mi se da moram po nekoliko puta provjeravati da li sam nešto ispravno učinio, na primjer ugasio svjetlo, zaključao vrata i slično	0,280			0,144
<b>OPKO</b>	Ima misli koje mi padaju na pamet, a kojih bi se htio riješiti				0,169
<b>SOC</b>	Izbjegavam situacije u kojima se moram s nekim upoznati				0,153
<b>ISP</b>	Kad sam slabo pripremljen za neki ispit ili test uzrujavam se i ne mogu pokazati niti ono malo što znam				0,136
<b>APA</b>	Događa se da mi srce ubrzano kuca bez nekog razloga za to				0,174

Prema dobivenim rezultatima pokazalo se da, premda postoji djelomično preklapanje između čestica skala depresivnosti i anksioznosti, može se reći da se radi o odvojenim konstruktima. Utvrđena su 3 faktora: na prvom faktoru zadovoljavajuće zasićenje imaju čestice iz skala *Separacijske anksioznosti*, *Anksiozne osjetljivosti- paničnih napada- agorafobije*, te *Opsesivno-kompulzivnih simptoma*, na drugom *Depresivnosti*, a trećem *Socijalne i Ispitne anksioznosti*, te *Zabrinutosti*. Slične rezultate opisuje Lee Anna Clark (1989) u pregledu faktorsko analitičkih istraživanja komorbidnosti. Autorica kaže da kada su u faktorsku analizu ulazile skale anksioznosti i depresivnosti koje su se temeljile na specifičnim simptomima rezultat je obično bila dvofaktorska solucija (faktor anksioznosti i faktor depresivnosti), a ako je uz to postojao veći broj čestica tjelesnih simptoma, one su obično činile jedan zasebni faktor.

U slučajevima kada je faktorskim analizama izlučen jedan zajednički faktor obično je uzrok tome bio velik broj čestica koje opisuju općenito poremećaj raspoloženja i/ili u većoj mjeri simptome zajedničke anksioznosti i depresivnosti. U takvim slučajevima dobiveni faktor predstavljao je dimenziju negativnog afektiviteta prema modelu Watsona i Clarkove, odnosno neuroticizam prema Eysenckovom modelu (prema Richman i Sallee, 1996).

S obzirom da 5 čestica anksioznosti (od ukupno 61) i čak 8 čestica depresivnosti (od ukupno 26) imaju zasićenje na obje dimenzije možemo zaključiti da simptomi depresivnosti objašnjavaju i anksioznost, ali simptomi anksioznosti u manjoj mjeri sadrže u sebi depresivna obilježja.

Nakon dodatnih analiza ovi rezultati mogli bi razjasniti odnos između anksioznosti i depresivnosti u smislu redoslijeda pojavljivanja, te procjene patogenosti simptomatologije. Neki autori smatraju da anksioznost prethodi depresivnosti, te da se stoga u kliničkoj slici depresivnosti, pogotovo blažih oblika, može prepoznati i veći broj simptoma anksioznosti. S druge strane u većini slučajeva je utvrđeno da se simptomi depresivnosti doživljavaju mnogo ozbiljnijima i težima od simptoma anksioznosti i to kako od strane djeteta, tako i u procjenama roditelja i učitelja (prema Kendall i Brady, 1995). Depresivni pacijenti općenito procjenjuju svoju simptomatologiju mnogo težom od anksioznih pacijenata što se reflektira u njihovoj procjeni na skalama depresivnosti, ali i anksioznosti (prema Clark, 1989).

Dobiveni rezultati u skladu su s dvokomponentnim modelom komorbidnosti prema kojem su anksioznost i depresivnost dva konstrukta koja je empirijskim postupcima moguće razlikovati, ali među kojima također postoji značajna povezanost. Priroda ovih odnosa bit će jasnija nakon provedenih analiza na slijedeće dvije taksonomske razine.

### **Komorbidnost među sindromima**

Prvi korak u provjeri prirode odnosa između klastera anksioznosti i depresivnosti bio je utvrđivanje veličine povezanosti između dimenzija ova dva konstrukta. U tu svrhu izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije između rezultata na subskalama anksioznosti i depresivnosti (Tablica 3). Također je izračunat postotak ispitanika koji u ovom uzorku postiže u obje skale rezultat iznad kritične vrijednosti (*cutoff score*). U ovom istraživanju korišten je kriterij jedne standardne devijacije ( $M+1SD$ ) za određivanje kritičnog rezultata. Ovaj kriterij se u sličnim istraživanjima pokazao najpouzdaniji u određivanju donje granice ozbiljno depresivne odnosno anksiozne djece (Nolen-Hoeksema i sur. 1992; Nelson i sur. 1987). Nolen-Hoeksema i sur. (1992) su utvrdili da na skali CDI rezultat iznad ili jednak kritičnoj vrijednosti dobivenoj pomoću ovog kriterija postižu sva djeca s dijagnozom afektivnog poremećaja.

Tablica 3. Korelacije između rezultata u skali depresivnosti SDD i rezultata u skalama anksioznosti SKAD-62 (N=857), te postotak ispitanika koji u **obje** skale postižu rezultat na razini i iznad kritičnog rezultata

Kratica	SUBSKALA	SDD	Broj (%) ispitanika koji u <b>obje</b> skale postižu rezultat na razini i iznad kritične vrijednosti (M+1SD)
<i>ISP</i>	<i>Ispitna anksioznost</i>	0,61	73 (8.52)
<i>SOC</i>	<i>Socijalna anksioznost</i>	0,57	62 (7.23)
<i>SEP</i>	<i>Separacijska anksioznost</i>	0,47	45 (5.25)
<i>OPKO</i>	<i>Opsesivno- komp.simpt.</i>	0,51	53 (6.18)
<i>APA</i>	<i>Anksiozna osjetljivost</i>	0,63	68 (7.93)
<i>ZAB</i>	<i>Zabrinutost</i>	0,64	80 (9.33)
<i>ANKS</i>	<i>Anksioznost (ukupni rezultat)</i>	0,72	78 (9.10)

Svi koeficijenti korelacije su značajni  $p < 0.05$

Iz Tablice 3. može se vidjeti da postoji značajna, pozitivna korelacija između svih dimenzija anksioznosti i depresivnosti.

Komorbidnost se danas proučava uglavnom na razini sindroma, a manje na razini simptoma i kategorija. Razlog je tome što s jedne strane niti jedan simptom nije patogen samo za jedan poremećaj, a s druge strane poremećaji predstavljaju složene kategorije unutar kojih sindromi i dimenzije imaju različite relacije među sobom, ali i u odnosu sa sindromima iz drugih kategorija. Tako su Norvell i suradnici (1985, prema Finch i sur. 1989) utvrdili da se na različitim taksonomskim razinama dobivaju i različiti pokazatelji povezanosti između anksioznosti i depresivnosti. Između anksioznosti i depresivnosti izražene ukupnim rezultatima na skalama utvrđene su visoke korelacije (do 0.80, ili čak i veće), između klastera anksioznosti i depresivnosti osrednje do visoke korelacije, a još niže na razini simptoma. U ovom istraživanju korelacija između anksioznosti i depresivnosti (ukupni rezultat) iznosi 0.72, između klastera anksioznosti i depresivnosti od 0.47 do 0.64, dok na razini simptoma (među česticama anksioznosti i depresivnosti) korelacije se kreću u rasponu od 0,01 do 0,45.

Najviše korelacije utvrđene su između *Zabrinutosti* i *Depresivnosti* ( $r=0.64$ ), te *APA* i *Depresivnosti* ( $r=0.63$ ). Skala *APA* sastoji se od 12 tvrdnji koje opisuju simptome anksiozne osjetljivosti, sklonosti paničnim napadima i agorafobiji. Anksiozna osjetljivost je definirana kao strah od javljanja anksioznih i tjelesnih simptoma povezanih s anksioznošću, a koji proizlazi iz uvjerenja da anksioznost i s njom povezane tjelesne senzacije mogu imati negativne tjelesne, psihološke i socijalne posljedice. Anksioznu osjetljivost opisuju tvrdnje poput *Kada osjetim da mi srce ubrzano kuca zabrinem se da bih mogao doživjeti srčani udar* ili *Kada osjetim nemir u stomaku zabrinem se da bih mogao biti ozbiljno bolestan*, sklonost paničnim napadima tvrdnje *Događa se da mi srce ubrzano kuca bez nekog razloga za to*, te agorafobija *Bojim se biti na mjestima gdje je velika gužva*. Upravo ovako operacionalizirane

tvrdnje u skali APA objašnjavaju i visoku povezanost između rezultata dobivenih u toj skali i rezultata u skali SDD.

Visoka povezanost između tjelesnih simptoma i depresivnosti dobivena je i u istraživanjima na kliničkim i nekliničkim uzorcima. Bernstein i suradnici (1997) su utvrdili da se kod djece s komorbidnim anksiozno- depresivnim poremećajem simptomi tjelesne anksioznosti povećavaju s povećanjem intenziteta depresivnosti, a neovisno o anksioznosti. Autori smatraju da upravo tjelesni simptomi samostalno ili u kombinaciji s nekim oblikom poremećaja u ponašanju mogu biti upozorenje za anksiozno- depresivni poremećaj koji slijedi.

Koeficijenti korelacije u ovom istraživanju ukazuju na značajnu povezanost između pojedinih oblika anksioznosti i depresivnosti, no budući da je ta korelacija manja od 0.70 možemo zaključiti da rezultati u ovom istraživanju pokazuju da se ipak radi o dva odvojena konstrukta. Precizniji uvid u prirodu ove povezanosti na razini klastera pokušao se u daljnjoj analizi dobiti faktorskom analizom drugog reda subskala anksioznosti i depresivnosti.

Rezultati provedene faktorske analize (metoda zajedničkih faktora) prikazani su u Tablici 4. Svih 6 subskala anksioznosti i depresivnosti imaju visoka, značajna (>0.60) zasićenja na jednom zajedničkom faktoru drugog reda koji objašnjava 56% ukupne varijance. Visoke saturacije svih varijabli na generalnom faktoru ukazuju na postojanje jednog konstrukta koji je hijerarhijski postavljen iznad ovih 6 dimenzija i koje su s njim u visokoj korelaciji. Po svom sadržaju taj zajednički konstrukt dijelom opisuje *negativni afektivitet ili faktor internaliziranih simptoma*.

Tablica 4. Rezultati faktorske analize drugog reda  
subskala anksioznosti i depresivnosti (N=857)

SKALA	faktorska zasićenja	H <sup>2</sup>
<i>Depresivnost</i>	<b>0,756</b>	<b>0,572</b>
<i>Ispitna anksioznost</i>	<b>0,787</b>	<b>0,619</b>
<i>Socijalna anksioznost</i>	<b>0,732</b>	<b>0,535</b>
<i>Separacijska anksioznost</i>	<b>0,706</b>	<b>0,498</b>
<i>Opsesivno- komp.simpt.</i>	<b>0,694</b>	<b>0,482</b>
<i>Anksiozna osjetljivost</i>	<b>0,783</b>	<b>0,613</b>
<i>Zabrinutost</i>	<b>0,815</b>	<b>0,664</b>
<b>Karakteristični korijen:</b>	<b>3,983</b>	
<b>%</b>	<b>56,91</b>	

## ZAKLJUČAK

Komorbidnost se u ovom radu opisuje kao povezanost i istovremeno postojanje simptoma anksioznosti i depresivnosti. Pri tom treba imati na umu da preklapanje između konstrukata ne znači da su ti konstrukti nevaljani. Naprotiv, ispitivanje prirode komorbidnosti može značajno pridonijeti razumijevanju i konceptualizaciji zajedničkih i specifičnih obilježja psihopatoloških fenomena (Weiss i sur. 1998).

Komorbidnost između anksioznosti i depresivnosti ispitana je na 2 taksonomske razine (razini simptoma i sindroma anksioznosti i depresivnosti).

Pokazatelji povezanosti izraženi su Pearsonovim koeficijentom korelacija između anksioznosti i depresivnosti na 2 taksonomske razine. Najmanja povezanost utvrđena je na najnižoj razini- među simptomima, a veća između anksioznosti i depresivnosti opisane ukupnim rezultatom na pojedinim skalama. Dobiveni rezultati idu u prilog postavkama da su anksioznost i depresivnost značajno povezani bez obzira na metodološke probleme, iz jednostavnog razloga što su oba konstrukta negativna afektivna stanja koja u sebi nose određene razine subjektivne neugode.

S obzirom na hijerarhijski ustroj možemo govoriti o sličnostima između anksioznosti i depresivnosti, ali s obzirom na obilježja pojedinih taksonomskih razina ova dva konstrukta su gotovo neusporediva. Kao klinički entitet anksioznost se opisuje kroz 8 različitih i prepoznatljivih dijagnostičkih kategorija: panični poremećaj i agorafobija, separacijska anksioznost, generalizirani anksiozni poremećaj, specifična fobija, socijalna fobija, opsesivno - kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj i akutni stresni poremećaj (DSM-IV, 1996). Svaki od ovih 8 poremećaja opisuje određeni broj specifičnih simptoma, različit je njihov tijek kao i prevalencija djece koja pokazuju simptome određenog poremećaja. Za razliku od anksioznosti depresivnost se u kliničkim terminima opisuje najčešće u 2 glavne kategorije - distimični poremećaj i veliki depresivni poremećaj. Ta dva poremećaja je vrlo teško identificirati empirijskim postupcima jer se opisuju istom simptomatologijom, a razlikuju se s obzirom na vremenske pokazatelje (vrijeme javljanja, dužinu trajanja, ponovno javljanje i sl.).

U ovom istraživanju na uzorku od 857 ispitanika između tih varijabli utvrđena je pozitivna i osrednja, ali statistički značajna povezanost: Pearsonov koeficijent korelacije iznosi od 0.47 do 0.64 ( $p < 0.05$ ). Premda se moglo očekivati da će povezanost između ovih varijabli biti veća, treba imati na umu da one opisuju iste aspekte doživljavanja (kognitivni, bihevioralno, tjelesni i emocionalni), ali da se ti aspekti kod depresivne i anksiozne djece konceptualno značajno razlikuju. Upravo ovako niski, a ipak statistički značajni koeficijenti korelacije pokazuju da se pri opisivanju ova dva konstrukta i odabiru čestica za mjerne instrumente mora voditi računa ne samo o sličnostima, već i o razlikovnim obilježjima anksioznosti i depresivnosti. Tek tada se mogu dobiti dragocjeni diferencijalno dijagnostički pokazatelji.

Prema dobivenim rezultatima može se zaključiti da su anksioznost i depresivnost dva odvojena, jasno prepoznatljiva konstrukta među kojima postoji umjerena korelacija i koji kao takvi predstavljaju dvije komponente jednog faktora višeg reda ("negativni afektivitet"). Ovim istraživanjem potvrđen je dvikomponentni model komorbidnosti anksioznosti i depresivnosti. Ujedno je potvrđena pretpostavka da se u slučaju tzv. trofaktorske strukture (tripartitnog modela)- bar kad se radi o djeci- velikim dijelom može raditi o konceptualnoj, a manje empirijskoj osnovi.



## POPIS LITERATURE

Bedford A. (1997). **On Clark-Watson's tripartite model of anxiety and depression**, *Psychological Reports*, Vol.80, 125-126.

Bernstein G.A. (1991). **Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinic sample**, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol.30, No.1, 43-50.

Bernstein G.A., Borchardt C.M., Perwein B.A. (1996) **Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years**, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol.35, No.9, 1110-1119.

Boyd C.P., Gullone E. (1997) **An investigation of negative affectivity in Australian adolescents**, *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol.26, No.2, 190-197.

Brady E.U., Kendall P.C. (1992). **Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents**, *Psychological Bulletin*, Vol.111, No.2, 244-255.

Chorpita B.F., Yim I., Moffitt C., Umemoto L.A., Francis S.E. (2000) **Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale**, *Behavior Research and Therapy*, 38, 835-855.

Clark L.A. (1989). **The anxiety and depressive disorders: descriptive psychopathology and differential diagnosis**, u Kendall P.C., Watson D. (Eds.), *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*, New York, Academic Press, Inc., 83-130.

Cole D.A., Martin J.M., Powers B. (1997). **A competency-based model of child depression: A longitudinal study of peer, parent, teacher and self - evaluations**, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol.38, No.5, 505-514.

Craig K.D. & Dobson K.S. (1995). *Anxiety and Depression in Adults and Children*, California, SAGE Publications

Finch A.J., Lipovsky J.A., Casat C.D. (1989). **Anxiety and depression in children and adolescents: Negative affectivity or separate constructs?** U: Kendall P.C., Watson D. (Eds.) *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*, New York, Academic Press, Inc., 171-219.

Gotlib I.H., Cane D.B. (1989). **Self-report assessment of depression and anxiety**, u Kendall P.C., Watson D. (Eds.) *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*, New York, Academic Press, Inc., 131-169.

Jessor R. (1998). *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*, Cambridge: University Press

Kendall P.C., Brady E.U. (1995) **Comorbidity in the anxiety disorders of childhood: Implications for validity and clinical significance**, u: Craig K.D. & Dobson K.S. (Eds) *Anxiety and Depression in Adults and Children*, California, SAGE Publications, 3-37.

Kendall P.C., Watson D. (Eds.), (1989). *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*, New York, Academic Press, Inc.

Lerner J., Safren S.A., Henin A., Warman M., Heimberg R.G., Kendall P.C. (1999). **Differentiating anxious and depressive self statements in youth: Factor structure of the Negative Affect Self - Statement Questionnaire among youth referred to an anxiety disorders clinic**, *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol.28, No.1, 82-93.

Nelson W.M., Politano P.M., Finch A.J., Wendel N., Mayhall C. (1987). **Children's Depression Inventory: normative data and utility with emotionally disturbed children**, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol.26, No.1, 126-129.

Nolen-Hoeksema S., Girgus J.S., Seligman M.E.P. (1992). **Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study**, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol.101, No.3, 405-422.

Ollenedick T.H., Ollendick D.G. (1997). **General worry and anxiety in children**, *Psychotherapy in Practice*, Vol.3, No.1, 89-102.

Ollendick T.H., Yule W. (1990). **Depression in British and American children and its relation to anxiety and fear**, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.58, No.1, 126-129.

Sameroff A.J. (2000). **Developmental systems and psychopathology**, *Development and Psychopathology*, Vol.12, No.3, 297-312.

Swendsen J.D. (1997). **Anxiety, depression and their comorbidity: an experience sampling test of the helplessness - hopelessness theory**, *Cognitive Therapy and Research*, Vol.21, No.1, 97-114.

Vulić - Prtorić (2001). **Razvojna psihopatologija: "Normalan razvoj koji je krenuo krivim putem"**, *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 40, 17-25.

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

Vulić-Prtorić A. (2003b). **SKAD-62 Priručnik za skalu strahova i anksioznosti za djecu i adolescente**, Jastrebarsko: «Naklada Slap»

Vulić-Prtorić A. (2004) **Depresivnost u djece i adolescenata**, Jastrebarsko: «Naklada Slap»

Watson D., Clark L.A., Weber K., Assenheimer J.S., Strauss M.E., McCormick R.A. (1995). **Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult and patient samples**, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol.104, No.1, 15-25.

Watson D., Kendall P.C. (1989). **Understanding anxiety and depression: Their relation to negative and positive affective states**, u Kendall P.C., Watson D. (Eds.), *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*, New York, Academic Press, Inc., 3-26.

Watson D., Weber K., Assenheimer J.S., Clark L.A., Strauss M.E., McCormick R.A. (1995). **Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales**, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol.104, No.1, 3-14.

Weiss B., Susser K., Catron T. (1998). **Common and specific features of childhood psychopathology**, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol.107, No.1, 118-127.

Wenar C. (2002). **Psihopatologija i psihijatrija: od dojenačke dobi do adolescencije**, Jastrebarsko: «Naklada Slap» (u tisku).

Zahn – Waxler C., Klimes – Dougan B., Slattery M.J. (2000). **Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls and progress in understanding the development of anxiety and depression**, *Development and Psychopathology*, 12, 443-466.

## ANXIETY AND DEPRESSION: PHENOMENOLOGY OF COMORBIDITY

The paper presents the results of an investigation conducted with the aim of determining the comorbidity phenomenology of anxiety and depression symptoms in childhood and adolescence. The research was conducted on the sample of 857 5th to 8th grade of primary school students and 1st to 4th grade of secondary school students, using two scales with respective differential diagnostic qualities: *SDD Children and Adolescents Depression Scale* (Vulić-Prtorić, 2003a) and *SKAD-62 Fear and Anxiety Scale For Children and Adolescents* (Vulić-Prtorić, 2003b).

Anxiety and depression symptoms comorbidity was examined on 2 taxonomic levels: symptom level and syndrome level. The results show that anxiety and depression are two separate constructs that belong to one high level factor known in literature as *negative affectivity*. The obtained results confirm the theoretical hypotheses of two-component comorbidity model of anxiety and depression. According to the tripartite model of comorbidity it is suggested that it is more conceptual than empirical problem.

**Key words:** anxiety, depression, comorbidity, children, adolescents