

ANKSIOZNE SMETNJE U PREDŠKOLSKOJ DOBI

Marinović, Marieta

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Split / Sveučilište u Splitu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:172:593850>

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

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

Repository / Repozitorij:

[Repository of Faculty of humanities and social sciences](#)



**SVEUČILIŠTE U SPLITU
FILOZOFSKI FAKULTET**

ZAVRŠNI RAD

ANKSIOZNE SMETNJE U PREDŠKOLSKOJ DOBI

MARIETA MARINOVIĆ

SPLIT, 2023

Odsjek za rani i predškolski odgoj i obrazovanje

Preddiplomski sveučilišni studij Ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja

ZAVRŠNI RAD

ANKSIOZNE SMETNJE U PREDŠKOLSKOJ DOBI

Studentica:

Marieta Marinović

Mentor:

doc. dr. sc. Katija Kalebić Jakupčević

spec. klin. psih.

Split, 2023. godine

Sadržaj

UVOD	1
1. Anksioznost i anksiozni poremećaji.....	2
1.1. Procjena anksioznih ponašanja.....	4
2. Faktori rizika	5
3. Depresija.....	8
3.1. Odsustvo majke/skrbnika	8
3.2. Depresivne majke	9
4. Teorije o etiologiji	10
4.1. Psihoanalitička teorija neuroza.....	10
4.2. Bihevioralna teorija.....	10
4.3. Kognitivne teorije	11
4.4. Obiteljska teorija.....	12
5. Strahovi i fobije	12
6. Panični poremećaj	14
7. Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP).....	14
8. Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP).....	15
9. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)	16
10. Izbjegavajući poremećaj	17
11. Poremećaj s pretjeranom anksioznošću	17
12. Anksiozni poremećaj zbog separacije (APS).....	18
13. Liječenje	19
13.1. Psihofarmakološke metode	20
13.2. Terapija igrom	20
13.3. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT).....	21
13.4. Upotreba likovnog izričaja u psihoterapiji djece.....	22
13.5. Relaksacija i desenzitizacija	22
14. Roditelji i odgojitelji.....	23
ZAKLJUČAK.....	25
LITERATURA.....	26
SAŽETAK	28
SUMMARY	29

UVOD

Anksioznost je emocionalno stanje koje se očituje osjećajem tjeskobe, prestrašenosti, straha te psihomotorne napetosti uz čestu prisutnost tjelesnih simptoma u vidu intenzivnog lupanja srca, znojenja i slično. Anksiozne smetnje jedne su od najčešćih psihičkih smetnji kod odraslih u općoj populaciji, ali i u dječjoj dobi te često prethode nekim drugim poremećajima. Anksiozni poremećaj mogu se pojaviti u komordibitetu s još jednim anksioznim poremećajem ili sa poremećajima raspoloženja, najčešće depresivnosti. Izraženost anksioznih smetnji može se procijeniti psihodijagnostičkim instrumentima za samoprocjenu te kliničkim intervjuima. Za dijagnosticiranje određenog anksioznog poremećaja, potrebna je prisutnost nekoliko simptoma koji su prisutni u periodu od nekoliko mjeseci. U Republici Hrvatskoj koristi se međunarodna MKB 10 klasifikacija u svrhu dijagnosticiranja psihičkih poremećaja, a za određivanje težine samoga poremećaja potrebno je procijeniti koliko on otežava svakodnevno funkcioniranje. U anksiozne poremećaje ubrajaju se: generalizirani anksiozni poremećaj (GAP), panični poremećaj, strahovi i fobije, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) i akutni stresni poremećaj, a u predškolskom razdoblju najčešće se javljaju poremećaj s pretjeranom anksioznošću, izbjegavajući poremećaj i separacijski anksiozni poremećaj. U radu će se prikazati brojni faktori rizika koji povećavaju mogućnost pojave anksioznih smetnji kod djece te nekoliko vrsta terapija za rad s djecom s anksioznim smetnjama.

1. Anksioznost i anksiozni poremećaji

Anksioznost, odnosno tjeskoba, normalno se pojavljuje kod većine ljudi kao odgovor na stresne situacije. Svaka osoba može drugačije reagirati na izazovne životne okolnosti te je normalna pojava osjećati anksioznost u takvim situacijama, međutim, učestali ili jaki osjećaj tjeskobe većinom dana tijekom nekoliko mjeseci može upućivati na anksiozni poremećaj. Barlow (2002; prema Wick Nelson i Israel, 2021) opisuje anksioznost kao emociju orijentiranu na budućnost, koja je obilježena percepcijom nemogućnosti kontrole i nepredvidivosti u vezi s potencijalno opasnim događajima. Autori ističu kako je anksioznost temeljna ljudska emocija te da može služiti kao adaptivna funkcija koja upozorava osobu na nove ili prijeteće situacije. DSM-V u anksiozne poremećaje ubraja: separacijski anksiozni poremećaj, specifičnu fobiju, socijalnu fobiju, selektivni mutizam, panični poremećaj, agorafobiju i generalizirani anksiozni poremećaj. U srodne poremećaje ubrajaju se opsesivno-kompuzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, akutni stresni poremećaj, reaktivni poremećaj privrženosti i poremećaj dezinhibiranog socijalnog uključivanja (Wick Nelson i Iseael, 2021). Svi anksiozni poremećaji imaju zajednička obilježja: prisutnost osjećaja anksioznosti, simptomi su osobi neprihvatljivi i nepoznati, smetnje su dugotrajne, pacijent testira realitet te činjenica da simptomi ne ugrožavaju socijalne norme (Wenar, 2003).

„Anksiozna osjetljivost (anxiety sensitivity) opisuje se kao strah od javljanja anksioznih simptoma i tjelesnih senzacija povezanih s anksioznošću, a proizlazi iz uvjerenja da anksioznost i povezane tjelesne senzacije mogu imati negativne tjelesne, psihološke i socijalne posljedice. Osoba koja ima visoke razine anksiozne osjetljivosti iznenadni ubrzani rad srca interpretirati će kao znak predstojećeg srčanog udara, odnosno grčeve u trbuhu kao znak za hitnu kiruršku intervenciju. Tjelesno zdrava osoba koja ima ovakve pogrešne interpretacije sigurno će doživljavati još veću anksioznost, što će izazvati još jače lupanje srca i tako će se naći u zatvorenom krugu koji kulminira u paničnom napadu“ (Taylor, 1995; prema Vulić-Prtorić i sur., 2008; 8). Anksiozna se osjetljivost istraživala isključivo na uzorcima odraslih zbog mišljenja da djeca nemaju razvijenu kognitivnu zrelost za proces atribucije za razvoj anksiozne osjetljivosti. Prema Reissovoj teoriji anksiozna se osjetljivost opisuje kao uvjerenje odnosno vjerovanje te se prema tome pokazalo da i djeca mogu usvojiti povezanost negativnih posljedica i fizioloških simptoma te tako razviti negativna uzbuđenja vezana za anksioznost. Reiss i sur. (2001) navode mogućnost identifikacije anksiozne osjetljivosti već u ranoj dječjoj dobi i da su povišene razine anksioznosti u dobi od 7 do 14 godina vrlo često prediktori za razvoj paničnog poremećaja u dobi od 16 do 30 godina (Vulić-Prtorić i sur., 2008).

Milovanović i sur. (2022) u svom istraživanju nalaze da su internalizirani poremećaji kod djece značajno povezani s nižom kvalitetom života, slabijim školskim uspjehom, tjelesnim zdravljem, a imaju i druge negativne posljedice na funkcioniranje i u kasnijemu razdoblju života, kao što su obiteljske i profesionalne poteškoće, zlouporaba supstanci i sl. Glavni internalizirani problemi povezuju se s anksioznošću i depresivnošću. Između tih dvaju stanja postoji izrazito visok komorbiditet koji varira s obzirom na životnu dob. Strah i anksioznost normalne su reakcije na prijeteće podražaje u okolini, ali se kod neke djece pojavljuju u znatno većoj mjeri i ometaju normalno funkcioniranje te se tada govori o anksioznim poremećajima. Za anksiozne je poremećaje poznato da se često pojavljuju unutar obitelji. Djeca anksioznih roditelja imaju veći rizik za razvoj anksioznih poremećaja, što govori o međugeneracijskome prijenosu anksioznosti. Autori također navode da je uz genetsku predispoziciju, proces učenja jedan od načina kojim djeca usvajaju anksiozna ponašanja, dok je drugi mehanizam prijenosa anksiozni roditeljski stil.

Za dječju dob specifične su dvije kategorije anksioznih poremećaja, a to su anksiozni poremećaj separacije i poremećaj s pretjeranom anksioznošću, a upravo su anksiozni poremećaji među najčešćim poremećajima dječje i adolescentne dobi i javljaju se kod 8 do 9% opće populacije. Anksiozni poremećaji u dječjoj dobi povećavaju rizik od kasnijih psihijatrijskih smetnji te otprilike polovica simptoma prisutnih u odrasloj dobi započinje prije 15. godine (Wenar, 2003). Sličnu prevalenciju u svom istraživanju nalaze i Poljak i Begić (2016) te navode da je prevalencija anksioznih poremećaja kod djece od 10 % do 20 %. Pravodobno otkrivanje i liječenje dječje anksioznosti može smanjiti negativni utjecaj koji ovi poremećaji ostavljaju na daljnji razvoj te na školsko, obiteljsko i socijalno funkcioniranje djece i mladih. Anksiozni poremećaji kod djece i adolescenata nastaju kao rezultat interakcije različitih bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika.

Djetetovo ponašanje uvijek se može promatrati u svjetlu potrebe za adaptacijom okolini ili kontekstu u kojem dijete živi. Vulić-Prtorić (2001) smatra da je normalna i prirodna reakcija svakog djeteta da se pokuša prilagoditi određenim ekološkim uvjetima ili, kada je to moguće, da utječe na te uvjete kako bi ih prilagodilo svojim potrebama. Kada su ti uvjeti poremećeni ili patološki, djetetova adaptacija tim uvjetima je također patološka. I u ranijim istraživanjima je utvrđena adaptacijska funkcija anksioznosti. Naime, Anna Freud (1965) u svojim radovima pisala je o adaptacijskoj funkciji određenih poremećaja, a ponajviše o anksioznosti koja izaziva određene reakcije unutar same ličnosti ili u okolini. Smatrala je da anksioznost ima presudnu ulogu u stvaranju obrambenih mehanizama i očuvanju integriteta pa tako i ulogu u procesu

adaptacije. Novija istraživanja opisuju anksiozna stanja kao iznimno bolna i neugodna, a upravo takva stanja stimuliraju strategije suočavanja pojedinca koje omogućavaju smanjivanje nelagode ili izbjegavanje. Suprotno tomu, prema Fischer i sur. (1997; prema Vulić-Prtorić, 2001) psihopatološka, regresivna i nezrela ponašanja zapravo označavaju iznimno razvijene, kompleksne i sofisticirane vještine adaptacije na neku traumu. Neovisno o pogledu na adaptacijska ponašanja, istraživanja su pokazala povezanost anksioznih poremećaja u djetinjstvu s dodatnim problemima u odrasloj dobi što rezultira kliničkom slikom koja zadovoljava kriterij depresivnog poremećaja.

Štrkalj Ivezić i sur. (2007) anksioznost opisuju skupinom simptoma koji se kod različitih osoba javljaju s različitom frekvencijom, ali kod svih anksioznih poremećaja uvijek mora biti prisutan najmanje jedan simptom podražaja vegetativnog sustava, kao što su lupanje srca, „težina“ oko srca ili ubrzanje pulsa, znojenje, drhtanje tijela i suha usta.

1.1.Procjena anksioznih ponašanja

Simptomi anksioznosti obuhvaćaju psihičke i tjelesne simptome koji se javljaju kada je pojedinac uplašen, a kod osoba sa anksioznim poremećajem simptomi se javljaju bez poznavanja uzroka te su one svjesne bezrazložnog straha, ali ne mogu ga kontrolirati. Potrebno je poznavati i utvrditi okolnosti koje potiču javljanje anksioznih simptoma kako bi se mogao dijagnosticirati specifični anksiozni poremećaj. Osnovne dijagnostičke smjernice su simptomi anksioznosti, trajanje simptoma te okolnosti u kojima se javljaju simptomi. U Republici Hrvatskoj za dijagnosticiranje psihičkih poremećaja koristi se međunarodna MKB 10 klasifikacija, a za određivanje težine samoga poremećaja potrebno je procijeniti koliko on utječe i otežava socijalno funkcioniranje (Štrkalj Ivezić i sur., 2007).

Anksioznost se najčešće definira pomoću ponašajne, emocionalne i fiziološke komponente. Prosudba se vodi ponašajnom i emocionalnom komponentom, jer su fiziološke komponente, poput brzine rada srca i znojenja dlanova, presložene za mjerenja. Anksiozna ponašanja djeteta moguće je pratiti neposredno, moguće je provoditi i strukturirane dijagnostičke intervju u kojima se roditelje ili učitelje ispituje o dječjim strahovima te se rezultati uspoređuju s normama koje vrijede za opću populaciju. Postavljaju se pitanja poput: „Kada i kako započinju strahovi?“ ili „Koliko su strahovi izraženi i česti?“. Nadalje, emocionalna se komponenta prosuđuje pomoću raznih instrumenata za samoprocjenu, koji se mogu odnositi na opće ili posebne strahove. Zbrajanjem pojedinih područja dobiva se rezultat koji se nadalje uspoređuje s

normama koje vrijede za opću populaciju i naposljetku se dobije podatak o tome koliko je neko dijete anksiozno. Stalno prisutan problem kod istraživanja anksioznosti je taj da mjere navedenih komponenti ne pokazuju visok stupanj međusobne povezanosti, što vrijedi i za djecu i za odrasle (Wenar, 2003).

Beck i sur. (2011; prema Ružić i Matešić, 2015) navode da su simptomi depresivnosti i anksioznosti, te problemi u ponašanju i ljutnja sve češći u populaciji i pojavljuju se u sve ranijoj dobi zbog čega je Američka Savezna uprava za javno zdravstvo predložila upotrebu kratkog upitnika pomoću kojeg bi bilo moguće prepoznati djecu i adolescente kojima je potreban opsežniji pregled i ispitivanje u svrhu procjene problema s mentalnim zdravljem djece i adolescenata. Autori također ističu da su inventari samoprocjene jednostavniji u primjeni, jednostavnije se boduju te kraće traju od ostalih metoda. U svijetu je razvijeno više instrumenata za procjene ponašanja, a neki od njih prilagođeni su za rad u Republici Hrvatskoj, kao što su *Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti za djecu*, *Lista simptoma traume kod djece*, *Inventar za ispitivanje ličnosti – verzija za adolescente* (Ružić i Matešić, 2015).

2. Faktori rizika

Prema Vulić Prtorić (2002) rizični faktori mogu stvoriti vulnerabilnost ili osjetljivost za razvoj poremećaja, mogu predstavljati „okidač“ ili potaknuti razvoj poremećaja. To su svi čimbenici koji pojačavaju odgovor na određeni stresni događaj. Faktori rizika u obitelji mogu biti stresni događaji koji nadilaze djetetove sposobnosti suočavanja poput gubitaka, roditeljskog zanemarivanja, odbacivanja ili zlostavljanja; ili u širem kontekstu to mogu biti stresni događaji koji pogađaju cijelu obitelj - siromaštvo, rat, i sl. S druge strane zaštitni faktori sprečavaju daljnje pogoršanje, potiču ili održavaju zdravi razvoj, i imaju snažne implikacije na prognozu i tretman. U odnosu na ostale rizične i zaštitne faktore obitelj spada u grupu proksimalnih faktora, tj. onih bliže djetetu. Djelovanje osobnih faktora rizika (temperament, nisko samopoštovanje, nesigurna privrženost, i sl.), te distalnih rizičnih faktora (siromaštvo, stresni događaji, rat, nezaposlenost, i sl.) moderirano je proksimalnim faktorima - djetetovom obitelji.

Poljak i Begić (2016) izdvajaju: spol, dob, edukaciju, financijsku situaciju, osobine ličnosti, roditeljska ponašanja, obiteljsku povijest i dinamiku, socijalne faktore, iskustva u djetinjstvu, traumatske događaje i zdravstveno stanje događaje kao faktore koji se smatraju rizičnima za razvoj anksioznog poremećaja. Autori navode da su povučena djeca često žrtve vršnjačkog nasilja što povećava vjerojatnost pojave nekog anksioznog poremećaja, a kod djece koja se

teško nose s neizvjesnošću i često su zabrinuta češće se razvija generalizirani anksiozni poremećaj. Obiteljska dinamika odnosi se na činjenicu da djeca brže uče i usvajaju određene strahove i fobije gledajući roditelje, a uz to nasljednost anksioznog poremećaja je očita te je rizik za dijete izrazito velik ako su oba roditelja anksiozna. Osim nasljeđem, roditelji svojim negativnim ponašanjima, karakteriziranim odbacivanjem, kontrolom i hiperprotekcijom, također predstavljaju visoki rizik za razvoj anksioznih poremećaja kod djece. Roditelji i djeca s anksioznim poremećajem koriste izbjegavanje kao rješenje za određeni problem te roditelji nagrađuju djetetova izbjegavajuća ponašanja (Poljak, Begić, 2016). S druge strane, pretjerana roditeljska uključenost može dovesti do razvoja anksioznih smetnji putem tri mehanizma: povećanjem djetetove percepcije prijetnje, smanjenjem djetetove percepcije kontrole nad prijetnjom te smanjenjem djetetove mogućnosti za otkrivanje okoline (Bruggen i sur., 2008, prema Milovanović, Ajanović, Živčić-Bećirević, 2022).

Poremećeni obiteljski odnosi u većoj se mjeri vezuju uz depresivnosti, ali prema rezultatima dosadašnjih istraživanja oni su snažan prediktor i rizični faktor za pojavu anksioznosti. Također, roditelji anksiozne djece uvelike potiču djetetovu opreznost i izbjegavanje rizika te djeca postaju još zabrinutija, oni su skloni pokazivati sumnju u djetetove sposobnosti i nagrađivati dijete za izbjegavanje rizične situacije. Roditelji anksiozne djece često su pretjerano restriktivni što ograničava razvoj djetetove autonomije, a negativne poruke roditelja utječu na djetetov kognitivni stil, umanjuju samopoštovanje i povećavaju osjećaj bespomoćnosti (Vulić-Prtočić, 2002).

Nadalje, traumatski događaji također mogu biti prekretnica u razvoju anksioznog poremećaja, a izloženost traumatskim iskustvima u djetinjstvu povećava vjerojatnost razvitka PTSP-a. Također, operacije ili dugotrajne bolesti povećavaju rizik od paničnog poremećaja, koji se javlja kao reakcija na ugrožavajuću životnu situaciju (Poljak, Begić, 2016). Ako je traumatski događaj intenzivan ili je roditelj izvor traume, djeca nerijetko imaju teškoća u regulaciji pobuđenosti i ljutnje, u suočavanju s doživljajem anksioznosti i s osjećajem bespomoćnosti. Djeca su ovisna o skrbniku jer nemaju razvijene mogućnosti samozaštite te ako skrbnik ne može preuzeti funkciju moduliranja djetetovog iskustva, ono ne može na prikladan način razumjeti i reagirati na to iskustvo (Profaca, 2016).

Suprotno rizičnim faktorima, Vulić-Prtočić A. (2002) ističe i zaštitne faktore poput: dobre roditeljske prilagodbe tj. razumijevanja djetetovih problema, jasna obiteljska komunikacija, visoko samopoštovanje, efikasne strategije suočavanja s problemima, međusobna dobra komunikacija bračnih partnera i zadovoljstvo brakom, fleksibilna obiteljska organizacija uz

uključenost oba roditelja te odnos karakteriziran sigurnom privrženosti između roditelja i djeteta.

U istraživanju Vulić-Prtorić (2002) na uzorku od 448 učenika utvrđeno da različiti aspekti interakcije s roditeljima imaju različite psihopatološke posljedice kod dječaka i kod djevojčica. Ispitan je doprinos kvalitete obiteljskih interakcija kod djece koristeći pet dimenzija kvalitete obiteljskih odnosa: prihvaćanje – majka, odbacivanje – majka, prihvaćanje – otac, odbacivanje – otac, zadovoljstvo obitelji. Kod dječaka se, kao snažan prediktor za simptome anksioznosti i somatske probleme, pokazalo odbacivanje od strane oca, dok prihvaćanje od oba roditelja i zadovoljstvo obitelji nisu pokazale značajan pozitivan utjecaj ni za jedan kriterij. Kod djevojčica se, s druge strane, nezadovoljstvo obitelji pokazalo kao najznačajniji prediktor za anksiozne i somatske simptome.

Perinatalni i prenatalni čimbenici, kao i genetski, doprinose psihopatološkim poremećajima i predstavljaju dinamične procese u funkciji razvoja. Studije su pokazale istovremeno rizično i zaštitno djelovanje određenih faktora, odnosno poticanje psihičkog zdravlja s jedne, a poremećaja s druge strane. Određeni faktori će u jednom periodu djetetova razvoja djelovati zaštitno, dok će u nekom drugom periodu biti rizični ili gotovo zanemarivi. U literaturi se navodi i povezanost anksioznosti s bolestima djeteta u prvoj godini života i anamnezom spontanijih pobačaja, povezanost depresije s majčinim emocionalnim problemima i izostankom dojenja, a emocionalni problemi majke za vrijeme trudnoće te teškoće pri porođaju, povezuju se s razvojem poremećaja ponašanja (Vulić-Prtorić, 2001).

3. Depresija

Depresija je normalan fenomen koji se javlja kod većine ljudi, a simptomi koji se vezuju uz depresivnost poput potištenosti, srdžbe, gubitka apetita, umora i osjećaja vlastite bezvrijednosti i jesu očekivane reakcije na određeni neuspjeh ili gubitak.

Simptomi depresije razlikuju se s obzirom na dob i na spol, primjerice djevojčice u dobi od 6 do 11 godina osjećaju anksioznost uz depresiju i osjećaju se proganjano, dok to nije slučaj kod starijih djevojčica. Kod starije djece simptomi su teži te je veća vjerojatnost suicida. Depresivni poremećaji rijetka su pojava u predškolskom razdoblju te su djeca s depresijom i anksioznošću obično nešto starija, a simptomi anksioznosti obično prethode simptomima depresije (Wenar, 2003). U predškolskoj dobi najčešće su prisutni tjelesni simptomi poput glavobolja, umora i vrtoglavice, koji su prisutni u oko 70% djece, a uz tjelesne simptome često je prisutna anksioznost, posebice separacijska anksioznost, fobije, razdražljivost, gubitak apetita, psihomotorni nemir i problemi sa spavanjem. Dijete ne razvija primjerene socijalne vještine, ne uživa u vršnjačkoj igri, a javlja se autodestruktivno ponašanje poput udaranja po glavi, griženja samoga sebe i gutanja opasnih predmeta (Boričević Maršanić i sur., 2016).

3.1. Odsustvo majke/skrbnika

U ranijim istraživanjima (Spitz, 1946; Bowlby; 1980; prema Wenar, 2003) na temu gubitka majke, a najčešće su proučavali dojenčad u bolnicama ili sirotištima, odnosno dojenčad kojima je potrebna „zamjena“ za majku. Odmah na početku zabilježena je depresija kao odgovor na odsutnost kontakta s majkom. Dojenčad je glasno plakala, odbijala zamjenske skrbnike, prisutni su bili i izljevi bijesa i destruktivnosti te izražena anksioznost, a tu prvu fazu Bowlby je nazvao stadijem prosvjeda. U drugom stadiju, stadiju očajavanja, zabilježena je povučенost i neaktivnost dojenčadi, a svaki pokušaj uspostavljanja kontakta rezultirao je vrištanjem i panikom. Dojenčad je imala gubitak apetita i tjelesne težine, a izraz lica im je bio sličan kao kod odraslih depresivnih osoba te se za takvo ponašanje koristi naziv *anaklitička depresija*. Bowlby (1980, prema Wenar, 2003), navodi da je posljednji stadij ujedno i stadij odvajanja u kojem dojenče ponovo reagira na skrbnike, igračke i hranu, ali više nije privrženo majci, nema dubine osjećaja i ponaša se kao prema nepoznatoj osobi. Istraživanje se temeljilo na Bowlbyjevoj teoriji privrženosti koja unutar prve godine života uključuje stvaranje dubokih osjećaja i privržene veze sa skrbnikom, a privremeni gubitak skrbnika rezultira srdžbom i

separacijskom anksioznošću, dok duži gubitak prate tuga i srdžba. Spitzovi i Bowlbjevi opisi reakcija na odsutnost majke još uvijek se smatraju valjanima.

3.2. Depresivne majke

U knjizi *Razvojna psihopatologija i psihijatrija* (Wenar, 2003) autor objašnjava mogućnost pojave depresije kod djece depresivnih majki. Djeca koju odgajaju depresivne majke pod većim su rizikom razvoja depresije te u takvom slučaju depresivni poremećaj nije povezan s nikakvim gubitkom ili neuspjehom. Depresivne majke najčešće prati još neka psihološka smetnja i interpersonalna teškoća, a takve žene u velikom broju slučajeva udaju se za muškarce koji također imaju psihičke teškoće. Depresivne majke reagiraju rjeđe, manje dosljedno, postoji viša razina neprijateljstva i negativnosti prema djetetu. Autor ističe da je depresija jedina dijagnoza koju djeca depresivnih majki dobiju češće nego djeca kontroliranih skupina. Osim od depresivnih majki, djeca često razviju depresiju u prisutnosti shizofrene majke. Field (1992; prema Wenar, 2003) u svojim istraživanjima zaključuje da se stil depresivnog raspoloženja kod djece depresivnih majki, razvija u dobi od 8 mjeseci, a ukoliko traje dulje od godine dana, štetno utječe na rast i intelektualni razvoj djeteta. Ukoliko se majka oporavi, oporavlja se i dojenče, što upućuje na uvjetnu prirodu depresivnog raspoloženja. Situacija se u predškolskom razdoblju mijenja te majčina depresija ima najsnažniju povezanost sa perzistirajućom anksioznošću, ali nije moguće utvrditi da navedena anksioznost vodi ka depresiji kod djece.

4. Teorije o etiologiji

4.1. Psihoanalitička teorija neuroza

Tvorac psihoanalitičke teorije je Sigmund Freud, a njegov model su kasnije proširivali njegovi sljedbenici. Model se temelji na pretpostavci da je ljudsko ponašanje određeno intrapsihičkim impulsima, željama, motivima i konfliktima (Gregurek, Ražić Pavičić, Gregurek ml., 2017). „U središtu psihoanalitičke teorije neuroza je konflikt – konflikt između onoga što dojenče, trčkaralo i predškolsko dijete želi i onoga što socijalizirajući roditelj od njega zahtijeva da čini. Uz konflikt, u središtu teorije je i afekt koji dolazi do izražaja i dovodi do socijalno neprihvatljivih ponašanja prilikom raznih prijetnji kažnjavanjem ili uskraćivanjem roditeljske ljubavi (Wenar, 2003: 223). Psihoanalitička teorija temelji se na konceptu opasnosti i na dvije glavne pretpostavke: 1) anksioznost je signalni odgovor koji priprema osobu na opasnu situaciju i 2) ego je središte anksioznosti, a može biti i uzrok konfliktima (Gregurek i sur. , 2017).

Psihoanalitička teorija ističe da neurotični simptomi imaju simbolično značenje koje se razlikuje od manifestnog sadržaja samog ponašanja. U klasičnoj se psihoanalitičkoj teoriji tvrdilo da previše ili premalo gratifikacije dovodi do fiksacije djeteta u određenom stadiju čineći ga osjetljivim na regresiju, a kasnije je Anna Freud (1965; prema Wenar, 2003) uvela koncept ravnoteže koji je sličniji tvrdnji da je razvojni put posljedica ravnoteže između osjetljivosti i zaštitnih čimbenika.

4.2. Bihevioralna teorija

Negativni se afektivni odgovor može steći učenjem po modelu, primjerice djetetovo promatranje druge osobe kako reagira na bol ili anksioznost na ranije bezazleni podražaj, izaziva štetan odgovor kod promatrača – djeteta. Jednom uspostavljeno neodgovarajuće ponašanje, kasnije se može širiti po principu generalizacije podražaja, koji je puno složeniji kod djeteta od jedanaest godina nego kod djeteta od jedanaest mjeseci, jer semantička veza ima veće značenje od jednostavne fizikalne sličnosti riječi. Komponenta bihevioralnih teorija je i potkrepljivanje. Osoba potkrepljuje ugodnim podražajem svako ponašanje koje dovodi do smanjenja ili uklanjanja osjećaj nelagode. Veliki raspon takvih ponašanja smatra se izbjegavajućim odgovorima, a najvažnija je „inhibicija reakcije“ kod koje dijete izbjegava raditi ili razmišljati o zabranjenoj aktivnosti. Nadalje, bihevioristički pristup fobijama navodi da

jednom naučen odgovor socijalne okoline, predstavlja važan čimbenik u pojačavanju fobije te da svaki strah koji dijete razvije, kasnije se samo potkrepljuje i pozitivnom i negativnom pažnjom koju dobije od roditelja, a pokazalo se i kako je roditeljsko potkrepljivanje odgovornije za održavanje postojanih strahova nego za njihovu pojavu (Wenar, 2003).

Prema bihevioralnim teorijama, fobije su rezultat svih mehanizama učenja. One se mogu usvojiti klasičnim uvjetovanjem, ali i modeliranjem. Kod paničnog poremećaja i agorafobije, prema bihevioralnoj teoriji, osobe mogu nakon prvog uznemirenja uzrokovanog nekom promjenom, razviti intenzivan strah koji će ubuduće biti potaknut i najmanjim promjenama i uznemiravanjem. Izbjegavanje uznemiravajućih situacija dovodi do smanjenja nelagode, što je negativno potkrepljenje samoga poremećaja (Pepić i sur. , 2017).

4.3.Kognitivne teorije

„Prema kognitivnim teoretičarima do pretjerane aktivacije sistema straha i anksioznosti, koji je evolucijski adaptivan i ima svrhu očuvanja organizma od opasnosti, dolazi zbog specifične kognitivne sheme, odnosno uvjerenja o svijetu kao opasnom mjestu kao i o sebi kao krhkoj i nedovoljno sposobnoj osobi“ (Pepić i sur. , 2017:58). Kognitivne teorije ističu primarne i sekundarne automatske misli, gdje primarne negativne misli održavaju percepciju straha i opasnosti, a sekundarne su misli „zadužene“ za izbjegavanje i spašavanje od prijeteće situacije.

Kognitivni teoretičari objašnjavaju kako su osobe koji boluju od socijalne fobije najviše fokusirane na socijalne interakcije i negativne misli o sebi, što može ometati percepciju povratnih informacija okoline i uvjeriti osobu o vlastitoj socijalnoj nekompetenciji. Za opsesivno-kompulzivni poremećaj, kognitivisti ističu da oboljeli pridodaju pretjeranu razinu pažnje mislima koje se zapravo javljaju kod većine ljudi. Pretjerana pažnja određenim mislima dovodi do stvaranja opsesija koje mogu dalje dovesti do kompulzija. PTSP, prema kognitivnim teorijama, nastaje onda kada osoba nije u stanju procesuirati i prihvatiti traumatski događaj te se ne može nositi s posljedicama istog. Prema jednom od kognitivnih modela, osoba koja je proživjela traumu, u svijesti stvara tzv. strukturu straha koja se sastoji od podražaja, fiziološkog i emocionalnog odgovora te značenja povezanih s podražajima i odgovorima. Podražaj dovodi do aktiviranja elemenata odgovora te na taj način uzrokuje ponovno proživljavanje intenzivnih emocionalnih odgovora vezanih uz traumu. Zbog iznimno jakog intenziteta emocija, oboljeli izbjegavaju razmišljanje o traumi, što onemogućuje obradu i asimilaciju iskustva (Pepić i sur. 2017).

4.4. Obiteljska teorija

Gregurek i sur. (2017) navode da teorija objektnih odnosa naglašava važnost najranijih interakcija s drugim ljudima iz našeg okruženja kao temeljne baze u izgradnji identiteta, ego i superega. Točnije, od rođenja pa nadalje, na naše odnose s drugima u velikom stupnju utječu snažne emocije koje čine specifična sjećanja i integriraju nas u društvo prema našem ponašanju. Pozitivna iskustva nam pomažu da se formiramo u zrele osobe, a isto vrijedi i za negativna iskustva. Svako iskustvo se pojedinačno obrađuje i pohranjuje u našu memoriju.

5. Strahovi i fobije

Strah je moguće definirati kao normalnu reakciju pojedinca na prijetnju iz okoline, koja je adaptivna te bitna za preživljavanje jer upozorava osobu na moguće opasnosti. Fobije, s druge strane, imaju znatno veći intenzitet od straha koji je najčešće neprilagođen okolnostima te se one ne mogu objasniti i izvan voljne kontrole su (Wenar, 2003).

Miller i sur. (1974; prema Wicks-Nelson i Israel, 2021) fobije opisuju kao zabrinjavajuće zbog njihove pretjeranosti. Fobije nisu pod voljnom kontrolom, a razuvjeravanje nema učinka, one dovode do izbjegavanja i ometaju svakodnevno funkcioniranje. Neke od najčešćih fobija su klaustrofobija (strah od zatvorenih prostora), agorafobija (strah od javnih mjesta) i akrofobija (strah od visina). Istraživanja su pokazala čestu pojavu fobija u općoj populaciji, pa se navodi da čak 5,9 osoba na 100 ljudi ima određenu fobiju, a češće su kod ženskog spola. Razlikujemo tri vrste fobija: specifične fobije, agorafobiju i socijalne fobije.

„Bitno obilježje specifične fobije je upadljiv strah ili anksioznost od nekog predmeta ili situacije. Osim toga, za dijagnozu je potrebna pojava anksioznog odgovora gotovo svaki put kada je osoba izložena fobičnom podražaju, a osoba mora izbjeći anksioznu situaciju ili ju proživljavati uz patnju. Strah je ustrajan i traje više od šest mjeseci te je neprimjeren stvarnom riziku“ (Wicks-Nelson i Israel, 2021: 113). Prema DSM-u, kod djece se anksioznost može manifestirati plakanjem, ukočenošću ili držanjem za drugu osobu. Djeca i adolescenti sa specifičnim fobijama nastoje izbjeći situaciju ili predmet koji izaziva strah te mogu opisivati osjećaje napetosti, panike ili odbojnosti prema određenom predmetu. Osim navedenog, mogu se pojaviti i tjelesne reakcije poput mučnine, teškoća disanja i ubrzanog rada srca. Za velik broj specifičnih fobija smatra se da počinju u ranom ili srednjem djetinjstvu, a one su jedan od najčešće dijagnosticiranih anksioznih poremećaja u dječjoj dobi, a češće su kod djevojčica nego

kod dječaka. Obično se javlja više fobija i takva djeca često zadovoljavaju kriterije i za neki drugi poremećaj (Wicks-Nelson i Israel, 2021).

Agorafobija se odnosi na skup strahova povezanih s javnim mjestima, primjerice strah od odlaska u kupovinu, putovanja, gomile ljudi i slično. Agorafobija je također češće dijagnosticirana kod ženskog spola, a obuhvaća čak 60% svih klinički otkrivenih fobija.

Naposlijetku, socijalna fobija ili socijalni anksiozni poremećaj, u literaturi se opisuje kao značajan ili trajan strah od reagiranja na sramotan i ponižavajući način u socijalnim situacijama. Kriterij za dijagnosticiranje socijalne fobije odgovara onome za specifične fobije, ali je potrebna prisutnost dječje anksioznosti u socijalnim interakcijama s vršnjacima, a ne samo s odraslim osobama. Anksioznost mora trajati najmanje šest mjeseci i značajno ometati djetetovo svakodnevno funkcioniranje. Djeca i adolescenti sa socijalnom anksioznošću boje se govorenja, čitanja, pisanja i nastupanja u javnosti, započinjanja i održavanja komunikacije, a ponašajna komponenta najčešće se manifestira izbjegavanjem situacija koje uključuju socijalne interakcije, a često navode osjećaj manje vrijednosti, tugu i usamljenost.

Kod djece sa socijalnom fobijom javlja se i selektivni mutizam koji prosječno započinje između 2,5 i 4 godine. Djeca sa selektivnim mutizmom ne govore u određenim socijalnim situacijama, primjerice na igralištu u okruženju vršnjaka, dok primjerice kod kuće, lako komuniciraju s članovima obitelji. Neka djeca pokazuju jezične probleme, neposluh, tvrdoglavost i suprotstavljajuća ponašanja, a najčešće se opisuju kao sramežljiva, povučena i ustrašena djeca (Wicks-Nelson i Israel, 2021).

Prema procjenama, 3 do 8% djece doživljava strahove, od kojih je većina prolazna i nestane tokom tri mjeseca, dok se fobije javljaju kod 2,4% djece. Djeca s fobijama imaju i razne druge probleme, a fobije su često usko povezane s depresijom. Mali broj dječjih fobija traje i do odrasle dobi, većina ih se povuče tijekom dvije do tri godine, sa ili bez liječenja, dok se u odrasloj dobi povuče samo 20 do 30% fobija. U dojenačkoj se dobi reakcije straha mogu smatrati urođenima jer se javljaju rano tokom razvoja, a među podražajima koji izazivaju te strahove nalaze se buka, padanje, neočekivani pokreti i bol. U predškolskoj se dobi smanjuju navedeni strahovi, dok strah od boli i životinja bilježi nepravilni napredujući trend. Dječiji strahovi postaju one stvari koje roditelji smatraju lošima, a strah od životinja, noćnih mora i osoba iz mašte postaje moguć onda kada dijete može razlikovati realnost i maštu. Pred kraj predškolske dobi, kod djece se javljaju strahovi od neuspjeha, nedostatnosti i podsmjehivanja i uključuju učenje akademskih vještina (Wenar, 2003).

6. Panični poremećaj

„Panični napad je odijeljeno razdoblje snažnog straha ili prestravljenosti koji ima iznenadan početak i doseže vrhunac vrlo brzo – unutar par minuta. U DSM-u V se opisuje 13 tjelesnih i kognitivnih simptoma, a tijekom jedne epizode mora biti prisutno četiri ili više ovakvih simptoma. Panični napadi mogu se javiti u okviru različitih poremećaja, a predstavljaju središnju komponentu paničnog poremećaja. Panični poremećaj uključuje opetovane panične napade“ (DSM-V). Panični napadi nisu, prema DSM-u, sami po sebi poremećaj, ali se javljaju u sklopu više anksioznih poremećaja, najčešće s agorafobijom. Panični se poremećaj dijagnosticira tek kada je kod osobe prisutna stalna briga o dobivanju novog paničnog napada ili briga o posljedicama napada te kada osoba uvede neprilagođene promjene ponašanja kako bi izbjegla napad (DSM-V). Za dijagnozu je potrebna prisutnost najmanje četiri simptoma, a neki od simptoma su: omamljenost, nestabilnost, nesvjestica, slabost, strah od gubitka kontrole, osjećaj da objekti nisu stvarni, osoba se osjeća distanciranom od sebe same, strah od umiranja i sl. Učestalost napada i količina prisutnih simptoma određuju težinu paničnog poremećaja te što je ta učestalost viša, više je otežano normalno funkcioniranje osobe (Štrkalj Ivezić, Folnegović Šmalc i Mimica, 2007).

7. Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP)

Generalizirani anksiozni poremećaj po prvi put je opisan u DSM-III izdavanjem iz šire kategorije anksiozne neuroze. Simptomi GAP-a mogu se podijeliti u dvije šire kategorije: tjelesne simptome te iščekivanje i zabrinutost, a razlika GAP-a i svakodnevne anksioznosti je u tome što su kod generaliziranog anksioznog poremećaja brige u suvišku, teško ih je kontrolirati i popraćene su nelagodom. Pojedinci koji su pokazivali anksiozne simptome u prvih dvadeset godina svoga života često imaju više poteškoća, pate od teže anksioznosti, imaju više strahova iz dječje dobi, poremećene obiteljske odnose i veću socijalnu neprilagođenost (Hollander i Simeon., 2006).

Kronična zabrinutost i nemogućnost osobne kontrole glavna su obilježja generaliziranog anksioznog poremećaja. Osoba s generaliziranim anksioznim poremećajem (GAP) trajno je anksiozna, uz prisutne tjelesne simptome poput znojenja, mokrenja, ljepljivo-znojnih dlanova, kratkoće daha i suhih usta, koje su izraz hiperaktivnosti autonomnog živčanog sustava. GAP se javlja u oko 4% populacije te ima visoku stopu komorbiditeta sa socijalnom fobijom i opsesivno-kompulzivnim poremećajem.

Za dijagnosticiranje GAP-a, treba se utvrditi prisutnost stalne anksioznosti koja nije vezana za specifične situacije i /ili objekte. Također, treba biti prisutno najmanje četiri simptoma i treba proći nekoliko mjeseci vrlo izražene zabrinutosti i tenzija (Štrkalj Ivezić, i sur. 2007).

8. Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP)

„Opsesije su neželjene, opetovane, nametljive misli koje nisu jednostavno prekomjerne realne životne zabrinutosti i koje, kod većine osoba, uzrokuju značajnu patnju ili anksioznost. Kompulzije uključuju opetovana, stereotipna ponašanja koja mlada osoba osjeća da mora izvoditi i koja imaju smisao da umanje anksioznost ili da spriječe neki grozan događaj. Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) uključuje opsesije i kompulzije, ili kod većine mladih ljudi, oboje“ (Wicks-Nelson i Israel, 2021:129).

Opsesivno-kompulzivni poremećaj smatrao se jednim od najrjeđih duševnih poremećaja što je bila posljedica nepoznavanja poremećaja od strane kliničara. Ovisno o simptomima, razlikuje se nekoliko kliničkih slika OKP-a, pa tako jedna skupina uključuje bolesnike s opsesijama o prljavštini i zarazi, druga skupina bolesnike s patološkim brojanjem i kompulzivnim provjeravanjem te treća skupina koja uključuje čisto opsesivne bolesnike bez kompulzija (Hollander, i Simeon, 2006).

„Opsesije ili kompulzije proizvode emocionalnu nelagodu ili interferiraju s bolesnikovim socijalnim ili individualnim funkcioniranjem, uobičajeno s gubitkom vremena. Smatra ih se klinički značajnima kada zaokupljaju pacijenta minimalno 1 h dnevno. Potrebu nekih osoba za pretjeranom urednosti i sl. neće se proglasiti opsesivno kompulzivnim poremećajem jer ne zadovoljava navedene kriterije“ (Štrkalj Ivezić i sur., 2007:58).

Kod djece, poremećaj je obilježen nametnutim idejama i porivima koji dolaze iz izvora nad kojim dijete nema kontrolu, ne može im se oduprijeti i prepoznaje ih kao neracionalne. U dječjoj dobi, OKP može se javiti kao izraženo ritualno ponašanje, izazivajući snažnu anksioznost ili krivnju u slučaju opiranja. Najčešći su slučajevi opetovanog pranja ruku, zaokupljenost redom, provjeravanje zaključanih vrata, dodirivanje nekog predmeta određen broj puta, a najčešće prisutne opsesije kod djece odnose se na izražen strah od zaraze i stalne misli o ozljeđivanju sebe ili drugih. OKP se javlja kod 0,2 do 1% djece prema kliničkim slikama, a dječaci su češće pogođeni. Tip opsesivno-kompulzivnog poremećaja u dječjoj dobi vrlo je sličan poremećaju u odrasloj dobi, uz razliku da se kod djece povezuje sa anoreksijom, a kod odraslih s depresijom. Poremećaj se može razvijati postupno ili nastupiti iznenadno, a prosječna dob pojavljivanja poremećaja je između 9 i 16 godina (Wenar, 2003).

9. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Posttraumatski stresni poremećaj javlja se kao posljedica iznimno stresnog iskustva, a sam traumatski događaj može se ponovno doživljavati na različite načine. Osoba sa PTSP-om izbjegava događaje povezane sa traumom ili dolazi do neosjetljivosti koja se očituje u nesposobnošću za ljubav ili osjećaju odvojenosti od drugih. Javljaju se i trajni simptomi pobuđenosti poput razdražljivosti i teškoće koncentriranja (Wenar, 2003). „Prema petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika duševnih poremećaja, DSM – V, traumatski događaji uključuju izravnu i neizravnu izloženost stvarnoj ili prijetećoj smrti, ozbiljnom ozljeđivanju ili seksualnom nasilju. Ovakvi događaji mogu biti jednokratni, ali i ponavljajući. U drugom slučaju, najčešće govorimo o složenoj ili kompleksnoj traumi koja je povezana s prolongiranim, ponavljajućim traumatskim iskustvima, npr. tjelesno i seksualno nasilje, emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje najčešće od strane žrtvi poznate osobe“ (Profaca, 2016: 347-348). „U DSM-III i DSM-IV posttraumatski stresni poremećaj uključen je u anksiozne poremećaje. U DSM-V on je dio zasebne skupine poremećaja vezanih uz traumu i stresor. Trenutačni DSM opisuje sklop kriterija za PTSP koji se primjenjuje na odrasle osobe, adolescente i djecu mlađu od šest godina. Posebni kriteriji opisani su za djecu mlađu od šest godina te ovaj sklop kriterija smanjuje broj simptoma potrebnih za dijagnozu i pruža primjere kako se različiti simptomi PTSP-a iskazuju u ovoj dobnoj skupini“ (Wicks-Nelson i Israel, 2021: 123-125).

Predškolska djeca ne pokazuju psihičku neosjetljivost, ne doživljavaju iznenadne „flashbackove“, već se oni igraju posttraumatskih igara ponovno proživljavajući traumatski događaj te pokazuju poremećen osjećaj za vrijeme. Mlađa djeca imaju najviše teškoća i potrebno im je najviše pomoći za prorađivanje traumatskog događaja što je rezultat manjeg broja mehanizama za savladavanje problema. Simptomi PTSP-a kod djece uvelike ovise o njihovoj životnoj dobi, pa se tako kod mlađe djece najčešće javlja regresiranje na ranije stupnjeve razvoja i funkcioniranja, dok su u školskoj dobi glavni simptomi strahovi i anksioznost (Wenar, 2003). Profaca (2016) navodi više područja djetetova razvoja koja su pogođena traumatskim iskustvima, a ta područja su pažnja, spoznaja, učenje, slika o sebi, percepcija vlastite učinkovitosti, specifične brige, kontrola impulsa, moralni razvoj, aktivacija autonomnog živčanog sustava, reprezentacija sebe, svjesnost, biološko sazrijevanje, razvoj kompetencija, interpersonalni i unutarobiteljski odnosi, odnosno, traumatska iskustva mogu uvelike omesti različita razvojna područja. Razvojni stupanj djeteta koje proživljava traumu utječe na sposobnost kasnije adaptacije. Traume nasilja u obitelji i izvan nje, povezuju se sa

kasnijim psihološkim problemima poput anksioznosti, depresije, PTSP-a, ponašajnih problema i sl.

10. Izbjegavajući poremećaj

„Izbjegavajući poremećaj definira se kao prekomjerno izbjegavanje kontakata s nepoznatim osobama, unatoč općenito zadovoljavajućim odnosima s članovima obitelji i poznatim osobama. Postoji sigurnost, sramežljivost ili pretjerana zabrinutost je li ponašanje adekvatno u interakcijama s nepoznatim ljudima, i premda dijete ima najmanje jedno prijateljstvo koje je dobno odgovarajuće, odnosi s vršnjacima su ograničeni. Početak je obično u ranoj školskoj dobi, premda se može vidjeti već i ranije. Izbjegavajući poremećaj može u značajnoj mjeri otežati razvoj normalnih odnosa s vršnjacima, te dijete postaje osjetljivije i na internalizirajuće i na eksternalizirajuće poremećaje“ (Wenar, 2003: 240)

11. Poremećaj s pretjeranom anksioznošću

Poremećaj s pretjeranom anksioznošću specifičan je za dječju dob, a očituje se u prekomjernoj i/ili nerealnoj zabrinutosti koja traje šest mjeseci ili dulje. Poremećaj obilježavaju značajna nesigurnost, somatske tegobe bez tjelesne podloge, osjećaj napetosti te potreba za umirivanjem, a dječja zabrinutost može biti vezana za buduće događaje, ranija ponašanja ili trenutne socijalne, akademske ili športske aktivnosti. U literaturi se navodi da poremećaj s pretjeranom anksioznošću može započeti u bilo kojoj dobi djetinjstva, a javlja se kod 2 do 4% populacije. Prema spolu omjer je podjednak u djetinjstvu, a u adolescenciji se češće javlja kod djevojčica, dok otprilike čak polovica djece s poremećajem s pretjeranom anksioznošću ima barem još jedan poremećaj, najčešće također anksiozni. Prema istraživanjima, poremećaju s pretjeranom anksioznošću mogu prethoditi poremećaji raspoloženja i izbjegavajući poremećaj iako nije poznat razlog za tu povezanost. Istraživanja također upućuju na povezanost s roditeljima kod kojih su prisutni anksiozni poremećaji, poremećaji raspoloženja i poremećaji s alkoholom, ali specifična povezanost nije dokazana (Wenar, 2003)

12. Anksiozni poremećaj zbog separacije (APS)

Privrženost je snažan emocionalni odnos koji obilježava odnos majke i djeteta u dojenačkoj dobi i ranom djetinjstvu i razvija se kontinuirano od najranijih interakcija. Djetetova privrženost skrbniku može se jasno opaziti već u dobi od šest do osam mjeseci, a najjasnija postaje u osmom mjesecu djetetova života i ostaje vrlo snažna do djetetove druge godine. U tom razdoblju prevladava emocija straha i kod djece se javlja oprez od nepoznatih što uzrokuje plač i povlačenje, a dijete „prosvjeduje“ zbog odvajanja od skrbnika intenzivnim plakanjem i traženjem majke. Takav obrazac ponašanja, uz osjećaj sigurnosti i hrabrosti u blizini majke, označava pojavu potpune privrženosti između skrbnika i djeteta. Razvijena sigurna privrženost utječe na kasnije kognitivne i socijalne kompetencije djeteta, pa se tako istraživanjima pokazalo da su sigurno privrženica djeca uspješnija u rješavanju problema te su mirnija, poslušnija i spremnija na suradnju. Osim kod djece, kod pojedinih majki odvajanje također dovodi do snažnog emocionalnog stresa, odnosno do majčine tjeskobe zbog odvajanja (Vasta, Haith i Miller, 2005).

Strah od gubitka voljene osobe dio je normalnog razvoja dojenčeta i velik je broj čimbenika potrebnih za savladavanje separacijske anksioznosti. Kada dijete počinje puzati i hodati umanjuje se njegov osjećaj bespomoćnosti u odsustvu skrbnika, te sve širim raspon znanja i zanimanja, udaljava skrbnika iz središnjeg položaja. Strah od separacije nerijetko se vraća u razdoblju predškole i traje sve do adolescencije, a dovodi do dvije vrste smetnji: separacijske anksioznosti i školske fobije te se kod oba slučaja radi o razvojnog modelu regresije. Separacijsku anksioznost pojačavaju nepouzdana privrženost, nepredvidljive separacije, osjetljivost na anksioznost u dojenačkoj dobi, ali unatoč tome, još uvijek nije dokazano da navedeni čimbenici djeluju kod djece sa poremećajem. Separacijski poremećaj može se javiti potaknut nekim stresorom, ali i bez očitog razloga kod djeteta koje je do tog trenutka normalno funkcioniralo. Incidencija APS-a viša je uz majke s paničnim poremećajem, a razlike u zastupljenosti prema spolu nisu utvrđene (Wenar, 2003).

Temeljno obilježje APS-a je prekomjerna anksioznost prilikom separacije od djetetu bliskih ljudi. Mlađa djeca se prilikom odvajanja znaju „vješati“ po roditelji i imati izljeve bijesa i plača, dok starija djeca postaju uznemirena kada su dugo vremena vani ili ako trebaju provesti noć van vlastite kuće. Anksiozni poremećaj zbog separacije očituje se preko tjelesnih simptoma poput bolova u trbuhu, glavobolje prije same separacije, a djeca imaju nerealnu i trajnu zabrinutost zbog nesreće koja se može dogoditi osobi od koje se odvajaju. Česta su odbijanja odlaska u vrtić/školu, odbijanje odlaska na spavanje bez osobe za koju su vezani i slično (Wenar,

2003). „U situacijama izloženosti separaciji od doma ili figure privrženosti djeca doživljavaju značajan distres te pokušavaju izbjeći separaciju, a izbjegavajuće ponašanje uključuje plač, tantrume ili odbijanje sudjelovanja u aktivnostima koje zahtijevaju separaciju“ (Paradžik i sur. 2018: 252).

Prema DSM-V za dijagnozu separacijskog anksioznog poremećaja trebaju biti zadovoljena minimalno tri kriterija, smetnje moraju trajati barem četiri tjedna i ometati svakodnevno funkcioniranje. Prema istraživanjima, APS se javlja češće kod djevojčica (6,8%) nego kod dječaka (3,2%), a pokazalo se i da čak 50 do 70% djece sa separacijskim poremećajem dolazi iz obitelji nižeg socioekonomskog statusa. Nasljednost ovog poremećaja procijenjena je na visokih 73% po uzorku šestogodišnjih blizanaca, a dokazano je kako je upravo APS, u usporedbi s drugim anksioznim poremećajima, pod najvećim utjecajem okolinskih faktora. Autori ističu kako su roditeljska ponašanja poput niske razine topline, pretjerana zaštita i uključenost u djetetove svakodnevne aktivnosti povezana sa nastankom i održavanjem separacijskog poremećaja jer obeshrabruju razvoj djetetove autonomije (Paradžik i sur., 2018).

13. Liječenje

„Tretman za djecu s blaže izraženim simptomima anksioznosti uključuje psihoedukaciju i suportivnu psihoterapiju. Ukoliko se radi o mlađem djetetu primjenjuje se terapija igrom u kojoj se djeca slobodno izražavaju verbalno, fizički ili samom igrom. Psihoterapija se uvodi onda kada su simptomi anksioznosti umjereno izraženi i ometaju normalno funkcioniranje djeteta. Postoje različite psihoterapijske tehnike, ali najviše je dokaza o učinkovitosti kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) u akutnoj fazi i dugotrajnom liječenju anksioznih poremećaja kod djece. Za teške simptome anksioznosti koji onemogućavaju funkcioniranje djeteta te uključivanje u psihoterapiju ili kod djelomičnog odgovora na psihoterapiju primjenjuju se psihofarmakološke terapije. Učinkoviti terapijski postupak trebao bi uključivati kontrolu anksioznosti, eliminaciju modela izbjegavanja, povećanje socijalne i profesionalne učinkovitosti, porast kvalitete života i tretman komorbiditetnih poremećaja. Odabir psihoterapijskog pristupa određuje se prema kliničkoj slici, ličnosti djeteta te specifičnostima razvojne dobi u kojoj se dijete nalazi, tipu problema i načinu komunikacije. Najvažnije je pridobiti povjerenje djeteta i motivirati ga za sudjelovanje kao i samu obitelj. Djeca rijetko samostalno traže psihoterapijski pristup. Često budu upućeni od strane roditelja, učitelja ili liječnika obiteljske medicine“ (Poljak i Begić., 2016: 323).

Autori kao metode liječenja anksioznih poremećaja navode: farmakoterapiju, obiteljsku terapiju, podržavajuću psihoterapiju, terapiju temeljenu na usredotočenoj svjesnosti te kognitivno-bihevioralnu terapiju i terapiju igrom koje su najučinkovitije za rad s djecom s anksioznim poremećajima pa ćemo ih u nastavku detaljnije objasniti.

13.1. Psihofarmakološke metode

Crnković (2017) osvrnuo se na biološki pogled na anksiozne poremećaje te u centar zbivanja stavlja amigdalu. Amigdala je moždana jezgra smještena u blizini hipokampusa i ima vrlo važnu ulogu u povezivanju senzornih i kognitivnih informacija te određuje hoće li doći do odgovora u obliku straha. Procesuiranje odgovora na strah regulirano je brojnim neuronalnim vezama koje ulaze i izlaze iz amigdala. Dokazano je da je prilikom stvaranja simptoma anksioznosti na razini amigdala uključeno više neurotransmitera te da razni anksiolitici djeluju na njih kako bi ublažili simptome tjeskobe i straha. Psihofarmakološkim istraživanjima nastoji se utvrditi da specifični lijekovi pojačavaju sinapse na strani gašenja straha na vratima amigdale što može pridonijeti učenju gašenja straha u amigdalama te tako smanjiti simptome anksioznih poremećaja. Druga psihofarmakološka metoda je rekonsolidacija¹ pamćenja straha što može koristiti kao terapija za osobe sa anksioznim smetnjama. Pokusima je dokazano da emocionalno pamćenje može biti oslabljeno i izbrisano prilikom ponovnog proživljavanja te da primjena β -blokatora i opijata može oslabiti kondicioniranje traumatskog pamćenja i potencijalno smanjiti izgleda za obolijevanje od PTSP-a (Crnković, 2017).

13.2. Terapija igrom

Poljak i Begić (2016) opisuju terapiju igrom utemeljenu na teorijskim postavkama Axline, Rogersa, Winnicota i Oaklandera, čije se učenje temeljilo na pretpostavci da su djeca od najranije dobi sposobna donositi odluke i preuzimati odgovornost. Terapija igrom danas uvelike doprinosi radu s djecom sa anksioznim smetnjama i primjenjuje se kod mlađe djece. Cilj terapije je stvaranje podržavajućeg odnosa između djeteta i terapeuta koji doprinosi prevladavanju anksioznosti. Uloga terapeuta je pratiti dijete i posvetiti mu potpunu pažnju te stvoriti sigurno okruženje koje omogućava djetetu slobodno fizičko i verbalno izražavanje, a dijete samostalno odabire materijale i načine igre. Terapeut povremeno reflektira djetetu svoja opažanja, a takav terapijski proces omogućava djetetu da se u potpunosti usmjeri na vlastite

¹ Rekonsolidacija - stanje u kojem kod ponovne aktivacije upamćenoga konsolidiranog straha on postaje labilan te je potrebna sinteza proteina da učini ovo pamćenje intaktnim.

snage i samo pronade načine ponašanja i ophođenja emocija. U terapiji s igrom, prema literaturi, mogu se koristiti terapijsko pričanje, glazba, ples, pokret, dramatizacija, crtanje, slikanje te glina i plastelin.

13.3.Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT)

Kognitivno-bihevioralna terapija pokazala se učinkovitom u radu s djecom, a čini ju spoj kognitivne i bihevioralne terapije. Kognitivna terapija bavi se otkrivanjem i mijenjanjem negativnih misli i pretpostavki, dok bihevioralne terapije rade na promjeni samog ponašanja. Kod KBT razlikujemo tri metode: terapije temeljene na kognitivnoj rekonstrukciji u kojima se ističe važnost unutarnjeg monologa, a pacijent daje upute samome sebi i potkrepljuje sustavno opažanje, zatim terapije rješavanja problema koje omogućavaju više rješenja za neprimjerene obrasce te terapije suočavanja koje se temelje na imaginarnom i stvarnom suočavanju s izazovnim situacijama.

Kognitivno-bihevioralne terapije kod djece s generaliziranim anksioznim poremećajem djeluju na pretjerane brige i fiziološke znakove anksioznosti te djeluju terapije rješavanja problema i terapije temeljene na kognitivnoj rekonstrukciji. Terapije kognitivnog rekonstruiranja učinkovite su i kod djece s separacijskim poremećajem pomažući im proučiti anksiozne misli i pronaći adekvatno rješenje za iste. Kod djece s paničnim poremećajem terapijski tretman uključuje psihoedukacije koje vode do progresivnog opuštanja mišića, disanja i relaksacije te postepeno izlagane fobičnim situacijama. Nadalje, djeca sa socijalnim fobijama postepeno se izlažu situacijama koje izazivaju anksioznost te se nastoje razviti bolje socijalne vještine kod djeteta (Poljak, i Begić, 2016).

Autori ističu i važnost uključivanja roditelja u tretman liječenja, poticanje roditelja na aktivno sudjelovanje i provođenje terapijskog tretmana, roditeljsko potkrepljivanje pozitivnih obrazaca ponašanja djeteta te poticanje roditelja na rad na vlastitoj samokontroli i rekonstrukciji njihovih negativnih misli.

Paradžik i sur (2018), u svome su radu opisali istraživanje Waltersa i sur. (2009) u kojem je ispitana učinkovitost KBT tretmana na 80 djece u dobi od 4 do 8 godina, s dijagnozom separacijskog poremećaja, socijalnih fobija i GAP-a. Uspoređivana je učinkovitost terapije za roditelje te kombinirane terapije djeteta i roditelja. Modul za roditelje uključivao je psihoedukaciju, savjetovanje u odnosu s djetetom, vještine komunikacije, rješavanje problema

i strategije nošenja sa anksioznošću, dok je modul dijete + roditelj uključivao relaksacijski trening, razvijanje socijalnih vještina, psihoedukaciju, samoupute, kognitivno rekonstruiranje i tehnike za rješavanje problema. Čak 75% djece koja su prošla kombinirani tretman više nije zadovoljavalo kriterije anksioznih poremećaja, dok je tretmanom pruženom samo roditeljima postignut rezultat od 60% djece koja više nisu zadovoljavala kriterije za anksiozne poremećaje. Pokazalo se da su moduli isključivo za roditelje korisni najviše mlađoj djeci koja su nedostupna kognitivnim intervencijama. Za djecu predškolske dobi, najučinkovitijim se pokazao tretman oblikovanja ponašanja kroz vođenje i modeliranje, koji je oblik kombiniranog tretmana te se koristi u radu s djecom od 3 do 7 godina i uči roditelje vještinama učinkovitog potkrepljivanja željenih dječjih ponašanja (Paradžik i sur, 2018).

13.4. Upotreba likovnog izričaja u psihoterapiji djece

Kušević i Greguraš (2020) ukazuju na važnost upotrebe crteža i slike u psihoterapijskim procesima liječenja djece i adolescenata. Upotrebom slikanja smanjuje se tjeskoba djeteta, a psihoterapeut dobiva uvid u nesvjesno funkcioniranje te lakše prati i analizira terapijski proces. Terapijski rezultati mogu se pratiti preko individualnih crteža, ali i grupnih radova djece. Psihoterapija posredovana crtežom ili slikom primjenjiva je kao dijagnostička metoda u gotovo svim dijagnostičkim kategorijama djece i adolescenata. Autori se osvrću na istraživanja Ahmadija i sur. koja ukazuju na pozitivnu korelaciju slobodnog umjetničkog izražavanja i smanjenja anksioznih teškoća kod djece koja imaju teškoće pri verbalizaciji i apstraktnom mišljenju.

13.5. Relaksacija i desenzitizacija

S ciljem učenja osobe da osvijesti vlastite fiziološke i mišićne reakcije na anksioznost provodi se trening relaksacije. Treningom relaksacije osoba stječe sposobnost da upravlja opuštanjem različitih mišićnih skupina u stvarnim životnim situacijama. Postupak relaksacije često uključuje maštu, tj. terapeuti potiču pacijente na stvaranje pozitivne mentalne slike kojoj je namjena izazivanje opuštanja. Kada se tehnike relaksacije kombiniraju s izlaganjem zastrašujućoj situaciji i stresorima, tada govorimo o desenzitizaciji. U procesu desenzitizacije osoba, dok je potpuno opuštena, smišlja niz zastrašujućih situacija počevši od najmanje do najviše zastrašujuće situacije. Postupak se ponavlja sve dok osoba više ne može zamisliti zastrašujuću situaciju (Wicks-Nelson, 2021).

14. Roditelji i odgojitelji

Stresne i krizne situacije uvelike mogu utjecati na razinu anksioznosti kod djeteta. Stresnu situaciju izaziva promjena u okolini koja remeti psihosocijalnu ravnotežu pojedinca, a kriznu situaciju izaziva promjena jednog ili više aspekata realnosti pojedinca što može narušiti društveno funkcioniranje na duži period. Kriza je traumatski događaj koji nastaje naglo i pogođene osobe su preplavljene strahom i osjećajem ranjivosti i bespomoćnosti.

Svako se dijete rađa sa sličnim sposobnostima i različitim temperamentom, a tokom odrastanja sva djeca prolaze kroz različite promjene, različitih intenziteta te taj cjelokupni proces odrastanja sam po sebi predstavlja krizu. Djeca izložena kriznim situacijama često imaju izraženije strahove i napetost, javlja se regresija u ponašanju, slabija je koncentracija i samopoštovanje, povećana je agresivnost, razdražljivost i emocionalna nestabilnost, a javljaju se i tjelesni simptomi. Tipične reakcije predškolskoga djeteta na traumatske događaje su: mokrenje u krevet, strah od mraka i životinja, noćne more, govorne teškoće, gubitak teka, strah od nepoznatih ljudi te zbunjenost. Pravovremeno prepoznavanje reakcija i intervencija istih od iznimne je važnosti za kasniji djetetov razvoj. Dijete je potrebno slušati i razumjeti, pružiti mu priliku da iskaže osjećaje na sebi svojstven način i poticati djetetov emocionalni razvoj. Roditelji i odgojitelji, trebali bi biti djetetu dostupni i ohrabrivati ga da govori o osjećajima, pažljivo slušati dijete, iskazivati empatiju i kod djeteta stvoriti osjećaj sigurnosti. Vrlo je važno dobro poznavati dijete i normalnu razvojnu fazu djeteta kako bi mogli uočiti moguća odstupanja u ponašanjima i reakcijama, odnosno prepoznati dijete u krizi. Kod rješavanja krizne situacije, neizostavan segment je kvalitetna suradnja ustanove i roditelja, bez prisutnosti osuđivanja, a odgojitelji su tu kako bi roditeljima pomogli u tumačenju djetetovih osjećaja, kako bi pomogli roditeljima u rješavanju problema te olakšali separacijski proces i roditeljima i djeci. I djeca i roditelji imaju teškoće prilikom prvog odvajanja, ali za razliku od djece, roditelji su u stanju razumjeti i prihvatiti činjenicu da je odvajanje isključivo privremeno, dok dijete tu činjenicu ne može racionalizirati, a odvajanje od skrbnika rezultira strahom od nepoznatog (Bujišić, 2005). Dijete ne shvaća da će se roditelj vratiti po njega jer ono nema pojam o vremenu ili iskustva potrebna za razumijevanje situacije te je važno da roditelji, već od prvih mjeseci, razgovaraju s djetetom o tome gdje idu i kada će se vratiti. Prilikom pozdravljanja djetetu treba objasniti da ga ne napuštamo i pružiti mu visoku razinu ljubavi i pažnje ukazujući mu na činjenicu da je i njima žao što jedan period neće biti s njim. Samo odvajanje, nakon objašnjenja i ohrabrenja, treba biti čvrsto bez grižnje savjesti, a produljivanje procesa rastanka može rezultirati samo s produljenjem plača i dodatno otežati cijeli proces (Laniado, 2007).

Poremećeno ponašanje djece koja proživljavaju određenu traumu je očekivano, jer djeca trebaju izraziti svoje osjećaje, a kako ih češće iskazuju ponašanjem nego riječima, česte su frustracije i strahovi. Najmanje što roditelji i odgojitelji trebaju osigurati djetetu je osjećaji sigurnosti i poštivanja u međusobnim odnosima, ali i u okruženju. Osim navedenog, iznimno je bitno kod djeteta razviti vještine suočavanja s problemom i jačati djetetove kompetentnosti te učiti dijete o prihvatljivom i pravilnom načinu izražavanja emocija. Roditelji najbolje poznaju svoje dijete i sukladno tomu, oni mogu najviše pojasniti uzroke poremećenog ponašanja te se kvalitetnom međusobnom suradnjom postići najbolji rezultati za dobrobit samoga djeteta. Osim roditelja i odgojitelja, po potrebi mogu pomoći i stručni suradnici poput psihologa i pedagoga (Bujišić, 2005).

ZAKLJUČAK

Anksioznost se javlja u gotovo svakog pojedinca, bez obzira na spol i dob, a najviše je okarakterizirana negativnim razmišljanjima o potencijalnim lošim ishodima. Ukoliko anksioznost „kontrolira“ pojedinca i njegova ponašanja, tada govorimo o anksioznom poremećaju. Anksiozni se poremećaji javljaju relativno rano te su jedni od najčešćih psihičkih poremećaja predškolske dobi. Od najranijeg djetinjstva postoje mnogobrojni faktori rizika, ali i zaštitni faktori, koji utječu na razvoj anksioznih i/ili drugih psihičkih poremećaja, a u prvom redu je privrženost djeteta i skrbnika te obiteljska dinamika. Razvoj anksioznosti i anksioznih poremećaja proučava se u vidu psihoanalitičke teorije neuroza, bihevioralne teorije, obiteljske teorije i kognitivne teorije, a tretira se farmakološkim, psihološkim ili kognitivno-bihevioralnim metodama. Kod djece predškolske dobi najzastupljenija je separacijska anksioznost, a nerijetko se javljaju i poremećaj s pretjeranom anksioznošću te razni strahovi i fobije. Ostali anksiozni poremećaji (PTSP, OKP, panični poremećaj, GAP) češće se javljaju u adolescenciji i odrasloj dobi, ali mogu započeti i u predškolskom razdoblju te biti prediktor za razvoj nekih drugih poremećaja u odrasloj dobi. Kod djece predškolske dobi s anksioznim smetnjama učinkovita je i likovna terapija, terapija igrom i desenzitizacija, a u sam proces liječenja od iznimne važnosti je uključiti i obitelj te provoditi obiteljsku terapiju. Roditelji i odgojitelji trebaju biti djetetu dostupni, poticati dijete da govori i obrazloži svoje osjećaje te mu pružiti razumijevanje i podršku te po potrebi uključivati i vanjske suradnike (pedagog, psiholog, logoped i sl.).

LITERATURA

Bujišić, G. (2005) *Dijete i kriza: priručnik za odgojitelje, učitelje i roditelje*, Zagreb: Golden Marketing – Tehnička knjiga

Crnković, D. (2017). Anxiety and How to Heal it. *Medicus*, 26(2 Psihijatrija danas), 185-191. <https://hrcak.srce.hr/189044> (pristupljeno 20.05.2023)

Gregurek, R., & Ražić Pavičić, A. (2017). Anksioznost: psihodinamski i neurobiološki dijalog. *Socijalna psihijatrija*, 45(2), 117-124. <https://hrcak.srce.hr/183748> (pristupljeno 29.05.2023)

Hollander, E., Simeon, D. (2006). *Anksiozni poremećaji*, Jastrebarsko: Naklada Slap

Kušević, Z., & Greguraš, S. (2020). Upotreba likovnog izričaja u analitički orijentiranoj psihoterapiji djece i adolescenata. *Medica Jadertina*, 50(1), 43-46. <https://hrcak.srce.hr/236689> (pristupljeno 05.06.2023)

Laniado, N. (2007) *Nemirna djeca (što učiniti kada su naša djeca nervozna i uznemirena?)*, Rijeka: Studio TiM

Maršanić, V.B., Zečević, I., Ercegović, N., Paradžik, L., & Grgić, V.(2016). Sva lica dječje depresije – heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata. In *Zbornik radova za medicinske sestre, XXXIII. Seminar* (pp. 161-171). <http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2016/PDF/Dok%2024.pdf> (pristupljeno 12.06.2023)

Milovanović, T., Ajanović, A., & Živčić-Bećirević, I. (2022). Uloga majčina kognitivnog stila obilježenoga strepnjom, majčinih ponašanja i stresnih životnih događaja u objašnjenju anksioznosti i depresivnosti djece. *Psihologijske teme*, 31(2), 259-276. <https://hrcak.srce.hr/280538> (pristupljeno 29.05.2023)

Paradžik, L., Kordić, A., Zečević, I., Šarić, D., & Boričević Maršanić, V. (2018). “Don’t leave, please”–cognitive behavioural treatment of a child with separation anxiety disorder. *Socijalna psihijatrija*, 46(3), 251-268. <https://hrcak.srce.hr/206618> (pristupljeno 20.05.2023)

Pepić, F., Milovanović, O., Djurić, S., Biočanin, V., Đurić, D. (2017). *Kognitivno bihevioralna teorija i terapijska adherenca* <http://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0351-2665/2017/0351-26651702053P.pdf> (pristupljeno 05.06.2023)

Poljak, M., & Begić, D. (2016). *Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata*. Socijalna psihijatrija, 44(4), 310-329. <https://hrcak.srce.hr/174630> (pristupljeno 18.05.2023)

Profaca, B. (2016). Traumatizacija djece i mladih. *Ljetopis socijalnog rada*, 23(3), 345-361. <https://hrcak.srce.hr/177426> (pristupljeno 11.06.2023)

Ružić, V., & Matešić, K. (2015). BYI-II—Beckovi inventari za mlade—Drugo izdanje za djecu i adolescente—Provjera valjanosti instrumenta u Republici Hrvatskoj.[BYI-II—Beck youth inventories for children and adolescents, —Examination of the validity of the instrument in the Republic of Croatia]. *Klinička psihologija*, 8(1), 49-62. <http://klinicka.nakladaslap.com/public/pdf/2015-1-4.pdf> (pristupljeno 01.06.2023)

Štrkalj Ivezić, S., Folnegović Šmalc, V., & Mimica, N. (2007). Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja. *Medix: Specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13(71), 56-58. <https://hrcak.srce.hr/file/34454> (pristupljeno 18.05.2023)

Vasta R., Haith M. M., Miller S. A., (2005), *Dječja psihologija, moderna znanost*, Jastrebarsko: Naklada Slap

Vulić-Prtorić, A. (1986). Razvojna psihopatologija:" Normalan razvoj koji je krenuo krivim putem". *Papers on Philosophy, Psychology, Sociology and Pedagogy*, 25(2). <https://doi.org/10.15291/radovifpsp.2576> (pristupljeno 10.06.2023)

Vulić-Prtorić, A. (2002). Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata. *Suvremena psihologija*, 5(1). <https://hrcak.srce.hr/3214> (pristupljeno 10.06.2023)

Vulić-Prtorić, A., Cohza, R., Grubić, M., Lopižić, J., & Padelin, P. (2008). Anksiozna osjetljivost i psihosomatski simptomi u djece i adolescenata. *Klinička psihologija*, 1(1-2), 7-25. <https://hrcak.srce.hr/158295> (pristupljeno 20.05.2023)

Wenar, C. (2003), *Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dojenačke dobi do adolescencije*, Jastrebarsko: Naklada Slap

Wick Nelson, R., Israel, A. (2021), *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja djece i adolescenata (s nadopunama iz DSM-V)*, Jastrebarsko: Naklada Slap

SAŽETAK

Tema ovoga rada su anksiozne smetnje u predškolskom razdoblju. U radu je prvenstveno opisana anksioznost i anksiozne smetnje te na koje sve načine procijeniti i dijagnosticirati anksiozna ponašanja. Brojni su čimbenici koji utječu na razvoj i povećanje anksioznih smetnji pa su, sukladno tomu, prikazani i faktori rizika. Nadalje, ukratko su predstavljene teorije o etiologiji samoga poremećaja, pa se u radu spominju: psihoanalitička teorija neuroza, bihevioralna teorija, kognitivna teorija i obiteljska teorija. Prema DSM-V, razlikujemo šest kategorija anksioznih poremećaja, a u radu su ukratko opisani te predstavljeni prema općoj populaciji, ali i u predškolskoj dobi. Predstavljeni su i poremećaj s pretjeranom anksioznošću i anksiozni poremećaj zbog separacije, kao dva najtipičnija anksiozna poremećaja za dječju dob. Uključen je i prikaz depresije i depresivnog poremećaja zbog visokog komorbiditeta sa anksioznošću te utjecaj depresivnih majki i provedeno istraživanje pojave depresije zbog gubitka majke (skrbnika). U radu je opisano nekoliko vrsta terapija anksioznih smetnji, a naposljetku su navedene metode rada i savjeti za rad s djecom koja pate od anksioznog poremećaja, raznih strahova i traumatskih iskustava.

Ključne riječi: anksioznost, anksiozne smetnje, strah, dijete, terapija

SUMMARY

The topic of this work is anxiety disorders in the preschool period. This work primarily describes anxiety and anxiety disorders and how to assess and diagnose anxious behaviors. There are numerous factors that influence the development and increase of anxiety disorders, so the risk factors are presented accordingly. Furthermore, theories about the etiology of the disorder itself are presented, and some of them are described: psychoanalytic theory of neuroses, behavioral theory, cognitive theory and family theory. According to DSM-V, we distinguish six categories of anxiety disorders, and they are briefly described and presented according to the general population, but also in preschool age. Both excessive anxiety disorder and separation anxiety disorder are presented, as the two most typical anxiety disorders for children. A presentation of depression and depressive disorder, the influence of depressed mothers, as well as research into the occurrence of depression due to the loss of a mother (caregiver) are also included and presented due to high comorbidity with anxiety. Several types of therapy for anxiety disorders are described, and finally work methods and advice for working with children suffering from anxiety disorders, various fears and traumatic experiences are listed.

Key words: anxiety, anxiety disorders, fear, child, therapy

SVEUČILIŠTE U SPLITU
FILOZOFSKI FAKULTET

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

kojom ja Marieta Marinović, kao pristupnik/pristupnica za stjecanje zvanja magistra/magistrice ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja, izjavljujem da je ovaj diplomski rad rezultat isključivo mogega vlastitoga rada, da se temelji na mojim istraživanjima i oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio diplomskoga rada nije napisan na nedopušten način, odnosno da nije prepisan iz necitiranoga rada, pa tako ne krši ničija autorska prava. Također izjavljujem da nijedan dio ovoga diplomskoga rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Split, 4.7.2023

Potpis



Izjava o pohrani i objavi ocjenskog rada
(završnog/diplomskog/specijalističkog/doktorskog rada - podcrtajte odgovarajuće)

Student/ica: Marieta Marinović

Naslov rada: Anksiozne smetnje u predškolskoj dobi

Znanstveno područje i polje: društvene znanosti, psihologija

Vrsta rada: Završni rad

Mentor/ica rada (ime i prezime, akad. stupanj i zvanje):
doc. dr. sc. Katija Kalebić Jakupčević

Komentor/ica rada (ime i prezime, akad. stupanj i zvanje):

Članovi povjerenstva (ime i prezime, akad. stupanj i zvanje):
izv. prof. dr. sc. Morana Koludrović
doc. dr. sc. Katija Kalebić Jakupčević
doc. dr. sc. Toni Maglica

Ovom izjavom potvrđujem da sam autor/autorica predanog ocjenskog rada (završnog/diplomskog/specijalističkog/doktorskog rada - zaokružite odgovarajuće) i da sadržaj njegove elektroničke inačice u potpunosti odgovara sadržaju obranjenog i nakon obrane uređenog rada.

Kao autor izjavljujem da se slažem da se moj ocjenski rad, bez naknade, trajno javno objavi u otvorenom pristupu u Digitalnom repozitoriju Filozofskoga fakulteta Sveučilišta u Splitu i repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti (NN br. 119/22).

Split, 4.7.2023

Potpis studenta/studentice: Marieta

Napomena:

U slučaju potrebe ograničavanja pristupa ocjenskom radu sukladno odredbama Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima (111/21), podnosi se obrazloženi zahtjev dekanici Filozofskog fakulteta u Splitu.