

# Anksiozni poremećaji u dječjoj dobi

---

**Poljak, Mihajela**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2016**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:814807>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-09-06**



*Repository / Repozitorij:*

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**MEDICINSKI FAKULTET**  
**SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Mihajela Poljak**

**Anksiozni poremećaji u dječjoj dobi**

**DIPLOMSKI RAD**



**Zagreb, 2016.**

Ovaj diplomski rad izrađen je u Klinici za psihijatriju KBC-a Zagreb Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom prof. dr. sc. Dražena Begića i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2015./2016.

## POPIS I OBJAŠNENJE KRATICA KORIŠTENIH U RADU

ADHD — poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (eng. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*)

ACT — terapija prihvaćanjem i posvećenošću (eng. *Acceptance and Commitment Therapy*)

GABA — gama-amino maslačna kiselina

GAP — generalizirani anksiozni poremećaj

DBT — dijalektička bihevioralna terapija (eng. *Dialectical Behavior Therapy*)

DSM-5 — Dijagnostički i statistički priručnik za psihičke poremećaje, peto izdanje (eng. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*)

ICBT — integrativna bihevioralna terapija parova (eng. *Integrated Cognitive Behavioral Therapy*)

IDP — Intervju za dijagnostiku poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji

KBT — kognitivno-bihevioralna terapija

MBCT — kognitivna terapija zasnovana na usredotočenoj svjesnosti (eng. *Mindfulness Based Cognitive Therapy*)

MBSR — Program za ublažavanje stresa (eng. *Mindfulness Based Stress Reduction*)

MBT — terapija bazirana na usredotočenoj svjesnosti (eng. *mindfulness based therapy*)

MKB-10 — Međunarodna klasifikacija bolesti (eng. *International Classification of Diseases*)

MT — metakognitivna terapija

OKP — opsesivno-kompulzivni poremećaj

PD — panični poremećaj (eng. *Panic Disorder*)

PTSP — posttraumatski stresni poremećaj

SAP — separacijski anksiozni poremećaj

SCAN — Protokoli za kliničku procjenu u neuropsihijatriji (eng. *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*)

SIPPS — selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

SPAI — Registar socijalne fobije i anksioznosti (eng. *Social Phobia and Anxiety Inventory*)

SŽS — središnji živčani sustav

# SADRŽAJ

POPIS KRATICA

SAŽETAK

SUMMARY

1. UVOD.....	1
2. EPIDEMIOLOGIJA.....	2
3. ETIOLOGIJA.....	3
3.1 Genetski čimbenici.....	3
3.2 Biologijske teorije.....	3
3.3 Psihoanalitičke teorije.....	4
3.4 Bihevioralne teorije.....	4
3.5 Kognitivne teorije.....	5
4. FAKTORI RIZIKA ZA RAZVOJ ANKSIOZNIH POREMEĆAJA.....	6
4.1 Anksiozna osjetljivost.....	7
5. KLINIČKA SLIKA I DIJAGNOZA.....	9
5.1 Diferencijalna dijagnoza.....	15
5.2 Komorbiditet.....	15
6. KLASIFIKACIJA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA.....	16
6.1 Separacijski anksiozni poremećaj.....	17
6.2 Socijalna fobija/ socijalni anksiozni poremećaj.....	18
6.3 Generalizirani anksiozni poremećaj.....	19
6.4 Specifična fobija.....	20
6.5 Panični poremećaj s ili bez agorafobije.....	21
6.6 Opsesivno-kompulzivni poremećaj.....	22
6.7 Selektivni mutizam.....	23
6.8 Posttraumatski stresni poremećaj.....	23

7. LIJEČENJE .....	24
7.1 Farmakoterapija .....	25
7.2 Kognitivno-bihevioralna terapija .....	27
7.3 Podržavajuća (suportivna) psihoterapija .....	28
7.4 Obiteljska psihoterapija .....	29
7.5 Terapija igrom .....	29
7.6 Terapija bazirana na usredotočenoj svjesnosti .....	30
8. PREVENCIJA .....	32
9. ZAKLJUČAK .....	34
10. ZAHVALE .....	35
11. POPIS LITERATURE .....	36
12. ŽIVOTOPIS .....	40

## SAŽETAK

Naslov: Anksiozni poremećaji u dječjoj dobi

Autor: Mihajela Poljak

Anksiozni poremećaji jedni su od najčešćih mentalnih poremećaja u dječjoj i adolescentnoj dobi. Temeljno obilježje ovih poremećaja je razvojno neprimjerena razina anksioznosti i strahova koji ometaju normalno funkcioniranje djeteta. Važno je dječje strahove promatrati u kontekstu razvojnih procesa. Prevalencija anksioznih poremećaja kod djece kreće se od 10 do 20%. Zastupljeni su u oba spola, iako se češće javljaju kod djevojčica i to nakon šeste godine života. Pravovremeno otkrivanje i liječenje dječje anksioznosti može smanjiti negativni utjecaj koji ovi poremećaji ostavljaju na daljni razvoj kako bi se smanjio negativan utjecaj na školsko, obiteljsko i socijalno funkcioniranje djece i mladih. Često dolaze u komorbiditetu s ostalim psihijatrijskim poremećajima. Manifestiraju se kroz čitav spektar najrazličitijih promjena kroz emocionalne, kognitivne, bihevioralne i tjelesne simptome. Multifaktorijalne su etiologije, nastaju djelovanjem različitih bioloških, genetskih, psiholoških i socijalnih čimbenika. U liječenju anksioznih poremećaja najviše rezultata daje kombinirani tretman koji se temelji na kognitivno-bihevioralnoj terapiji (KBT) i farmakoterapiji. Kognitivna terapija otkriva i mijenja negativne automatske misli, pogrešna bazična vjerovanja, pretpostavke i iskrivljena mišljenja. Bihevioralne tehnike imaju za cilj promjenu ponašanja. Od lijekova najčešće se primjenjuju selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina koji predstavljaju prvu liniju terapije i dokazano su najučinkovitiji za anksiozne poremećaje. Prognoze su najbolje u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji ako se s tretmanom krene što prije te osim samog djeteta u planiranje i provođenje terapijskog tretmana uključe roditelji odnosno skrbnici djeteta.

Ključne riječi: anksioznost, anksiozni poremećaji, strah, djeca i adolescenti



## **SUMMARY**

Title: Anxiety disorders in childhood

Author: Mihajela Poljak

Anxiety disorders are one of the most common mental disorders when it comes to children and adolescents. The core feature of these disorders is a level of anxiety and fears that is not appropriate for that stage of development in a child which leads to anxiety disorders having a significant impact on disrupting daily activities of a child. It is important to monitor children's fears within the context of their development. Estimations show that approximately 10 to 20% of all children develop some kind of anxiety disorders. They are present with the children of both sexes, although some anxiety disorders have shown to be featured more often in girls. Anxiety disorders can be diagnosed after the age of six. Early discovery and proper treatment can significantly help with the possible negative effects these disorders have on social and family life as well as on a child's performance in school. Anxiety disorders are comorbid conditions with other psychiatric disorders. Anxiety is manifested in the form of bodily, psychological, cognitive and behavioural changes. When it comes to etiology, a variety of factors are present, with the causes of anxiety disorders still not fully known, but both psychiatric and general medical factors are involved. Clinical studies, as well as every day practice, have shown that most effective results yield when cognitive- behavioural therapy (CBT) combined with prescription medication is utilized. Cognitive therapy bases its approach on identifying and replacing negative thinking patterns and behaviours with positive ones while behavioural techniques aim to change behavioural patterns in children with anxiety disorders. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are the first choice when it comes to medication therapy as they are proven time and time again to be the most effective in anxiety disorders. When diagnosed early and using a proper treatment, anxiety disorders can be reduced to a minimum as to not cause any damage to the child's life. It is crucial in children and adolescents psychiatry for the success of the treatment for parents or guardians to be heavily involved in all stages of treating the disorder, from planning to practicing techniques proposed by the physician.

Keywords: anxiety, anxiety disorders, fears, children and adolescents

## 1. UVOD

Anksioznost (tjeskoba, strepnja, strah, panika, uznemirenost, zabrinutost) je iskustvo u razvoju ličnosti koje iskusi svaka osoba tijekom razvoja. Važna je za očuvanje integriteta organizma. Postoje dvije vrste anksioznosti: normalna ili fiziološka i patološka anksioznost. Fiziološka anksioznost ima adaptivnu funkciju na nove ili ugrožavajuće situacije. Određeni stupanj anksioznosti poželjan je zbog motivacije ličnosti na produktivnije ponašanje. Važno je naučiti kako ju kontrolirati (Begić 2014). Patološka anksioznost karakterizirana je strahom bez prisustva vanjskog ugrožavajućeg objekta. Kod anksioznosti objekt je nepoznat, traje dugo i kronična je, dok je u strahu objekt poznat, opasnost dolazi izvana, kratko traje i akutnog je tijeka (Begić 2014). Anksioznost može biti reakcija na opasnost koja dolazi iz intrapsihičkog konflikta iz vlastitog unutarnjeg psihičkog života (Nikolić i sur. 2004).

Strah i zabrinutost imaju osobito kliničko značenje ako su razvojno neprimjereni. Strahovi i anksioznost dio su djetetova razvoja, a velik broj djece doživljava intenzivnu uznemirenost zbog svojih strahova. Najčešći strahovi kod novorođenčadi uključuju glasne zvukove, dok je dojenačko razdoblje obilježeno strahom od imaginarnih bića i mraka. Od pete do šeste godina djeca osjećaju strah vezano uz fizičke događaje (npr. ozljede ili otmica), a kasnije strah od prirodnih pojava (npr. oluja). Prema psihoanalitičkim teorijama strahovi su specifično razvojno uvjetovani. Školska djeca brinu o performansu u školi, biheavioralnim kompetencijama, odbijanju od strane vršnjaka, o zdravlju i bolestima. U adolescenata se javlja anksioznost vezana uz socijalne situacije i kompetencije (Sucheta i sur. 2009). Mlađa djeca i djevojčice doživljavaju veći broj strahova od adolescenata i dječaka (Vulić-Prtorić 2011). Kada strah i anksioznost značajno utječu na funkcioniranje djeteta, ometaju normalan psihosocijalan razvoj te dovode do teškoća u školskom, socijalnom i obiteljskom okruženju govori se o anksioznom poremećaju (Boričević-Maršanić 2013). Anksiozni poremećaji najčešći su psihijatrijski poremećaji u dječjoj i adolescentnoj dobi (Sucheta i sur. 2009). Izazivaju posljedice na dijete, obitelj i okolinu. U obiteljima se javlja sve više stresnih situacija. Multifaktorijalne su etiologije i heterogene kliničke slike. Često dolaze u komorbiditetu s ostalim psihijatrijskim poremećajima. Utječu na školski uspjeh djeteta. Anksioznost je prevladavajuća u svim anksioznim poremećajima, a manifestira se kroz čitav spektar najrazličitijih promjena kroz emocionalne, kognitivne, biheavioralne i tjelesne simptome. Rano otkrivanje i nadzor anksioznosti može pomoći smanjiti potrebu za velikim medicinskim pretragama i obradama. Liječenje djece s anksioznošću srednje jačine najčešće

započinje sa psihoterapijom. Kombinacija psihoterapije i farmakoterapije uglavnom je potrebna kod djece s umjerenom do jakom anksioznošću te kada se liječi komorbiditetni poremećaj ili kada postoji djelomičan odgovor na samu psihoterapiju. Anksioznost koja se pravovremeno ne prepozna i ne liječi, može imati kronične posljedice na razvoj djeteta, epizodično se javljati dalje kroz život ili utjecati na razvoj ostalih komorbiditetnih poremećaja.

## **2. EPIDEMIOLOGIJA**

Podaci o zastupljenosti anksioznih poremećaja u djece i adolescenata su različiti od autora do autora, a i postoje izvješća samo za određene poremećaje. Dodatni faktori koji otežavaju uvid u adekvatnu zastupljenost ovih poremećaja su dijagnostička preklapanja i komorbiditet. Prevalencija anksioznih poremećaja u dječjoj dobi i adolescenciji je veća od bilo kojeg drugog mentalnog poremećaja i kreće se od 10 do 20%. Zastupljeni su u oba spola, ali su češći kod djevojčica nakon šeste godine, a odnos između djevojčica i dječaka iznosi 2:1 (Boričević-Maršanić 2013). Specifične fobije, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) i panični poremećaj (PD) češće se javljaju kod ženskih pacijenata (Asbahr 2004). Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) se češće javlja kod dječaka. Podaci se razlikuju s obzirom na vrstu anksioznog poremećaja. Weiss i Last (2001) navode da se kod mlađe djece s obzirom na razvoj i strukturu češće javlja separacijski anksiozni poremećaj (od 2 do 12 % djece ima simptome, podjednako dečki i djevojčice). 3 do 12% ima generalizirani anksiozni poremećaj (GAP), socijalne fobije se pojavljuju u 1% djece, a specifične fobije u 3,3%. Najrjeđe se pojavljuju simptomi opsesivno-kompulzivnog poremećaja (u oko 1.9% djece) i panični poremećaji (0,7%), (Vulić-Prtorić 2011). Generalizirani anksiozni poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj i specifične fobije javljaju se s podjednakom učestalošću u doba djetinjstva i adolescencije, a kod adolescenata socijalna fobija i panični poremećaj (Sakolsky i sur. 2008).

### **3. ETIOLOGIJA**

Anksiozni poremećaji kod djece i adolescenata nastaju kao rezultat interakcije različitih bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika (Boričević-Maršanić 2013).

#### **3.1 Genetski čimbenici**

Brojna istraživanja uključuju genetske aspekte vezane uz anksiozne poremećaje. Dokazana je veća učestalost anksioznih poremećaja u pojedinim obiteljima. Studije obitelji i blizanaca pokazuju da genetski faktori igraju ključnu ulogu u etiologiji paničnog poremećaja, u kojem se povećana transmisija serotonina može povezati uz ovaj poremećaj (Asbahr 2004).

Nasljeđuje se predispozicija anksioznom reagiranju u stresogenim životnim situacijama. Od pojedinih gena posebno je istraživani polimorfizam u promotorskoj regiji gena za serotoninški transporter (5HTT, sodium dependent-serotonin transporter) koji uključuje 44bp inserciju ili deleciju. Prema istraživanjima djeca i adolescenti s GAP-om koji imaju kratku formu tog gena pokazuju veću razinu neuroticizma, anksioznosti te izbjegavanje opasnosti (Boričević-Maršanić 2013).

#### **3.2 Biološke teorije**

Prema ovim teorijama anksiozni poremećaji nastaju zbog poremećaja u neuralnoj komunikaciji i disbalansom ekscitacijskih i inhibicijskih neurotransmitorskih sustava. Još uvijek nije poznato u kojoj mjeri neurobiološki faktori utječu na razvoj poremećaja (Asbahr 2004). Istraživanja navode hipotezu o pomaku senzitivnosti benzodiazepinskih receptora te povećanom stvaranju anksiozenih tvari, odnosno smanjenju endogenih anksiolitičkih tvari u mozgu (Boričević-Maršanić 2013).

Bitnu ulogu predstavlja disfunkcija lokus ceruleusa i noradrenergičkih struktura poznata kao teorija lažnog alarma, ali i nukleus rafe i serotoninergičnih struktura (terapijski učinak selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina) (Asbahr 2004). Patogenozi anksioznosti doprinosi prema ovim teorijama funkcionalne i strukturne promjene u strijatumu, limbičkom sustavu i paralimbičkim regijama (amigdala, orbitofrontalni korteks, anteriorni cingularni korteks) (Asbahr 2004). Ove poremećaje karakterizira preosjetljivost i hiperaktivnost amigdale koja je povezana s aktivacijom osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda te uzrokuje porast razine hormona i pojavu tjelesnih simptoma anksioznosti (Begić 2014).

Iako neurobiološka podloga anksioznih poremećaja još uvijek nije dovoljno razjašnjena, može se zaključiti da su za nastanak ovih poremećaja odgovorne poremećene funkcije neurotransmitorskih (dopamin, noradrenalin, serotonin, gama-amino maslačna kiselina – GABA, glutamat, acetilkolin) i neuroendokrinih sustava (os hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda) koji sudjeluju u kontroli raspoloženja, emocija i kognicije te ponašanja (McClure i sur. 2007). Za klinički interes važno je naglasiti da abnormalne funkcije mozga, posebno hiperaktivacija amigdale smanjuju se s uspješnim tretmanom KBT-a ili lijekovima (McClure i sur. 2007).

### **3.3 Psihoanalitičke teorije**

Postoji nekoliko psihoanalitičkih teorija anksioznosti od S. Freuda sve do suvremenih teorija. Psihoanalitički koncept anksioznosti primarno dolazi od Freuda u okviru njegovog nagonско/strukturnog teorijskog modela (Rudan 2007). Iz tih teorija učenja proizlaze psihoanalitičke tehnike liječenja koje se danas uspješno primjenjuju u liječenju djece i adolescenata (Rudan 2007).

### **3.4 Bihevioralne teorije**

Bihevioralno tumačenje temelji se na teorijama učenja. One uključuju klasično uvjetovanje (kondicioniranje), operantno uvjetovanje i učenje modeliranjem. Ljudsko ponašanje može se naučiti na jedan od načina, a svako ponašanje bez obzira je li prilagođeno ili neprilagođeno, posljedica je istih osnovnih načela stjecanja i održavanja ponašanja. Bihevioralne teorije naglašavaju važnost hipersenzibilizacije i kondicioniranja kada prilikom neugodnog, traumatskog iskustva dolazi do vezivanja straha i anksioznosti na prethodno neutralne stimulanse (Boričević-Maršanić 2013). Dijete koje doživi neugodno iskustvo svaki idući puta u istoj situaciji osjeća neugodu. Takvo neodgovorajuće ponašanje širi se po principu generalizacije podražaja. Na kraju neutralni podražaj sam dovodi do reakcije. Operantno uvjetovanje (naziva se i instrumentalno učenje) temelji se na povezanosti ponašanja i posljedica. Ponašanje koje ima za rezultat pozitivne posljedice će se ponavljati, a ono ponašanje koje izaziva negativne će se prorijediti (Begić 2014). Važna komponenta ovog učenja jest potkrepljivanje odgovora koje omogućuje osobi da izbjegne uvjetovane štetne podražaje (Wenar 2003). Anksioznost je snažan pokretač, svako ponašanje koje je umanjuje ili uklanja biti će potkrepljeno. Ono može biti pozitivno, kada povećava vjerojatnost pojave

određenog odgovora u prisustvu određenog događaja. Negativno potkrepljenje povećava vjerojatnost za neki odgovor u odsutstvu određenog događaja (Begić 2014).

Modeliranje je učenje po modelu. Temelji se na promatranju i imitaciji drugih osoba koje reagiraju s boli, anksioznošću ili nekim drugim oblikom neprilagođenog ponašanja. Negativni afektivni odgovor rezultat je ovog učenja.

Dvofaktorska teorija anksioznosti koju je stvorio Orval H. Mowrer kombinacija je klasičnog i operantnog uvjetovanja. Anksiozni bolesnik klasičnim uvjetovanjem reagira na neutralan podražaj koji postaje uvjetovani podražaj te dovodi do straha. Operantnim uvjetovanjem uči kako izbjeći taj uvjetovani podražaj (Begić 2014).

### **3.5 Kognitivne teorije**

Prema ovim teorijama anksiozni poremećaji uzročno su povezani s negativnim mislima ili uvjerenjima pacijenta o sebi i svijetu (Compton i sur. 2004)). Osoba na jedinstven način doživljava okolinu i događaje oko nje. Taj vlastiti način poimanja svih iskustava i stvarnosti naziva se kognitivna shema (Begić, 2014). Promijenjeni kognitivni procesi koji uključuju negativne automatske misli, pogrešna bazična vjerovanja i kognitivne distorzije imaju važnu ulogu u stvaranju iskrivljene percepcije događaja i omogućuju nastanak psihičkog poremećaja. Albert Ellis je zaslužan za ABC shemu koja također tako sudjeluje u nastanku psihičkih procesa, a temelji se na aktivirajućem događaju (A), vjerovanjima, percepciji i interpretaciji događaja (B) te na reakcijama i posljedicama (C). Određeni događaj izazove reakciju ovisno na načinu na koji je percipiran. Ako osoba kontrolira svoja vjerovanja može utjecati na posljedice i mijenjati ih (Begić 2014). Anksiozni poremećaji će dovesti do promjena u procesiranju informacija na trima razinama: perceptivnoj, interpretativnoj i razini pamćenja. Anksiozne osobe na perceptivnoj razini od svih podražaja odabiru one koji su prijatnija, na interpretativnoj nejasne će podražaje tumačiti kao opasne, dok će na razini pamćenja biti sklone upamćivanju i lakšem dosjećanju anksioznih situacija (Begić 2014).

#### 4. FAKTORI RIZIKA ZA RAZVOJ ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

Kada se govori o rizičnim faktorima za razvoj anksioznih poremećaja u literaturi nalazimo na opće i specifične faktore koji su vezani uz određeni anksiozni poremećaj. Mnoge varijable se smatraju rizičnim faktorima kod anksioznih poremećaja (Beesdo i sur. 2009).

**Spol** - ženski spol je rizičan faktor kod anksioznosti, javlja se dvostruko češće te se pojačava s dobi. Izuzetak je opsesivno-kompulzivni poremećaj.

**Edukacija** - manja razina obrazovanja povezana je s višim razinama anksioznosti.

**Financijska situacija**- manji prihodi se povezuju sa višom razinom anksioznosti.

**Urbanizacija** - nema utjecaja.

**Dob**- u ranom djetinjstvu javljaju se fobije, OKP i separacijska anksioznost. Socijalna fobija i panični poremećaj po prvi puta se dijagnosticiraju tijekom adolescencije (Asbahr 2004).

**Osobine ličnosti**- istraživanja su pokazala da npr. jako stidljiva djeca su često žrtve vršnjačkog nasilja, zbog čega su u većem riziku da razviju neki od anksioznih poremećaja kasnije u životu. Djeca koja se teško nose s neizvjesnošću i/ili su često zabrinuta imaju veći rizik da razviju generalizirani anksiozni poremećaj (Beesdo i sur. 2009). Ovdje se također može navesti i preosjetljivost amigdale, što pogoduje razvoju anksioznosti. Procijenjeno je da je oko 50% genetičke korelacije između ovih poremećaja dolazi od genetskog faktora za neuroticizam (Beesdo i sur. 2009). Epidemiološke studije su u većini slučajeva potvrđivale ovakve tvrdnje s nekoliko indikacija o razlikama između depresije i anksioznosti (Beesdo i sur. 2009). Temperamentni koncept bihevioralne inhibicije dovodi do neprimjerenog straha i udaljavanja od situacije ako je riječ o nepoznatim situacijama. Djeca su sramežljiva i povučena kad se susreću sa strancima i osjećaju strah u nepoznatim situacijama. Bihevioralna inhibicija navodi se kao rizični faktor za razvoj anksioznih poremećaja, naglašavajući pri tome socijalnu fobiju (Beesdo i sur. 2009).

**Obiteljska povijest i dinamika** - istraživanja dokazuju da se anksiozni poremećaji češće pojavljuju među bliskim srodnicima. Istraživači ističu da djeca mogu naučiti strahove i fobije, gledajući i oponašajući roditelje (Beesdo i sur. 2009). U obiteljskim studijama, nasljednost je očita. Kod jednog roditelja s anksioznosti rizik je značajan, a posebice je značajan ukoliko oba roditelja boluju od anksioznog poremećaja (Beesdo i sur. 2009).

**Roditeljska ponašanja-** nepoželjna roditeljska ponašanja koja karakteriziraju negativna afektivnost, odbacivanje, visoka razina kontrole i hiperprotekcije povezane su sa razvojem anksioznih poremećaja kod djece (Beesdo i sur. 2009). Roditelji s anksioznim poremećajem i njihova djeca koriste izbjegavanje kao način rješavanja problema te nagrađuju djetetovo izbjegavajuće ponašanje. Pretjerana protekcija je rizik za anksiozne poremećaje, ali ne i depresiju, dok odbijanje od strane roditelja ima suprotan učinak. Kendler i kolege istražili su 1033 ženska blizanska para i mjerili 3 dimenzije roditeljskog stila: hladnoću, protekcionizam i autoritativnost. Visoke razine hladnoće i autoritativnosti kod roditelja u umjerenosti su mjeri bile povezane s povećanim rizikom za gotovo sve poremećaje (Beesdo i sur. 2009).

**Socijalni faktori** - prema istraživanjima u posljednjih dvadesetak godina sve je više djece i mladih u kojih se javljaju anksiozni poremećaji. Ovo se može povezati s ubrzanom načinom života, smanjenom društvenosti, otuđenjem od bliskih prijatelja.

**Iskustva u djetinjstvu** - većina epidemioloških studija nalazi poveznicu između štetnih iskustava u djetinjstvu (npr. gubitak roditelja, rastava, zlostavljanje i zanemarivanje djeteta) uz pojavu psihičkih poremećaja (Beesdo i sur. 2009).

**Traumatski događaji** - mogu biti okidač za razvoj anksioznih poremećaja, osobito u pojedinca koji su im podložni zbog genetskih, psiholoških i biokemijskih osobitosti. Izloženost traumatskom iskustvu u djetinjstvu (zlostavljanje, zanemarivanje, prijetnje i sl.) utječe na razvoj simptoma PTSP-a (Beesdo i sur. 2009). Različiti oblici fobija (strah od zmija, psa, pauka i sl.) mogu nastati kao posljedica traumatskog iskustva. Studija koja je proučavala vezu između gubitka roditelja prije 17 godina i anksioznosti u ženskih blizanaca, pokazala je da postoji povećan rizik za razvoj GAP-a kao posljedica razdvojenosti od roditelja (Beesdo i sur. 2009).

**Zdravstveno stanje-** brojna istraživanja i medicinska praksa pokazala su kako neka medicinska stanja mogu značajno povećati rizik od paničnog poremećaja. Nakon ozbiljnih operativnih zahvata često se razvije anksiozni poremećaj kao reakcija na životno ugrožavajuću situaciju.

#### **4.1 Anksiozna osjetljivost**

U posljednje vrijeme istraživači se služe jednim novijem konstruktom koji ulazi u rizične faktore. Anksiozna osjetljivost (eng. *anxiety sensitivity*) se definira kao strah od javljanja anksioznih simptoma i tjelesnih senzacija povezanih s anksioznošću, a koji proizlazi iz



vjerovanja da anksioznost i tjelesne senzacije mogu imati negativne tjelesne, psihološke i socijalne posljedice (Vulić-Prtorić 2006). Novija istraživanja naglašavaju specifičnu fenomenologiju anksiozne osjetljivosti u djetinjstvu i adolescenciji te istražuju neke aspekte pojavnosti i specifičnosti anksiozne osjetljivosti i psihosomatskih simptoma u toj populaciji. U suvremenim istraživanjima na ovom području dokazano je da različite tjelesne bolesti mogu predstavljati psihološku ranjivost za razvoj različitih simptoma psihopatologije, a osobito za intenzivnije doživljavanje anksioznosti. Dosadašnji rezultati pokazuju da bez obzira koliko i koje simptome djeca doživljavaju, njihova interpretacija i osjet boli u značajnoj mjeri su povezani s anksioznom osjetljivošću. Anksiozna osjetljivost pokazala se kao dobar prediktor tzv. interoceptivnog straha, tj. straha od tjelesnih senzacija za vrijeme nekih tjelesnih napora ili zdravstvenih tegoba. Kod djece povišena razina anksiozne osjetljivosti može otežati kliničku procjenu i donošenje pravilne dijagnoze te je stoga sastavni dio procjene tjelesnih tegoba kompletna medicinska obrada. Tom obradom bi se isključilo da prisutnost tjelesnih simptoma koje dijete navodi nije posljedica neke bolesti ili se radi o djetetu koje izrazito neugodno reagira i katastrofično interpretira i uobičajene tjelesne reakcije. U slučaju da se radi o djetetu koje boluje od neke bolesti ovakve kognitivne interpretacije mogu značajno utjecati na oporavak i opće zdravstveno stanje. Djeca koja imaju visoku razinu anksiozne osjetljivosti doživljavaju iste razine boli značajno intenzivnije u usporedbi s djecom koja imaju prosječne ili niske razine anksiozne osjetljivosti. Neobjašnjive vrtoglavice, nesvjesticice, osjećaj nesigurnosti odnosno simptomi anksiozne osjetljivosti mogu dobro poslužiti u objašnjavanju poremećaja somatizacije jer u podjednakoj mjeri karakteriziraju i anksiozne osobe i osobe s poremećajem somatizacije. Takvo razmatranje navodi da se somatski aspekt anksiozne osjetljivosti može promatrati u širem kontekstu kognitivne interpretacije tjelesnih simptoma, a posebno tzv. tjelesne svjesnosti ili anksioznog tijela (Vulić-Prtorić 2006).

Pojavom konstrukta anksiozne osjetljivosti naglašava se koliko je etiologija svakog anksioznog poremećaja složena i specifična, te da manifestno slična simptomatika može biti rezultat različitih razvojnih putova. Istraživanja dokazuju značajnu povezanost između anksiozne osjetljivosti i paničnih poremećaja te mogućnost prevencije ranom identifikacijom simptoma anksiozne osjetljivosti. Pokazalo se da kognitivno-bihevioralnom terapijom moguće smanjiti simptome anksiozne osjetljivosti te na taj način, posredno djelovati na smanjenje intenziteta i učestalosti paničnog poremećaja (McNally 2002, prema Vulić-Prtorić 2006).

## 5. KLINIČKA SLIKA I DIJAGNOZA

Osnovna karakteristika anksioznih poremećaja kod djece i adolescenata je neprimjerena razina anksioznosti koja razvojno ne pripada toj dobi i značajno ometa funkcioniranje djeteta. Manifestira se kroz čitav spektar najrazličitijih promjena kroz emocionalne, kognitivne, bihevioralne i tjelesne simptome (simptomi su detaljno opisani u tablici 1). Djeca često iznose tjelesne simptome u odsustvu tjelesne bolesti što se kasnije utvrdi medicinskom obradom. Kod djece sa separacijskim anksioznim poremećajem karakteristično je žaljenje na glavobolju, mučninu, grlobolju, bolove u truhu i to najčešće prije odlaska u vrtić ili školu. Istraživanje koje je uključivalo djecu s ponavljanim bolovima u truhu (opisane kao tri epizode bolova u truhu koji ometaju funkcioniranje djeteta kroz 3 mjeseca, a nisu organski uvjetovani) kod njih 79% utvrdilo je anksiozni poremećaj. Kod 43% djece radilo se o SAP-u, kod 31% o GAP-u, a kod 21% o socijalnoj fobiji (Boričević-Maršanić 2013).

Tablica 1. Simptomi anksioznosti. Prema: Vulić-Prtorić (2011), str. 87.

Emocionalni :	Kognitivni:
· uplašenost, napetost, nervoza, neugoda, nemir	· zabrinutost
· u panici osjećaj umiranja	· kognitivne konfuzije
· strah od gubitka kontrole	· zastrašujuće fantazije
· derealizacija	· teškoće u koncentraciji
· depersonalizacija	· netolerancija na nejasnoće
· osjećaj sputanosti, razdražljivost	· teškoće u zapamćivanju
	· magijsko mišljenje
	· internalne atribucije
Bihevioralni:	Tjelesni:
· izbjegavanje situacija i osoba koje izazivaju anksioznost, sramežljivost i povučenost	· kardiovaskularni (palpitacije, tahikardija, povišeni krvni tlak, crvenilo)
· nemir i nesigurnost u socijalnim situacijama	· respiratorni (osjećaj gušenja i nedostatka zraka, ubrzano disanje)
· stereotipije	· promjene na koži (crvene pjege, promjene u temperaturi kože, parestezije)
· slaba kordinacija	· muskularni (tremor, mišićna tenzija drhtavica, mišićni grčevi)
· izrazita aktivnost ili pasivnost, kontrafobično ponašanje	· gastrointestinalni ( proljevi, mučnina, abdominalna bol)
	· glavobolja, bolovi u prsima, nesanica, noćne more

Istraživanja različitih psiholoških fenomene u djece i adolescenata, kao i dijagnostika mentalnih poremećaja ponekad može biti vrlo težak i zahtjevan zadatak. Fenomenologija psiholoških konstrukata u djetinjstvu i adolescenciji je puno složenija i manje jasna nego u odrasloj dobi. Klinička slika često nije dovoljno jasna te se nailazi na tzv. polisimptomatske kliničke slike i komorbiditet i to čak u situacijama kada se dijete žali na samo jedan, dominantan problem. Detaljnim ispitivanjem vrlo brzo se utvrdi da postoji jedan središnji problem, npr. strah od ispitivanja u školi uz kojeg su pridružena separacijska anksioznost, strah od budućnosti i slično, ili pak niz tjelesnih simptoma koji se manifestiraju na tjelesnom planu. Prisutnost većeg broja različitih simptoma može otežati kliničku procjenu i donošenje pravilne dijagnoze (Vulić-Prtorić 2011).

Tablica 2 prikazuje kliničku prezentaciju anksioznih poremećaja, anksiozne misli koje se javljaju uz određeni poremećaj, tjelesne manifestacije te tipične promjene u ponašanju djece i adolescenata. Većina anksioznih poremećaja dijeli zajedničke kliničke posebnosti kao što su neprimjereni strah i anksioznost, psihološki simptomi anksioznosti, bihevioralne smetnje kao što je izbjegavanje objekata kojih se boji i koji su asocijacija na nelagodu i pogoršanje. Isto tako postoje i različitosti koje bi se trebale zapažati kod usko kategoriziranih anksioznih poremećaja kao što je panični poremećaj, agorafobija i podtipovi specifičnih fobija koji pokazuju značajnu razinu fenotipske različitosti i heterogenosti (Sucheta i sur. 2009).

*Tablica 2. Klasifikacija anksioznih poremećaja u djece*

<b>KLINIČKA SLIKA</b>	
SAP	neprimjeren strah i stres koji se javlja kod razdvojenosti od doma ili značajnih figura u životu, pretjerana briga o vlastitoj sigurnosti ili sigurnosti roditelja i zdravlju dok je dijete razdvojeno od roditelja, problemi sa spavanjem (ako dijete spava samo ponoći)
GAP	kronična, pretjerana briga vezana uz školske zadaće, socijalne interakcije, obitelj, zdravlje i sigurnost, događanja u svijetu, prirodne katastrofe sa bar jednim pripojenim tjelesnim simptomom, poteškoće u kontroliranju briga, perfekcionizam
Socijalna fobija	osjećaj straha ili neugodnosti u jednoj ili više socijalnih situacija, strah da će napraviti nešto sramotno u određenoj socijalnoj situaciji
Specifična fobija	strah od specifičnog objekta ili situacije
Panični poremećaj	epizode intenzivnog straha koje se ponavljaju neočekivano, bez najave, napadaji koji uključuju barem 4 od 13 simptoma prema DSM-IV klasifikaciji; mladi se boje napada koji se ponavljaju i

	njihovih posljedica, mogući razvoj izbjegavanja pojedinih mjesta (agorofobija)
Selektivni mutizam	duža nemogućnost govora, čitanja naglas ili pjevanja u jednoj situaciji (npr. škola) dok sasvim normalno funkcioniraju npr. s obitelji. Djeca šapću ili komuniciraju neverbalno s određenim osobama.
<b>ANKSIOZNE MISLI</b>	
SAP	strah od povrede u slučaju razdvojenosti od roditelja te strah da će se njima nešto dogoditi
GAP	pretjerana briga vezana uz budućnost, događaje iz prošlosti, posljedica; boji se posljedice brige, a ne brige same po sebi
Socijalna fobija	strah od bivanja u središtu pozornosti
Specifična fobija	pretjerani strah od određenog objekta ili situacije
Panični poremećaj	strah od tjelesnih simptoma anksioznosti (srčani udar, gušenje)
Selektivni mutizam	strah od govora u nepoznatim situacijama
<b>TJELESNI SIMPTOMI</b>	
SAP	tjelesni simptomi (bol u trbuhu, glavobolja)
GAP	tjelesni simptomi (bol u trbuhu, glavobolja, napetost u mišićima, umor, umor od brige)
Socijalna fobija	ubrzani rad srca, drhtanje, znojenje, hiperventilacija, vrtoglavica
Specifična fobija	ubrzani rad srca, drhtanje, znojenje, bol u trbuhu
Panični poremećaj	ubrzani rad srca, drhtanje, znojenje, trnci, hiperventilacija, vrtoglavica
Selektivni mutizam	ubrzani rad srca, drhtanje, znojenje, hiperventilacija, vrtoglavica
<b>PONAŠANJE</b>	
SAP	izbjegavanje, osjećaj nevolje, pojačanja privrženost uz roditelje, tantrumi, plakanje, spavanje s roditeljima, odbijanje odlaska u školu
GAP	perfekcionizam, pretjerano pripremanje za testove i projekte, sporost, prečesto traženje potvrde i ohrabrenja, plač, izbjegavanje testova i konflikata, pojačana težnja da se zadovolje drugi
Socijalna fobija	izbjegavanje socijalnih situacija kojih se boji; poteškoće prilikom odgovaranja u školi i razgovaranju na telefon kao i poticanju socijalnih interakcija, pohađanju zabava i različitih događaja, pseudozrelost, odbijanje odlaska u školu
Specifična fobija	izbjegavanje onog čega se boji - objekta ili situacije, bijeg
Panični poremećaj	izbjegavanje mjesta gdje bi se napadaji mogli dogoditi - npr. škola, trgovine
Selektivni mutizam	nemogućnost govora u određenim situacijama i poteškoće u govoru, smijanju, čitanju, pjevanju izvan "sigurne zone" ili izvan kruga obitelji

Anksiozni poremećaji se dijagnosticiraju kad su subjektivno doživljeni osjećaji anksioznosti koji udovoljavaju kriterijima svremenih klasifikacija duševnih poremećaja i bolesti (DSM-5 i MKB-10). U procjeni simptoma i razvoja anksioznih poremećaja u djece, liječnik mora prepoznati ključne dijagnostičke kriterije koji bi se mogli različito prezentirati kod djece (za razliku od odraslih). DSM-IV to potvrđuje te za svaki poremećaj dodaje neka svojstva koja se mogu drukčije prezentirati u djece i adolescenata. S izuzetkom od separacijske anksioznosti, svi se anksiozni poremećaji u DSM-IV grupiraju zajedno bez obzira na dob u kojoj se javljaju, dok se separacijska anksioznost definira kao manifestirajuća prije odrasle dobi. Zato za većinu anksioznih poremećaja, razlike između dijagnostičkih kriterija za djecu i odrasle, ako ih ima, su dane unutar istog seta kriterija. Detaljnije, npr. prag u DSM-IV za dijagnozu generaliziranog anksioznog poremećaja je niži u djece nego odraslih (1 umjesto 3 od ukupno 6 simptoma). Kod fobija, djeca ne moraju prepoznati svoju anksioznost kao pretjeranu ili nerazumnu, ali duljina mora biti najmanje 6 mjeseci kod osoba ispod 18 godina (Beesdo i sur. 2009). Postoji mali broj smjernica u dijagnostičkim sistemima u vezi razvojno - prikladnog određivanja anksioznih poremećaja kako bi se ustanovilo kome je potrebno liječenje.

Razvoj i očitovanje anksioznosti kod djece je različitih i varijabilnih oblika te je put do same dijagnoze kompleksan. U timski rad uključeni su subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije, neuropedijatar, medicinska sestra/tehničar, psiholog, socijalni radnik i logoped. Dijagnoza se postavlja s obzirom na simptome anksioznosti vezano uz pojedini poremećaj. Procjena obuhvaća utvrđivanje o kojem se anksioznom poremećaju radi, učestalost javljanja simptoma, težinu simptoma i teškoće funkcioniranja u školi, obitelji, sa vršnjacima i okolinom (Boričević-Maršanić 2013).

Dijete najčešće prvi puta dolazi kod stručnjaka u pratnji roditelja ili skrbnika. Okolina je ta koja prva zamijećuje smetnje i promjene kod djeteta. Dijagnoza uključuje uzimanje heteroanamneze, odnosno dobivanje ispravnih podataka od roditelja o dotadašnjem razvoju djeteta kao i o smetnjama zbog kojih dolaze. Anamneza uključuje podatke o karakteru smetnji, njihovom intenzitetu, duljini trajanja, odražavanju na funkcioniranje djeteta, kao i o mogućim neposrednim razlozima koji su mogli dovesti do pogoršanja stanja. Mnogi roditelji probleme svoje djece doživljavaju kao vlastiti neuspjeh ili krivnju te je moguće umanjivanje poteškoća djeteta ili iskrivljivanje podataka. Pri uzimanju anamneze pruža se mogućnost uvida u roditeljsku ličnost kao i u obiteljsku dinamiku. Osim podataka dobivenih od roditelja neophodno je obaviti individualan intervju sa djetetom s obzirom da djeca pred roditeljima minimiziraju svoje simptome. Kontakt mora biti prilagođen uzrastu djeteta, a osim verbalne

komunikacije često je potrebno upotrijebiti i druge djeci prilagođene metode kao što je crtež i igra koja se redovito upotrebljava kod mlađe djece. Za postavljanje dijagnoze obično nije dovoljna jednokratna anamneza. Potrebni su učestali kontakti i timska obrada djeteta što predstavlja pripremu za terapiju. Šira obrada djeteta uključuje defektološko-logopedsku anamnezu i psihologijsko testiranje radi dobivanja cjelovite slike kao i eventualnog razlikovanja primarne od sekundarne anksioznosti. Procjena mlađe djece uglavnom je zahtjevnija te je potrebno prikupljanje informacija iz više izvora kako bi se razlikovala normalna anksioznosti, od supkliničke i patološke. Ova procjena u pravilu uključuje iskaze roditelja te ponekad učitelja. U starije djece, dijagnostičke odluke se značajnije mogu temeljiti na iskazu djece. U svrhu isključivanja organskih promjena, nužno je učiniti cjelokupnu pedijatrijsku obradu.

Iako su psihički poremećaji teško mjerljivi, psihijatrija kao i svaka druga znanost pokušava biti egzaktna tj. mjerljiva. To uključuje razvoj i usavršavanje raznih metoda pomoću kojih se može točno i objektivno izmjeriti pojedina ponašanja ili poremećaji, iako su psihički poremećaji i simptomi teško mjerljivi (Kralik 2013). Uz potrebe objektivizacije aktualnog kliničkog stanja, klinički instrumenti za procjenu anksioznosti omogućuju razlikovanje simptoma anksioznosti, procjenu njihovog intenziteta i praćenja tijekom liječenja (Bajs i sur. 2007). Takvi dijagnostički alati uključuju skale i upitnike. Skale kliničke simptome prevode u brojčane podatke pogodne za statističku obradu. Razlikuju se ocjenjivačke kada je ocjenjivač stručnjak te samoocjenjske (ocjenjivač je sam ispitanik). Samoocjenjske skale jeftinije su za primjenu, subjektivne, ali kod ispitanika s teškom psihopatologijom i slabim uvidom u vlastito stanje bolje je upotrijebiti ocjenjivačke skale. Kod mlađe djece teškoće u komuniciranju i razumijevanju emocionalnih stanja često se odražavaju u slabijim psihometrijskim rezultatima. Anksiozni poremećaji u djece ne mogu se jednostavno procijeniti putem standardnih upitnika i intervjua koji su preuzeti iz dijagnostike u odraslih. Upotreba posebno strukturiranih i standardiziranih upitnika za djecu i adolescente pridonijela je većoj pouzdanosti i validnosti anksioznih dijagnoza u djece i adolescenata u zadnja 2 desetljeća. Takvi instrumenti imaju prednost pred simptomskim skalama jer omogućavaju bolji uvid u razgraničenje prolaznih supkliničkih manifestacija anksioznosti od anksioznih poremećaja (Beesdo i sur. 2009).

Cjelovita dijagnostička slika dobiva se kada dijagnostički alati i rezultati dobiveni na skalama uključuju intervju sa djetetom i roditeljima ili skrbnicima (Beesdo i sur. 2009).

Neki od primjera su: **Beckov protokol za anksioznost** (Beck Anxiety Inventory, BAI) je samoocjenjska skala autora Aarona T. Becka. Sastoji se od 21 točke za procjenu simptoma

anksioznosti u posljednjih sedam dana. U svakoj točki postoji četiri tvrdnje koje opisuju stupanj jačine anksioznosti. Tvrdnje su označene u rasponu od 0 do 4. Zbroj bodova od 0-7 predstavlja normalni raspon, od 8-15 blagu anksioznost, od 15-25 umjerenu anksioznost, a više od 26 (26-63) ukazuje na jaku anksioznost (Bajs i sur. 2007).

**Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62)** namijenjena je ispitivanju strahova i različitih aspekata anksioznosti u djece i adolescenata u dobi od 10 do 18 godina. Koristi se u postupcima kliničke procjene, planiranja, praćenja i evolucije psihološkog tretmana, savjetovanju, znanstvenim istraživanjima i sl. (Vulić-Prtorić 2011). Primjenjuje se grupno ili individualno. Prvih sedam aspekata anksioznosti opisano je u 61 tvrdnji na koje ispitanici odgovaraju tako da bilježe svoje odgovore na pripadajućoj ljestvici od 5 stupnjeva procijenjujući koliko je navedena tvrdnja za njih točna. Skala sadrži 8 subskala koje pokrivaju područja različitih strahova, simptoma anksioznosti u djece i adolescenata (ispitnu, socijalnu i separacijsku anksioznost, opsesivno-kompulzivne simptome, anksioznu osjetljivost, panične napadaje, agorafobiju, zabrinutost, tjelesne simptome, sklonost somatizaciji i specifične strahove i fobije). Zadnje 62. pitanje utvrđuje postojanje specifičnih strahova i fobija. Otvorenog je tipa i sastoji se od dva dijela: *Postoji li nešto čega se bojis? Napiši što je to?* Ako ispitanik potvrdno odgovori nudi mu se još jedno pitanje *Koliko često osjetiš taj strah? (ponekad, često, skoro uvijek)* (Vulić-Prtorić 2011).

**Intervju za dijagnostiku poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji (IDP)** je polustrukturirani intervju napravljen za prikupljanje anamnestičkih podataka i procjenjivanje trenutačnih i prošlih epizoda psihopatologije u djece i adolescenata prema kriterijima DSM-5 klasifikacije (Vulić-Prtorić 2011).

Prvi dio obuhvaća anamnestički intervju, drugi dio dijagnostički intervju koji sadrži pitanja o simptomima 16 psihičkih poremećaja među kojima su i anksiozni. Zadnji dio čini popis skala i upitnika za procjenu simptoma psihopatologije koje mogu dopuniti intervju.

**Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)** su protokoli za kliničku procjenu u neuropsihijatriji. SCAN ljestvica daje uvid u trenutačno stanje, ali i cjelokupni tijek poremećaja (*lifetime*). Uključuje informacije iz medicinske dokumentacije, heteroanamneze i ostalih izvora. Podaci se analiziraju kompjuterskim programom CATEGO-5, koji daje dijagnoze prema dijagnostičkim kriterijima u upotrebi. Primjenjuju ga educirani psihijatri ili psiholozi, a sama provedba traje od 90 do 120 minuta (Bajs i sur. 2007).

**Registar socijalne fobije i anksioznosti (Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI)** sadrži ljestvicu koja procjenjuje kognitivne i somatske simptome te izbjegavanje u nizu socijalnih i agorafobičnih situacija. Nudi ukupni rezultat za intenzitet socijalne fobije te ima dvije

subskale, za socijalnu fobiju i agorafobiju. Primjenjiva je za skrining u medicinskim ustanovama, školama, domovima i odgojnim ustanovama. Koristi se za odrasle i adolescente. Primjenjuje ju kliničar ili educirani ispitivač, a traje 20 do 30 minuta (Bajs i sur. 2007).

## **5.1 Diferencijalna dijagnoza**

Simptomi anksioznosti mogu biti prisutni i u drugih psihičkih poremećaja ili uzrokovani različitim tjelesnim stanjima, uporabom psihoaktivnih tvari ili lijekova (Boričević-Maršanić 2013). Ostali psihički poremećaji kod kojih se mogu javiti simptomi anksioznosti su depresija, ADHD, Aspergerov sindrom, bipolarni poremećaj, teškoće učenja, zlouporaba droge te psihotični poremećaj. Tjelesne bolesti uključuju hipertiroidizam, astmu, migrenu, epilepsiju, hipoglikemiju, feokromocitom i kardijalne aritmije i dr. Nuspojave lijekova često imaju anksiozne simptome. Od lijekova u obzir dolaze steroidi, antipsihotici, antidepresivi te antihistaminici. Potrebno je isključiti nagli prekid uzimanja anksiolitika, uzimanje droga, apstinencijski alkoholni sindrom te kofeinsku intoksikaciju (Nikolić i sur. 2004). Potrebno je učiniti rutinske laboratorijske pretrage, EEG, EKG, ispitati funkciju štitnjače, učiniti toksikološke nalaze i CT mozga, kako bi se isključili navedeni poremećaji i bolesti. Anksiozne poremećaje potrebno je razlikovati od normalne razvojno primjerene anksioznosti koja je tipična za određena razvojna razdoblja.

## **5.2 Komorbiditet**

Prema istraživanjima učestalost komorbidnih poremećaja kod anksioznih poremećaja manja je u općoj populaciji djece (39%) i adolescenata (14%) nego u kliničkim populacijama (50%). (Boričević-Maršanić 2013). Anksiozni poremećaji se često javljaju zajedno s drugim anksioznim poremećajima, naročito kod djevojčica. Socijalna fobija ima najveću stopu komorbidnih anksioznih poremećaja. Uz SAP često se javlja specifična fobija, a kod GAP-a i socijalne fobije često se javljaju poremećaji raspoloženja (Boričević-Maršanić 2013). Na sljedećem mjestu koji se nakon anksioznih poremećaja javlja u komorbiditetu s različitim anksioznim poremećajima je depresija. Učestalost depresije osam je puta veća kod djece koje imaju anksiozni poremećaj od one koje ga nemaju. Dokazana je povezanost GAP-a i depresije kod djece i adolescenata koja se nastavlja i u odrasloj dobi. Ta djeca imaju više anksioznih simptoma i teškoća u funkcioniranju od djece koja imaju samo GAP.



Oko 20% djece s anksioznim poremećajem ispunjava kriterij za neki od poremećaja ponašanja. Kod hiperaktivnog poremećaja oko 30% djece ima komorbidni anksiozni poremećaj (Boričević-Maršanić 2013).

## **6. KLASIFIKACIJA ANKSIOZNIH POREMEĆAJA**

Za dijagnozu anksioznog poremećaja potrebno je udovoljiti dijagnostičkim kriterijima suvremenih dijagnostičkih psihijatrijskih priručnika koji su prihvaćeni za upotrebu. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10), (International Classification of Diseases – ICD) anksiozni poremećaji se nalaze u skupini Neurotski poremećaji, zajedno s poremećajima prilagodbe, reakcijama na teški stres te disocijativnim i somatofornim poremećajima. Zajedno čine klasifikacijsku skupinu F40-F48. U F40 se nalaze fobični anksiozni poremećaji sa podskupinama: agorafobija, specifične fobije, socijalne fobije, ostali anksiozni poremećaji te fobijski anksiozni poremećaj, nespecifičan. U F41 ostali anksiozni poremećaji: panični poremećaj, opći anksiozni poremećaj, miješano anksiozno-depresivni poremećaj, ostali miješani anksiozni poremećaji, ostali označeni anksiozni poremećaji te anksiozan poremećaj, nespecifičan. F42 je opsesivno-kompulzivni poremećaj, F43 reakcija na teški stres i poremećaj prilagodbe.

DSM-IV navodi šest temeljnih kategorija: panični poremećaj, fobije, generalizirani-anksiozni poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj i akutni stresni poremećaj.

Od 2013. godine u upotrebi je DSM-5. Prema DSM-5 u klasifikaciju anksioznih poremećaja sada ulazi separacijski anksiozni poremećaj i selektivni mutizam. Od ostalih poremećaja obuhvaća specifične fobije, socijalni anksiozni poremećaj (socijalna fobija), panični poremećaj (postoji kao poseban entitet, ne razlikuje panični poremećaj s / ili bez agorafobije), panični poremećaj specifični, agorafobija, generalizirani anksiozni poremećaj, anksiozni poremećaj zbog zdravstvenog stanja, ostali specifični anksiozni poremećaji, ostali nespecifični anksiozni poremećaji. DSM-5 odvaja opsesivno kompulzivni poremećaj te poremećaj povezan s traumom i stresorom, disocijativne i somatofornne poremećaje od anksioznih poremećaja.

## 6.1 Separacijski anksiozni poremećaj

Prema DSM-5 klasifikaciji separacijski anksiozni poremećaj (SAP) definira se kao „razvojno neprimjeren i pretjerana anksioznost vezana uz odvajanje od kuće ili osoba za koje je dijete vezano“. Iz definicije proizlazi da je glavno kliničko obilježje pretjerana briga oko gubitka ili trajnog odvajanja od osoba za koje je dijete vezano. Dolazi do ponavljajuće nelagode i/ili ponavljajućih tjelesnih simptoma u situacijama kada se samo predviđa odvajanje (bol u trbuhu, glavobolja, povraćanje, starija djeca se žale na kardiovaskularne probleme kao što su palpitacije, vrtoglavica i osjećaj padanja u nesvijest). Simptomi mogu izazvati intenzivnu nelagodu i bitno utjecati na kvalitetu života djeteta. Mogu se javiti noćne more s temom separacije, odbijanje djeteta da spava samo bez osobe za koju je vezano, odbijanje odlaska u školu (Boričević-Maršanić 2013). S druge strane postoje djeca koja žele ići u školu i pokazuju dobre adaptivne vještine, ali pokazuju veliku nelagodu kad moraju napustiti dom. Simptomi mogu smanjiti dječje akademske uspjehe, socijalne i obiteljske aktivnosti. Djeca se osjećaju poniženo, često su u strahu što dovodi do niskog samopouzdanja.

Prema DSM-IV i DSM-5 klasifikaciji za dijagnozu SAP-a smetnje moraju trajati najmanje četiri tjedna i prouzročiti klinički značajne teškoće u školskom, socijalnom i obiteljskom funkcioniranju. Najčešće se dijagnosticiraju iza šeste godine. U dijagnostičkim kriterijima (DSM-IV) postavljena je donja granica dobi jer je taj tip anksioznosti primjeren od 7. mjeseca do 6. godine. U DSM-5 ovaj poremećaj više nije vezan kao poremećaj koji nastupa u djetinjstvu, odnosno da bi se zadovoljio dijagnostički kriterij više se ne navodi dob nastupanja uvjeta.

Djeca sa SAP-om imaju povećanu osjetljivost na ugljični-dioksid kao i bolesnici sa paničnim poremećajem. Povećana osjetljivost na ugljični-dioksid i druge manifestacije respiratorne disfunkcije javljaju se isključivo kod djece sa SAP-om, a kod djece i adolescenata sa socijalnom fobijom su isključene. To pridonosi razlikovanju SAP-a i socijalne fobije (Boričević-Maršanić 2013). Retrospektivne studije pokazuju da je prisutnost anksioznosti u vezi razdvajanja od roditelja rizični faktor za razvitak niza drugih anksioznih poremećaja, uključujući panični poremećaj i poremećaje raspoloženja u odrasloj dobi (Asbahr 2004).

Kognitivno-bihevioralni tretman kada se primjenjuje kod djece koja izbjegavaju pohađanje nastave ima za cilj povratak djeteta u školu. Ta izloženost trebala bi se uvoditi postupno tako da se dijete prilagođava na anksioznost uz poštivanje dječjih granica. Sve psihoterapijske i psihoanalitičke teorije njeguju aktivni pristup školskoj fobiji. Škola, roditelji i liječnik moraju

dijeliti iste ciljeve, način ponašanja i menadžment tehnike. Obiteljske intervencije imaju za cilj povećati dječju autonomnost i kompetencije te im ukazati na dosadašnje uspjehe. Terapija lijekovima je nužna kada su simptomi izraženi i pogoršavaju se. Uporaba tricikličkih antidepresiva dala je oprečne rezultate jer postoji velika opasnost od nuspojava (Kušević 2009). Koristi se benzodiazepin za smanjenje simptoma. SIPPS može biti efikasan u oslobađanju simptoma anksioznosti te se koristi kao prvi izbor zbog povećane sigurnosti, lake administracije, niske stope nuspojava te kada se komorbidno javljaju poremećaji raspoloženja (Kušević 2009). U istraživanjima se navodi da su fluvoksamin i fluoksetine dokazani kao efikasni za kratkotrajno liječenje SAP-a (Asbahr 2004).

## **6.2 Socijalna fobija/ socijalni anksiozni poremećaj**

Socijalna fobija se definira kao neprimjeren strah od izloženosti promatranju i kritičkoj procjeni drugih u različitim socijalnim situacijama i očekivanje da će rezultat takve procjene za osobu biti negativan (Boričević-Maršanić 2013). Dva su tipa socijalnog straha vezana za socijalnu anksioznost: strah od procjene drugih ljudi i anksioznost u socijalnim interakcijama. Prema DSM-5 jedan od dijagnostičkih kriterija je da djeca moraju doživljavati anksioznost i u odnosu sa vršnjacima, a ne samo sa odraslima. Više se ne navodi da djeca moraju prepoznati svoj strah kao pretjeran i nerazuman, strah i anksioznost mora biti izvan proporcija na stvarnu prijetnju. Javlja se kao strah od javnih nastupa, predavanja, izjava za TV, iznošenja osobnog mišljenja pred većim brojem ljudi, susreta za značajnim osobama, pokazivanja znanja i vještina na ispitu, za vrijeme obroka u nazočnosti drugih, pričanje u razredu, odlazak na druženja, pisanje na ploči, pričanje ispred figura autoriteta, igranje s drugom djecom. Dijete koje je prisiljeno biti u socijalno-fobičnoj situaciji doživljava jake simptome anksioznosti koji se manifestiraju kao crvenilo lica i vrata, mučnina, drhtanje i blokada govora. Takva situacija može dosegnuti razinu paničnog napadaja uz popratne kognitivne interpretacije. Djeca iskazuju anksioznost plakanjem, bijesom ili povlačenjem iz zastrašujućih socijalnih situacija. Kod adolescenata se javlja anticipacijska anksioznost, odnosno strah od straha jer su uglavnom svjesni svoje anksioznosti i pratećih tjelesnih simptoma te dolazi do izbjegavajućeg ponašanja što se negativno odražava na kvalitetu života. U kasnijim godinama kod starijih adolescenata socijalna fobija može dovesti do poteškoća na radnom mjestu ili u ostvarivanju emocionalnih veza (Boričević-Maršanić 2013). Kod mlađih može prerasti u *školsku fobiju* i prekida školovanja. Školska fobija prema Wenaru definirana je kao neracionalna prestravljenost nekim aspektima školskih okolnosti, što je popraćeno fiziološkim simptomima

anksioznosti ili panike kad polazak postane neizbježan i dovodi do djelomične ili potpune nemogućnosti odlaska u školu (Wenar 2003).

Socijalna fobija je povezana sa bihevioralnom inhibicijom te predstavlja sklonost povlačenju ili izrazitoj pobuđenosti autonomnog živčanog sustava kod izlaganja novim situacijama i iskustvima. Može se utvrditi već kod dojenčadi u dobi od 21. mjeseca (Wenar 2003).

Postoje dva klinička podtipa socijalne fobije (DSM-IV). To su generalizirana (strah od širokog spektra socijalnih situacija) i specifična (strah od jedne ili nekoliko specifičnih situacija).

KBT se koristi kako bi se smanjio strah. Kognitivni tretman se koristi da bi se ispravilo nepravilno poimanje socijalnih situacija i smanjila pojavnost unutarnjih monologa kod djece koji se najčešće sastoje od pitanja: Zašto svi gledaju u mene? Što sam napravio krivo? Bihevioralna terapija se sastoji od postepenog izlaganja fobičnoj situaciji - npr. dijete koje ne može jesti u školskoj kuhinji se ohrabruje da ostaje u kuhinji svaki dan sve duže, prvo bez konzumiranja hrane, a kasnije kupovanja hrane i postepeno sjedenja kraj vršnjaka. SSRI se koriste kao prvi izbor lijekova (Kušević 2009). Dvije kontrolirane studije pokazuju kratkoročnu efikasnost fluoksetina i fluvoksamina (Kušević 2009). Prikazi slučaja pokazuju da alprazolam može biti koristan u minimaliziranju u izbjegavanju socijalnog kontakta (Asbahr 2004).

### **6.3 Generalizirani anksiozni poremećaj**

Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP) karakterizira prisutnost pretjerane anksioznosti i zabrinutosti koje su prisutne većinu dana tijekom šest mjeseci u vezi s raznim događajima. Brige su usmjerene na buduće događaje, nepoznate situacije, vlastite sposobnosti ili odobravanje drugih. Osoba ih ne može kontrolirati. Takva djeca postavljaju visoke ciljeve i standarde za vlastita postignuća i vrlo su samokritična (Boričević-Maršanić 2013). Često su napeta i odaju dojam da ih svaka situacija može dovesti do tjeskobe. Ako dođe do neuspjeha, razvijaju snažan osjećaj samoprijekora. Brige koje su karakteristične uz GAP postoje i u odsutnosti objektivnog razloga. Za razliku od specifične fobije kognitivne distorzije ovdje su trajne i nisu ograničene samo na određene situacije i podražaje. Takva djeca katastrofiziraju ishod situacije, precjenjuju vjerojatnost negativnih ishoda i podcjenjuju vlastitu sposobnost suočavanja. Teško se opuštaju, često se žale na somatske simptome te pokazuju znakove autonomne hiperaktivnosti (znojenje, tahikardija, napetost u mišićima, pobuđenost). Generalizirani anksiozni poremećaj obično ima podmukao početak. Roditelji ne mogu točno

odrediti početak, simptomi sa vremenom postaju sve teži i ne mogu sve više tolerirati. Obično je to trenutak kada potraže pomoć. Za dijagnozu GAP-a potrebno je postojanje barem jednog pridruženog fiziološkog simptoma kao što su glavobolja, bol u truhu, smetnje spavanja, bolovi u mišićima i ekstremitetima, osjećaj nemira i napetosti, razdražljivost. Često je potrebna pedijatrijska obrada da bi se isključio tjelesni uzrok bolova. Kod adolescenata, naročito djevojaka, često su prisutni i uznemirujući snovi. Kod mlađe djece uz GAP komorbiditetno se javlja ADHD i SAP, a kod starijih depresija i specifična fobija. Djeca sa komorbidnim psihičkim poremećajem imaju više anksioznih simptoma i poteškoća u svakodnevnom funkcioniranju (Boričević-Maršanić 2013).

KBT tretman se sastoji od mijenjanja načina na koji dijete vidi okolinu oko sebe, posebice onih mjesta i situacija koje mu izazivaju anksioznost (kognitivna terapija) i mijenja anksiozno ponašanje (bihevioralna terapija) (Begić 2014). Osim kognitivno-bihevioralnog tretmana koriste se i druge psihoterapijske tehnike u liječenju ovog poremećaja. Roditelji često sudjeluju u terapiji sa djecom.

#### **6.4 Specifična fobija**

Specifična fobija se definira kao značajan i trajan strah koji je pretjeran i nerazuman te uzrokuje prisutnost ili očekivanje specifičnog objekta ili situacije (letenje, životinja, visina, krv i sl.) (Asbahr 2004). Izlaganje fobičnim podražajima provocira anksiozni odgovor koji može poprimiti oblik situacijski ograničenog ili situacijski predisponirajućeg paničnog napadaja. Kod djece anksioznost se manifestira napadajima bijesa, plakanjem, ukočenošću ili „priljepljenošću“ ili držanjem uz poznate osobe (Boričević-Maršanić 2013). Tjelesne manifestacije se očituju ubrzanim radom srca, znojenjem, hiperventilacijom i bolovima u truhu. Za dijagnozu kod osoba mlađih od 18 godina simptomi moraju trajati duže od 6 mjeseci i ometati svakodnevno funkcioniranje. Djeca svoj strah ne prepoznaju kao pretjeran i nerazuman, za razliku od odraslih sa specifičnom fobijom koji ga prepoznaju kao abnormalan i maladaptivan. Prema DSM-5 klasifikaciji specifične se fobije dijele u pet skupina ovisno o objektima ili situacijama koje provociraju strah. Vežu se uz životinje, prirodne katastrofe, krv-injekcije-ozljede, situacijske - liftovi, avioni, zatvoreni prostor i slično. Prema teoretičarima evolucije tih pet skupina odgovara evolucijskim opasnostima koje su upisane u genetski kod (Boričević-Maršanić 2013).

Tretman uključuje KBT kao prvi izbor liječenja (Nikolić i sur. 2004). Tehnike koje se koriste uključuju izlaganje djeteta fobičnim objektima kako bi se riješilo straha. Sistemska

desenzitizacija je najčešće korištena bihevioralna tehnika koja se sastoji od relaksacije, hijerarhijske liste strahova i desenzitizacije na stimulans (Asbahr 2004). Osim kognitivno-bihevioralnog tretmana upotrebljavaju se i druge psihoterapijske tehnike (Majić i sur. 2009). Farmakoterapija se rijetko koristi. Postoji tek mali broj studija koje pokazuju rezultate u tretiranju lijekovima kod ovih poremećaja (Asbahr 2004).

### **6.5 Panični poremećaj s ili bez agorafobije**

Panični poremećaj definiran je kao iskustvo neočekivanih paničnih napada praćenih stalnom zabrinutošću oko njihovih ponavljanja ili promjenom u ponašanju uzrokovanih napadima. Panični napadaji kod ovog poremećaja se javljaju spontano bez podražaja iz okoline. Predstavljaju kratkotrajno razdoblje intenzivnog straha ili nelagode koji karakterizira prisutnost najmanje četiriju somatskih i/ili kognitivnih anksioznih simptoma (Boričević-Maršanić 2013). Mlađa djeca se žale na nelagodu i osjećaj da će biti bolesni bez specifičnih autonomnih simptoma ili kognitivnih distorzija. Kod adolescenata s paničnim napadajima javlja se drhtanje, vrtoglavica ili nesvjestica, lupanje srca, osjećaj nedostatka zraka i znojenje, depersonalizacija. Rijetko se javlja u mlađe djece, a učestalost se povećava u adolescenciji (Asbahr 2004).

Agorafobija uključuje izbjegavanje mjesta ili situacija u kojima je bijeg nemogući ili otežavajući ili je pomoć teže dostupna (restorani, školske kantine, gužva, male prostorije, liftovi, parkovi, trgovački centri, biti sam u kući, prijevozna sredstva). Djeca mogu podnositi takve situacije ili mjesta uz prisutnost sigurne osobe, najčešće je to roditelj ili blizak prijatelj. Često traže prisutnost roditelja i u školi. Takva ponašanja u okviru paničnog poremećaja potrebno je razlikovati od SAP-a. Razliku čini što je u središtu dječjeg straha. Kod paničnog poremećaja strah je usmjeren na fizičke simptome paničnog napadaja i njihove posljedice te prema nekim teorijama nije uvjetovan strahom od odvajanja od roditelja.

Za dijagnozu paničnog poremećaja potreban je neočekivani panični napadaj koji je teško razlikovati od situacijskog ograničenog paničnog napada koji karakterizira i ostale anksiozne poremećaje te pojavnost zabrinutosti oko ponavljanja paničnog napada. Taj simptom zabrinutosti izostaje kod ostalih anksioznih poremećaja. Panični napadi u okviru ostalih anksioznih poremećaja javljaju se isključivo u nazočnosti određenog poremećaja (Boričević-Maršanić 2013).

Prvi izbor liječenja je KBT, ali se upotrebljavaju i druge psihoterapijske tehnike. KBT tretman uključuje izlaganje fobičnim situacijama, kognitivno restrukturiranje i tehnike relaksacije. Nekoliko studija i prikaza slučaja potvrđuje upotrebu SIPPS-a i benzodiazepina kao preporučenih lijekova kod djece i adolescenata (Kušević 2009).

## 6.6 Opsesivno-kompulzivni poremećaj

DSM-5 uključuje novo poglavlje o opsesivno-kompulzivnom poremećaju (OKP). U skupinu Opsesivno kompulzivni i srodni poremećaji uz OKP uključuje dizmorfofobiju, poremećaj skupljanja, trihotilomaniju i poremećaj grebanja kože (Begić 2014). Opsesivno-kompulzivan poremećaj karakterizira intenzivna anksioznost, ponavljajuće opsesije i/ili kompulzije (Boričević-Maršanić 2013).

Opsesije (lat. *obsessio* - opsjedanje, obuzetost nečim, opsjednutost) ponavljajuće su, neugodne ili neprikladne misli ili ideje koje osoba doživljava kao nametnute. Kompulzije (lat. *compulsio* - prisiljavanje, prisila) se definiraju kao ponavljajuće radnje ili psihičke aktivnosti koje se osoba osjeća prisiljeno raditi kao odgovor na opsesije ili da rigidno zadovolji pravila. Cilj je smanjenje psihičke napetosti. Simptomi OKP-a se razlikuju od prolaznih razvojno primjerenih rituala (nestaju do 9. godine) po vrlo visokom intenzitetu nelagode koju dijete iskazuje ako se ritual prekine ili spriječi. Djeca mogu imati opsesije s temom straha od zaraze ili nečistoće, seksualnosti, religioznosti, agresivne predodžbe, ali i ponavljajućih intruzivnih i nametnutih pjesmica ili rime. Kompulzije mogu biti jednostavne ili složene, a predstavljaju rituale s ciljem smanjenja anksioznosti (Boričević-Maršanić 2013).

Prema DSM-5 za dijagnozu OKP-a ne zahtijeva se više da djeca prepoznaju opsesije i kompulzije kao iracionalne. Roditelji najčešće opažaju simptome kada oni počinju ometati normalno svakodnevno funkcioniranje djeteta ili obitelji (pretjerana usporenost u higijeni, dodirivanje ili slaganje vlastitih stvari, tapkanje i dodirivanja hrane prije jela, hodanje naprijed-nazad kroz vrata određeni broj puta). Takva ponašanja dovode do problema u socijalnom funkcioniranju, druženju s vršnjacima i pohađanju nastave. Kod 90% djece sa vremenom dolazi do promjene sadržaja opsesija i kompulzija. Kod starije djece za razliku od mlađe rjeđe su opsesije bez kompulzija, dok su u djece između 6 i 8 godina učestaliji rituali bez kognitivnih opsesija. Početak poremećaja je između 10. i 12. godine, ali se može javiti i prije dobi od 7 godina. Kod dječaka se javlja ranije nego kod djevojčica. One imaju češće teži oblik poremećaja sa više simptoma i poteškoća u funkcioniranju. Komorbidno se javljaju i drugi anksiozni poremećaji (GAP, SAP, specifična fobija) i depresija. Kod ranog početka

često se javlja i ADHD. Oko 5-7 % mladih s OKP-om ima Tourettov poremećaj (Boričević-Maršanić 2013). Liječenje uključuje upotrebu antidepresiva tipa inhibitora ponovne pohrane serotonina. Prema podacima FDA-a za ovaj je poremećaj odobrena upotreba fluoksetina, fluvoksamina i sertralina (Majić i sur. 2009). Kognitivno-bihevioralna terapija može imati dobar učinak (Majić i sur. 2009)

### **6.7 Selektivni mutizam**

DSM-IV klasificira selektivni mutizam kao poremećaj koji se po prvi puta dijagnosticira u dojenačkoj dobi, djetinjstvu ili adolescenciji. DSM-5 donosi veće promjene i selektivni mutizam razvrstava u opću kategoriju anksioznih poremećaja. Definiran je kao poremećaj u kojem djeca odbijaju govoriti u specifičnim situacijama uz zadržanu sposobnost govorenja u drugim okolnostima npr. pričaju kod kuće odnosno u situacijama u kojima se osjećaj ugodno i sigurno. Najčešće se javlja u dječjoj dobi, najčešće u dobi između 4-8 godina te se češće javlja kod djevojčica u odnosu na dječake. Prevalencija u općoj populaciji iznosi oko 0.08 do 1,9%, te se jako rijetko javlja kod dvojajčanih blizanaca (Dodig-Čurković 2013). Djeca razumiju što im se govori i mogu normalno komunicirati sa roditeljima i bliskim osobama. Odbijaju govoriti najčešće u školi, vrtiću ili u situacijama u kojima se osjećaju uplašeno. Prema DSM-5 za dijagnozu smetnje trebaju trajati najmanje mjesec dana s time da je isključeno prvih mjesec dana u školi. Loš ishod poremećaja temelji se na mutističkom ponašanju, loše obiteljsko okruženje, često mentalna bolest roditelja, prvobitna pogrešna tumačenja da se primarno radi o oštećenju sluha te odbijanje roditelja da prihvate činjenicu o psihijatrijskom poremećaju u osjetljivoj dječjoj dobi. Većina autora preporuča psihoterapijsko liječenje, a u slučaju slabog odgovora započeti farmakoterapiju sa neselektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina (Kušević 2009). U liječenje selektivnog mutizma sa komorbidnim anksioznim poremećajima prema literaturi najbolje rezultate daje fluoksetin (Asbahr 2004). Uspješnost tretmana temelji se na uključivanju roditelja koji često indirektno predstavljaju uzrok poremećaja.

### **6.8 Posttraumatski stresni poremećaj**

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) prema DSM-5 pripada skupini Poremećaji povezani s traumom i stresorom. DSM-5 opisuje posttraumatski stresni poremećaj za djecu od šest godina i mlađe u novom poglavlju, za razliku od DSM-IV dijagnostičkim kriterijima gdje su algoritmi za svu djecu jednaki, odnosno jednaki onima u odrasloj dobi. PTSP je psihički poremećaj koji može nastati nakon izloženosti ili svjedočenju životno ugrožavajućim



iskustvima. Karakterizira ga intenzivan strah, osjećaj užasa i bespomoćnosti zbog izloženosti intenzivnoj traumi. Vjerojatnost da će se razviti PTSP ovisi o jačini i dužini izloženosti djeteta traumatskom događaju. Dolazi do značajnih promjena u ponašanju uključujući pretjeranu sramežljivost i odsutnost, pretjerane emocionalne reakcije, pobuđenost, kao i opsesivne misli o traumatskom događaju (u budnom stanju, ali i kroz noćne more). Pacijenti često izbjegavaju situacije vezane uz traumatski događaj. PTSP rizični je faktor za kasniji razvoj psihičkih bolesti. U terapijskom pristupu djetetu postoji niz psihoterapijskih tehnika koje uključuju suportivnu terapiju, KBT tretman, grupnu i obiteljsku terapiju. Kod mlađe djece upotrebljavaju se različite tehnike poput pisanja, priče, igra uloga, psihodrama ili ples (Nikolić i sur. 2004).

## 7. LIJEČENJE

Tretman djece sa blažim simptomima anksioznosti uključuje psioh edukaciju i suportivnu psihoterapiju. Ako se radi o mlađem djetetu, primijenjuje se terapija igrom kroz koju se djeca slobodno izražavaju na verbalni način, fizički ili kroz igru. Psihoterapija igrom može biti analitički ili neanalitički vođena (De Zan 2013). Psihoterapija se uvodi ukoliko 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 (Boričević-Maršanić 2013). Za teške simptome anksioznosti koji onemogućavaju funkcioniranje djeteta te uključivanje u psihoterapiju ili kod djelomičnog odgovora na psihoterapiju indicirana je primjena psihofarmakološke terapije.

Učinkoviti terapijski postupak trebao bi uključivati kontrolu anksioznosti, eliminaciju modela fobičkog izbjegavanja, povećanje socijalne i profesionalne učinkovitosti, porast kvalitete života i tretman komorbiditetnih poremećaja.

Odabir psihoterapijskog pristupa određuje se prema kliničkoj slici, ličnosti djeteta/adolescenta 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. Često je potrebno raditi na promjeni prezahtjevne okoline. Tretman se sastoji od multimodalnog pristupa, koji uključuje smjernice

za djecu i roditelje, zatim psihoterapiju, farmakoterapiju i obiteljske intervencije (Asbahr 2004).

## **7.1 Farmakoterapija**

Farmakoterapija nije prvi izbor u liječenju djece i adolescenata. Ponekad je neophodna uz psihoterapiju. Kombiniranje psihoterapije sa farmakološkim tretmanom potrebno je kod djece s umjerenom do jakom anksioznošću, kad se liječi komorbiditetni poremećaj ili kad postoji djelomičan odgovor na samu psihoterapiju (Boričević-Maršanić 2013). Kod primjene farmakoterapije potrebno je poznavati biološke specifičnosti kod djece. Postoje mnoge razlike u farmakokinetici i farmakodinamici lijekova. Odabir i propisivanje lijekova koji se primjenjuju u liječenju primarno treba biti u području dječjeg i adolescentnog psihijatra. Često se javljaju nuspojave koje se ne javljaju u odraslih. Psihofarmakološka terapija se uvodi pojavljivanjem teških simptoma anksioznosti koji narušavaju funkcioniranje djeteta (Kušević 2009). Prvom linijom terapije za pedijatrijske anksiozne poremećaje smatraju se Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS). Prema literaturi ne postoje jasno definirane smjernice za doziranje SIPPS-a kod anksioznih poremećaja kod djece i adolescenata. Preporuka je da se liječenje započinje malim dozama uz obavezno praćenje bolesnika zbog mogućnosti nuspojava. Doza se postupno povećava do najmanje učinkovite doze te daljnje povećanje doze nakon 4 do 6 tjedana ako se ne postigne zadovoljavajući odgovor na terapiju. U placebo kontroliranim istraživanjima kod djece i adolescenata uočeno je javljanje agresivnog i neprijateljskog ponašanja uz primjenu lijekova iz skupine SIPPS-a. Nuspojave mogu biti probavne smetnje (mučnina, povraćanje, proljev), nuspojave središnjeg živčanog sustava (glavobolja, nesanica) te poremećaji spolne funkcije. Simptomi su često blagi i privremeni. Manje česti simptomi koji se mogu javiti uključuju impulzivnost, agresiju i iritaciju. Potrebno je smanjiti dozu lijeka. Prije propisivanja lijekova iz skupine SIPPS-a potrebno je obratiti pažnju na povijest bipolarnog poremećaja u obitelji (Sucheta i sur.2009).

Istraživanja dokazuju da je za postizanje potpune i stabilne remisije najučinkovitija kombinacija SIPPS-a i KBT-a (Boričević-Maršanić 2013). Prilikom primjene SIPPSa s kraćim poluvremenom raspada (sertralin, fluvoksamin) nagli prekid terapije može dovesti do simptoma sustezanja koji se manifestiraju kroz vrtoglavicu, nesanicu, mučninu, povraćanje, mijalgija, umor, konfuzija, agitacija i iritabilnost (Kušević 2009).

Multicentrična studija (Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study, CAMS) uspoređivala je učinkovitost placeba, sertralina i KBT-a te kombinirano liječenje sertralinom i KBT-om u

akutnom liječenju SAP-a, GAP-a i socijalne fobije kod mladih. Rezultati istraživanja navode da su najučinkovitije metode kombinacija SIPPS-a i KBT-a (Sucheta i sur. 2009). SSRI je prva linija izbora lijekova u ovoj dobnoj skupini. Food and Drug Administration (FDA) izdala je upozorenje kad je riječ o korištenju antidepresiva u djece, uključujući i SIPPS, te zatražila da se na uputi za lijek istakne upozorenje „black-box warning“ o povećanom riziku za suicidalno ponašanje kod djece i adolescenata. Primjena antidepresiva nije kontaindicirana, potrebno je pažljivo praćenje bolesnika nakon početka terapije ili nakon povećanja doze. Za vrijeme korištenja antidepresiva potrebno je obratiti pažnju na potencijalne znakove pogoršanja poremećaja, uzrujanosti, suicidalnosti, impulzivnosti, prkosa i agitacije (Kušević 2009).

Sljedeći lijek izbora je venlafaksin. Preporučuje se tek nakon izostanka odgovora na jedan ili više SIPPS-a. Ima puno više nuspojava nego SIPPS-a. Može se javiti hipertenzija i suicidalno ponašanje (Boričević-Maršanić 2013).

Klomipramin, neselektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina ima veću učinkovitost od SIPPS-a u liječenju OKP-a. Zbog nuspojava i farmakokinetičkih karakteristika ne pripada u prvu liniju terapije. Za korištenje ostalih psihofarmaka u liječenju anksioznih poremećaja nije dokazana učinkovitost. Triciklički antidepresivi se ne preporučaju kod djece i adolescenata zbog kardijalnih i antikolinergičkih nuspojava te mogućeg letalnog ishoda kod predoziranja (Boričević-Maršanić 2013).

Benzodiazepini se nisu pokazali učinkoviti u liječenju anksioznih poremećaja, ali se u kliničkoj praksi kratkotrajno koriste u kombinaciji sa SIPPS-om kada je potrebna brza reakcija teških simptoma anksioznosti (Sucheta i sur. 2009). Benzodiazepine je potrebno pažljivo koristiti zbog mogućnosti razvoja ovisnosti o lijeku, pogotovo u mladima koji su već bili ovisni o lijekovima ili drogama.

Kod mladih s paničnim poremećajima, ne postoje studije terapije lijekovima. Kod liječenja, koriste se SIPPS-i kao prva linija, mogu se kombinirati s benzodiazepinom kod jačih napadaja panike (Sucheta i sur. 2009).

## 7.2 Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) pokazala se učinkovitom u tretmanu anksioznih poremećaja, ima empirijsku pozadinu te je popularan izbor za djecu i ove poremećaje. Kombinacija je kognitivne i bihevioralne terapije. Kognitivna terapija otkriva i mijenja negativne automatske misli, pogrešna bazična vjerovanja, pretpostavke i iskrivljena mišljenja. Temelj kognitivnih pristupa terapije je da disfunkcionalni i iskrivljeni načini mišljenja uzrokuju ili povećavaju disfunkcionalne emocije i ponašanja (Leahy i sur. 2014). Bihevioralne tehnike imaju za cilj promjenu ponašanja. Zajedničkim snagama kognitivno-bihevioralne strategije omogućuju podržavajuću, edukacijsku i strukturiranu psihoterapiju usmjerenu na podučavanje novim obrascima ponašanja i stavovima kod djece koja koriste nezrele i neučinkovite obrasce. Naglašava kako djeca mogu koristiti proces mišljenja za restrukturiranje i rješavanje problema. KBT sadrži tri temeljne skupine metoda: terapija rješavanja problema (eng. *problem solving*), terapije temeljene na kognitivnoj restrukturaciji i terapija suočavanja (Begić 2014). Kognitivno restrukturiranje podrazumijeva davanje uputa samome sebi, ističe važnost unutarnjeg monologa, potkrepljuje sustavno opažanje i dovodi do promjene ometajućih misli (Wenar 2013). Terapija rješavanja problema omogućuje više potencijalnih rješenja za neprimjerene obrasce. Terapija suočavanja temelji se na imaginarnom i stvarnom izlaganju s postepenim suočavanjem sa izazovnim situacijama (Sucheta i sur. 2009). Kognitivno-bihevioralni pristup se provodi u tri stupnja: identifikacija automatskih negativnih misli u različitim životnim situacijama, modifikacija kognitivnih distorzija fokusiranjem iracionalnosti pacijentovih misli, stavova i stvaranje novih obrazaca te bihevioralni eksperimenti kojima se potvrđuje ispravnost novoga mišljenja (Nikolić i sur. 2004). Velting i kolege ističu nekoliko važnih komponenta kod dječje anksioznosti: psihoedukacija djece i roditelja, stres menadžment kako bi dijete naučilo pratiti vlastite tjelesne senzacije, mišićnu relaksaciju i pravilno disanje (Sucheta i sur. 2009). Kognitivno-bihevioralni pristup zahtijeva mentalne sposobnosti djeteta, primijenjuje se kada dijete postigne određeni stupanj zrelosti.

KBT kod djece sa GAP-om djeluje na pretjerane brige i fiziološke znakove anksioznosti. Relaksacijske tehnike kao što su dijafragmalno disanje i opuštanje mišića utječu na psihološke simptome anksioznosti. Kognitivno restrukturiranje pomaže djeci s GAP-om da identificiraju i upuste se u borbu sa stalnim brigama i anksioznim mislima u različitim situacijama. Rješavanja problema je izrazito korisno kod djece sa GAP-om. Sistematsko desenzitiziranje kod djece sa specifičnim fobijama uključuje relaksaciju, hijerarhiju strahova i kombinaciju

hijerarhije strahova sa relaksacijskim tehnikama. Djeca sa SAP-om imaju pozitivan učinak od kognitivnog restrukturiranja koje im pomaže proučiti njihove anksiozne misli i pronaći rješenje za njih. KBT kod djece s paničnim poremećajem uključuju psihoedukaciju o psihološkim procesima koji vode do fizičkih osjeta, progresivno opuštanje mišića, disanje i relaksaciju, kognitivno suočavanje, i postepeno izlaganje situacijama u kojima se javlja određena fobija. Liječenje socijalne fobije kroz kognitivno-bihevioralno liječenje temelji se na izlaganju djece situacijama koje prouzrokuju anksioznost kroz tretman koji pridonosi boljem razvoju socijalnih vještine. Postoje dokazi koji podupiru bihevioralne intervencije kod selektivnog mutizma kod multimodalnog psihosocijalnog tretmana. Okolina oko djeteta potiče se da ne govori u ime djeteta. Napor u neverbalnoj komunikaciji koje dijete ulaže treba biti pozitivno nagrađeno i podupirano (potkrepljivanje pozitivnog ponašanja). Dijete se kroz KBT tretman uči nositi sa anksioznošću te sa vremenom dolazi do verbalne komunikacije koja isto tako treba biti nagrađena (Sucheta i sur. 2009).

Edukacija i uključivanje roditelja u tretman može biti od ključne važnosti. Roditelje se potiče na aktivno sudjelovanje u planiranju i provođenju terapijskog tretmana. Roditelji u ulozi koterapeuta pomažu u provođenju i uvježbavanju terapijskog procesa i učenju novih vještina te njihovo aktivno provođenje u djetetovoj svakodnevnicu. Bitna uloga roditelja je da potkrepljuju pozitivne obrasce ponašanja kod djeteta te da prate terapijski tretman i aktivno sudjeluju sa terapeutom u planiranju daljnjeg tretmana s obzirom na povratnu informaciju o nedostacima i uspješnosti u djetetovoj svakodnevnoj rutini. Potrebno je osim samog rada sa djetetom, roditelje poticati da rade na vlasitoj samokontroli ljutnje i anksioznosti te kognitivnoj restrukturaciji negativnih automatskih misli (Boričević-Maršanić i sur. 2016).

### **7.3 Podržavajuća (suportivna) psihoterapija**

Ovaj oblik psihoterapije posebno je koristan mladim osobama da se nose s emocionalnim previranjima potaknutim kriznom situacijom (Benić 2013). Može biti psihoanalitički ili neanalitički orijentirana. Suportivna terapija pruža oslonac i sigurnost te djeluje umirujuće. Većina pacijenta osjeti popuštanje anksioznosti kada im se ponudi mogućnost da svoje poteškoće podijele s terapeutom. Ako je uzrok problema u vanjskoj okolini ona se nastoji promijeniti, odnosno utjecati na nju kako bi se smanjio stresni pritisak. Time se postiže napredak u socijalnom funkcioniranju (Nikolić i sur. 2004)

## 7.4 Obiteljska psihoterapija

Obiteljska psihoterapija je vrsta grupnog liječenja koja uključuje sve članove obitelji jer dijete ili adolescent kao dio obiteljske grupe kroz svoje simptome često reflektira obiteljsku psihopatologiju (Nikolić i sur. 2004). Slika i crtež su pogodni u ovoj terapiji jer otkrivaju probleme u obitelji prije same verbalizacije (De Zan 2013). Temeljno je načelo ove terapije pomoći obitelji odnosno njezinim članovima u boljem razumijevanju i razradi problema te pronalaženju rješenja koje ranije nisu mogli spoznati. Radi se na povećanju razumijevanja članova obitelji naravi samog poremećaja, a s tim i njihovu sposobnost primjerenog odgovora na bolesnog člana te adekvatnu potporu i poticanje pozitivnih obrazaca ponašanja.

## 7.5 Terapija igrom

Kreativnost je jedna od odlika u psihoterapijskom radu s djecom. Djeca možda posjeduju manje kvaliteta koje se smatraju poželjnim u terapiji, ali su ipak u prednosti zbog aktivnih snaga sazrijevanja te je u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji jedan od najvećih napora da se iskoriste te snage, a umanje nepovoljni aspekti. Terapija igrom (eng. *play therapy*) doprinosi u radu s djecom i tretmanu anksioznosti. Utemeljena je na teorijskim postavkama Virginije Axline, Carla Rogersa, Donalda Winnicota i Vioet Oaklander. Njihovo učenje temelji se da su djeca od najranije dobi sposobna donositi odluke i preuzimati odgovornost u skladu sa dobi i sposobnostima. Na taj način dijete postaje sretnije, zadovoljnije i sigurnije u sebe. Primjenjuje se kod mlađe djece, kroz neanalitičku terapiju cilj je stvoriti suportivni odnos s terapeutom koji doprinosi prevladavanju anksioznosti.

Dijete samostalno odabire što će i na koji način koristiti u igri. Terapeut ga prati i posvećuje mu potpunu pažnju. Stvara se sigurno okruženje gdje terapeut omogućuje djetetu da se izrazi fizički, verbalno ili kroz igru (De Zan 2013). Takav proces omogućuje djetetu da se u potpunosti usmjeri na vlastite snage i pronađe nove načine ophođenja emocijama i nove načine ponašanja. Terapeut može povremeno reflektirati djetetu ono što opaža zbog bolje kvalitete samog procesa (Benić, 2013). U terapiji igrom koriste se različiti mediji i tehnike. Kroz literaturu navode se terapeutsko pričanje, glazba, pokret, ples, dramatizacija, glina i plastelin, crtanje, slikanje (Nikolić i sur. 2004).

## **7.6 Terapija bazirana na usredotočenoj svjesnosti (eng. *mindfulness based therapy*, MBT)**

Istraživanja o primjeni i učincima usredotočene svjesnosti kod djece su znatno manja nego kod odraslih s obzirom da se radi o novom znanstvenom području (Thompson 2008). Postoje otvorene i pregledne studije te meta analize koje pokazuju pozitivne učinke intervencija i terapija temeljene na usredotočenoj svjesnosti primijenjenih u školama, kliničkim i nekliničkim populacijama na socioemocionalno, bihevioralno i fiziološko funkcioniranje mladih. Istraživanja pokazuju značajne funkcionalne i strukturne promjene u prefrontalnom korteksu, orbitofrontalnom korteksu, insuli, amigdali koja ima ključnu ulogu u modulaciji odgovora na stres, cingularnom korteksu, temporoparijentalnoj regiji odnosno u područjima koja reguliraju pažnju, učenje, memoriju, regulaciju emocija (Pollack i sur. 2014). U nalazima EEG-a pronađena je povećava količinu alfa i theta valova što poboljšava kognitivne procese, potiče otpuštanje endorfina, serotonina i dopamina što poboljšava raspoloženje (Grossman i sur. 2004). Utječe na normalizaciju krvnog tlaka, pulsa i ritma disanja te potrošnje kisika te na smanjenje aktivnosti osovine hipotalamus-hipofiza-adrenalna žlijezda i razine kortizola, simpatičkog i parasimpatičkog sustava, reakcije upale u organizmu (snižena razina proinflatornih citokina) koji reguliraju različite metaboličke funkcije i organske sustave (probava, imunološki i kardiovaskularni sustav) (Pollack i sur. 2014). Istraživanja su pokazala pozitivan učinak usredotočene svjesnosti u kliničkim skupinama djece i adolescenata na smanjenje anksioznosti, depresije, somatskih simptoma, simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja, problema pažnje, distraktibilnosti, problema ponašanja, agresivnosti, impulzivnosti, zlostavljanja vršnjaka, isključenja iz škole te poboljšanje kognitivne inhibicije, samopouzdanja, socijalnih vještina, kognitivne fleksibilnosti, samoregulacije i raspoloženja (Boričević i sur. 2016). Biegel i sur. su našli da kod adolescenata u ambulantnom psihijatrijskom tretmanu s različitim psihičkim poremećajima MBSR dovodi do smanjenja anksioznosti, depresije i somatske nelagode uz poboljšanje samopoštovanja i sna (Biegel i sur. 2009).

Pojam usredotočena svjesnost (eng. *mindfulness*) odnosi se na stanje svijesti s pažnjom usmjerenom prema vlastitim iskustvima koja uključuju misli, tjelesne senzacije i osjećaje ili prema okolini u sadašnjem trenutku bez prosudbe (Kabat-Zinn 2006). Ona uključuje otvoren pristup životu onako kako se događa u svakom trenutku kroz aspekte prihvatanja, namjere, pozornosti, neprosuđivanja i otvorenosti (Kabat-Zinn 2006). Predstavlja suprotnost tipu ruminativnog razmišljanja koje se redovito pojavljuju kod većine psihičkih problema i

poremećaja koji su najčešći u populaciji (depresija, anksiozna stanja i strahovi, anksiozni poremećaji). Usredotočena svjesnost je namjerna (Williams 2014). Kultiviranjem usredotočene svjesnosti osoba postaje svjesnija sadašnje realnosti i izbora koji je pred njom. Postupa sa svjesnošću. Suprotno tome, ruminacije su često automatske reakcije na različite okidače. Dovode do negativnih emocija i negativnih misli sa različitim tjelesnim senzacijama i nefunkcionalna ponašanja što sve povratno utječe i pojačava negativne misli. Svjesnost se može jednostavno definirati kao poseban način obraćanja pozornosti (Kabat-Zinn 2006).

Njegovanje usredotočene svjesnosti postoji u tradiciji meditacije religija Istoka i Zapada više od 2500 godina (Williams 2014). Intervencije i terapije temeljene na usredotočenoj svjesnosti uvedenu su u suvremenu medicinsku praksu krajem 1970-tih godina. John Kabat-Zin, profesor emeritus na Medicinskom sveučilištu Massachusetts, utemeljitelj je Klinike za redukciju stresa i posebog odjela na Sveučilištu koje se bavi primjenom, edukacijom i istraživanjima na području usredotočene svjesnosti. Razvio je osmotjedni program za ublažavanje stresa i opuštanja (eng. *Mindfulness Based Stress Reduction*, MBSR) baziran na usredotočenoj svjesnosti te prošireni MBCT, Mindfulness-Based Cognitive Therapy. Kognitivna terapija zasnovana na usredotočenoj svjesnosti (MBCT), Terapija prihvaćanjem i posvećenošću (ACT), Integrativna bihevioralna terapija parova (ICBT), Dijalektička bihevioralna terapija (DBT), Metakognitivna terapija (MT), Terapija usmjerena na sućut prema sebi i itd. samo su neke od terapija koje pripadaju *tretmanima trećeg vala* za različite psihičke poremećaje i smetnje (Barbarić 2016). Temelj svih tehnika je usredotočena svjesnost (eng. *mindfulness*), a temelj je prihvaćanje i drugačije odnošenje prema nepoželjnim mislima, emocijama, tjelesnim senzacijama (Barbarić i sur.2015). Terapije temeljene na pristupu usredotočene svjesnosti uključuju različite tehnike i intervencije kao što je sjedeća meditacija, vježbe disanja, meditacija pokreta, usredotočena svjesnost slušanja i razmišljanja, metoda pregleda tijela (eng. *body scan*), različite metode u svakodnevnom životu kao što je jedenje s usredotočenom svjesnošću (Pollack 2014). Kod primjene u djece i adolescenata potrebno je tehnike primjeniti u skladu sa razvojnim karakteristikama i kognitivnim sposobnostima (Boričević i sur. 2016). Vježbe su jednostavnije, traju kraće, koristi se jezik prilagođen djeci i elementi igre, aktivnosti, kretanja, zabave, humora (Harnett i sur. 2012). Poželjno je uključiti roditelje ili skrbnike u samu praksu. Na iskustvenoj razini mogu osjetiti što je usredotočena svjesnost i koje su njezine dobrobiti kako bi i sami ojačali pozitivan model ponašanja (Thompson 2008).



U početku se primjenjuju vježbe usredotočene svjesnosti prema vanjskoj okolini, a zatim prema iskustvima u tijelu, a na kraju dolaze vježbe svjesnosti uma i meditacije (Pollack 2014). Vježbe mogu biti različite, a najčešće uključuju vježbe disanja, pokreta, osjetila, pregled tijela, različite metode meditacije koje mogu povećati sposobnost pažnje i svjesnosti (Barbarić i sur. 2015). Kabat-Zinn ističe da *usredotočena svjesnost* zbog gledanja na misli i osjećaje bez prosuđivanja i bez impulzivnog reagiranja omogućuje prihvaćanje stresnih događaja u životu kao izazova, a ne kao prijetnji (Kabat-Zinn 2006).

## 8. PREVENCIJA

Važan dio preventivnog djelovanja u tretmanu anksioznih poremećaja je sprečavanje negativnih posljedica poremećaja koji uključuje socijalnu izolaciju, nepostizanje obrazovnog i profesionalnog uspjeha, financijsku neovisnost, poteškoće stvaranja i održavanja emocionalnih veza, demoralizacija i osjećaj manje vrijednosti, razvoj poremećaja vezanih uz psihoaktivne supstance, razvoj drugih anksioznih poremećaja i razvoj depresivnih poremećaja. Rana identifikacija rizičnih faktora kod anksioznih poremećaja npr. bihevioralna inhibicija kod socijalne fobije. Većina poremećaja se može prevenirati podizanjem opće zdravstvenog i društvenog stanja ili posebnom zaštitom pojedinca od patogenih utjecaja specifičnih za poremećaj. Pravovremena identifikacija slučajeva visokog rizika za pojavu određenog poremećaja uvelike utječe na tijek i prognozu. Ulazak u zajednicu putem škola, socijalne službe i drugih institucija koje se susreću sa djecom i mladeži doprinosi boljem ishodu. Često su potrebne intervencije u dječjoj sredini kako bi se otklonili ili barem smanjili patogeni utjecaj i stvorila pozitivna okolina (Nikolić i sur. 2004).

Američka Akademija dječje i adolescentne psihijatrije preporučuje rutinski skrining za anksioznost u djetinjstvu što posljedično smanjuje troškove kasnijih nepotrebnih medicinskih obrada, prikupljanje informacija iz raznih izvora u vezi anksioznih simptoma kod djeteta (dijete, roditelj, učitelj), procjenjivanje komorbiditetnih poremećaja te evaluaciju tijeka poremećaja i jačinu simptoma te utjecaj na svakodnevno funkcioniranje (Sucheta i sur. 2009). Cilj je da djeca postanu svjesna svojih unutarnjih stanja i mogućnosti da utječu na njih (GAP), da se roditelje pripremi kako se nositi sa utjecajem anksioznosti na obiteljski život (SAP) te učitelji koji mogu pridonijeti u procjenjivanju i poboljšanju socijalnih vještina kod djeteta (socijalna fobija).

Rano otkrivenje i nadzor anksioznosti može pridonijeti smanjenju potrebe za velikim medicinskim pretragama i obradama. Otkrivanje tjelesnih simptoma prije uvođenja farmakoterapije može pozitivno djelovati na smanjenje nuspojava koje prouzrokuju lijekovi. Obiteljske intervencije usmjerene su razvoju vještina za rješavanja problema u obitelji i boljoj komunikaciji te smanjenju anksioznosti samih roditelja. Aktivnosti u učionici koje pomažu djeci s anksioznošću mogu uvelike pomoći djeci sa epizodama panike ili anksioznosti. Jedan ključni radnik u školi može biti zadužen za pomaganje takvom djetetu korištenjem tehnika rješavanja problema i drugim primijenjivim tehnikama. Škole bi trebalo poticati da pomažu djeci smanjiti anksioznost kako bi djeca nastavila pohađati školu te da se smanji postotak djece koja odbijaju ići u školu. Ako postoji strah od testova ili općenito testiranja, produživanje rokova i duže vrijeme za rješavanje testova može pomoći djetetu.

## 9. ZAKLJUČAK

Anksiozni poremećaji jedni su od najčešćih mentalnih poremećaja u dječjoj i adolescentnoj dobi. Uzrokovani su biološkim, psihološkim i socijalnim čimbenicima. Klinička slika uključuje emocionalne, bihevioralne, kognitivne i tjelesne simptome. U liječenju anksioznih poremećaja primjenjuju se različite psihoterapijske tehnike (KBT, obiteljska terapija, psihoanalitičke) koje se ponekad kombiniraju sa farmakoterapijom. Djetinjstvo i adolescencija predstavlja ključnu rizičnu fazu za razvoj simptoma anksioznosti koji variraju od blagih prolaznih simptoma pa sve do potpuno razvijene anksioznosti i istoimenih poremećaja. Porast poremećaja povezan je i sa lošim odnosima u obitelji, ekonomskim teškoćama i duševnim smetnjama roditelja. Unatoč suvremenim spoznajama o etiologiji i rizičnim faktorima kao i trendovima u liječenju, često djeca nisu pravovremeno prepoznata i uključena u terapijski tretman. Rana identifikacija i efektivno liječenje dječje anksioznosti omogućuje minimalizirati negativni utjecaj na obrazovno, socijalno i obiteljsko funkcioniranje mladih. Također, važno je istaknuti da ranim otkrivenjem i nadzorom anksioznosti smanjuje se daljnja potreba za velikim medicinskim pretragama i obradama te nuspojave farmakoterapije. Iako postoji mnogo dokaza o značaju kognitivno-bihevioralne terapije za anksiozne poremećaje, podaci koji se tiču tretmana lijekovima još uvijek nisu prisutni u zadovoljavajućem broju. Isto tako nisu poznati dugoročni efekti koje farmakološki tretman ima na razvoj mozga. U psihoterapijskom pristupu važno je da se svakom djetetu pristupa individualno, a odabir tretmana prilagoditi ovisno o dobi, kognitivnom razvoju, rizičnim i zaštitinim čimbenicima, simptomima, preferencijama roditelja i djeteta za pojedini oblik liječenja. Način liječenja uključuje multimodalan pristup temeljen na psihoedukaciji roditelja i djeteta, psihoterapiji i farmakoterapiji. Psihoedukacija sa roditeljima je veoma važna a uključuje edukaciju o poremećaju, simptomima, posljedicama i tretmanu dok je dijete najvažniji motivirati za sam tretman. Poremećaji iz ove skupine ostavljaju dugotrajne posljedice na mentalno zdravlje osobe. Ono je sastavni dio općeg zdravlja te predstavlja najvažniji resurs za pojedinca, obitelj i društvo u cjelini. Ti poremećaji stigmatiziraju, izazivaju veliku subjektivnu patnju i uveliko smanjuju kvalitetu života oboljelih, obitelji i okoline. Zbrinjavanje dovodi do ekonomskog opterećenja društva, ali i za samo dijete, čija je produktivnost izrazito umanjena, a najviše u društvenom i obrazovnom okruženju. Psihološka, biološka i socijalna disfunkcija predstavljaju najveće opterećenje za osobu. Podloga za dobro mentalno zdravlje u najvećoj se mjeri oblikuje u prvim godinama života te unapređenjem mentalnog zdravlja djece i mladih je ulaganje u budućnost.

## **10. ZAHVALE**

Zahvaljujem se mentoru prof.dr.sc. Draženu Begiću na uloženom trudu i vremenu te stručnim savjetima i vodstvu prilikom izrade diplomskog rada.

Zahvaljujem se svojoj obitelji i bliskim prijateljima na podršci i strpljenju.

Zahvaljujem se Tihani na konstruktivnim savjetima i strpljenju prilikom oblikovanja rada.

Zahvaljujem se Bolnici i kolegama na podršci tijekom školovanja, znanju i iskustvu.

Posebne zahvale „mojoj“ djeci koja su bila dio mojeg radnog i životnog iskustva.

Hvala!

## 11. POPIS LITERATURE

1. Asbahr FR (2004) Anxiety disorders in childhood and adolescence: clinical and neurobiological aspects. *J Pediatr* 80(2):28-34.
2. Bajs M, Janović Š, Štrkalj Ivezić S, Bajs M (2007) Instrumenti u procjeni anksioznosti i anksioznih poremećaja. *Medix* 13(71):75-78.
3. Barbarić D (2016) Usredotočena svjesnost i 3. val kognitivno-bihevioralnih terapija. 1. konferencija hrvatskog udruženja za bihevioralno-kognitivne terapije s međunarodnim sudjelovanjem. Knjiga sažetaka. [Pristupljeno 09.08.2016]. Dostupno na: <http://cabct.hr/wp-content/uploads/2015/05/Knjiga-sa%C5%BEetaka.pdf>
4. Barbarić D, Markanović D (2015) Učinci 8-tjednog tečaja Mindfulnessa na izraženost općih psihopatoloških teškoća i stresa na poslu-preliminirani nalazi. *Soc psihijat* 43:199-208.
5. Begić D (2014) Psihopatologija: drugo, dopunjeno i obnovljeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada.
6. Benić D (2013) Psihoterapijski tretman djece i adolescenata. U: Dodig-Ćurković K, Boričević-Maršanić V, Benić D, Franić T, Grgić M i sur. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi. Osijek: Svjetla grada, str.402-409.
7. Beesdo K, Knappe S, Pine DS (2009) Anxiety and Anxiety Disorder in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am* 32(3):483-524.
8. Biegel GM, Brown KW, Shapiro SL, Schubert CA (2009) Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 77:855-66.
9. Bogels S (2008) Mindfulness Training for Adolescents with Externalizing Disorders and their Parents. *Behav Cogn Psychother* 36:193-209.
10. Boričević-Maršanić V, Zečević I, Parađik Lj, Šarić D, Bolfan Karapetrić LJ (2015) Kognitivne tehnike u kognitivno bihevioralnoj terapiji mlađe djece s eksternaliziranim poremećajima. *Socpsihijat* 43:183-190.
11. Boričević-Maršanić V (2013) Anksiozni poremećaji dječje i adolescentne dobi. U: Dodig-Ćurković K, Boričević-Maršanić V, Benić D, Franić T, Grgić M i sur. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi. Osijek: Svjetla grada, str. 96-108.

12. Boričević-Maršanić V (2013) Primjena antidepresiva u liječenju psihičkih poremećaja dječje i adoelscentne dobi. U: Dodig-Ćurković K, Boričević-Maršanić V, Benić D, Franić T, Grgić M i sur. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi. Osijek: Svjetla grada, str. 150-159.
13. Boričević-Maršanić V, Paradžik LJ, Zečević I, Karapetrić- Bolfan LJ (2015) Usredotočena svjesnost- Mindfulness: Primjena u djece i adolescenata. Soc Psihijat 43:142-150.
14. Burdick DE (2014) Mindfulness skills for kids & teens: a workbook for clinicians & clients with 154 tools, techniques, activities & worksheets. United States of America: Pesi Publishing Media.
15. Compton SN, March JS, Brent D et al. (2004) Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adoelscents: an evidence-based medicine review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 43:930-959
16. Connolly SD, Sonali D, Nanayakkara MD (2009) Anxiety Disorders in Children and Adolescents: early identification and evidence -based treatment. Psychiatric Times, October 08.
17. Cunha M, Paiva MJ (2012) Text anxiety in Adolescents: the role of self- criticism and acceptance and mindfulness Skills. Span J Psychol15(2):533-543.
18. De Zan D (2013) Slika i crtež u psihoterapiji djece i obitelji. Zagreb: Medicinska naklada.
19. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
20. Dodig-Ćurković K, Boričević-Maršanić V, Benić D, Franić T, Grgić M i sur. (2013) Psihopatologija dječje i adolescentne dobi. Osijek: Svjetla grada.
21. Dodig-Ćurković K (2013) Selektivni mutizam u dječjoj dobi. U: Dodig-Ćurković K, Boričević-Maršanić V, Benić D, Franić T, Grgić M i sur. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi. Osijek: Svjetla grada, str. 109-115.
22. Grossman P et al. (2004) Mindfulness-based stress reduction and health benefits. J Psychosom Res 57:35-43.
23. Harnett PH, Dawe S (2012) The contribution of mindfulness- based therapies for children and families and proposed conceptual integration. Child Adolesc Ment Health 17(4):195-208.
24. Hollander S, Simeon D (2006) Anksiozni poremećaji. Jastrebarsko: Naklada Slap.

25. Hooker K, Fodor I, Toman S (2008) Teaching mindfulness to children. *Gestalt Review*12(1):75-91.
26. Kabat-Zinn J (2006) Živjeti punim plućima: iskoristite mudrost tijela i uma kako biste se uhvatili u koštac sa stresom, bolom i bolešću. Zagreb: Vbz.
27. Kušević Z (2009) Primjena antidepresiva u dječjoj i adolescentnoj dobi U: Mihaljević-Peješ A, Šagud M. Antidepresivi u kliničkoj praksi. Zagreb: Medicinska naklada
28. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK (2014) Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada slap.
29. Lebowitz ER, Scharfstein LA, Jones J (2014) Comparing family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and nonanxious children. *Depress Anxiety*31:1018-1025.
30. Mark T, Greenberg and Harris A (2012) Nurturing Mindfulness in Children and Youth: Current State of Reserch. *Child Development Perspectives* 6(2):161-166.
31. Majić G, Begovac I, Vidović V i sur. (2009) Anksiozni poremećaji U: Barišić N. i sur. *Pedijatrijska neurologija*. Zagreb: Medicinska naklada, str. 728-731
32. McClure E, Adler A, Monk C, et al. (2007) fMRI predictors of treatment outcome in pediatric anxietydisorders. *Psychopharmacology* 191:97–105.
33. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema: MKB 10-deseta revizija: klinički opis i dijagnostičke smjenice (1994). Zagreb: Medicinska naklada.
34. Nikolić S, Marangunić M i sur. (2014) Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga.
35. Oaklander V (1996) Put do dječjeg srca. Zagreb: Školska knjiga.
36. Pollack SM, Pedulla T, Siegel RD (2014). *Sitting together. Essentials Skills for Mindfulness-Based Psychoterapy*. New York, London: The Guilford Press.
37. Raphael-Grimm T (2015) *The Art of Communicatio in Nursing and Health Care: an interdisciplinary approach*. New York: S4Carlisle Publishing Services.
38. Reid KM (2015) The Relationship Between Parents Poor Emotional Health Status and Childhood Mood and Anxiety Disorder in Florida Children, National Survey of Children's Health, 2011-2012. *Matern Child Health J.* 19:1071-1077.
39. Rudan V (2007) Psihoanalitički koncept anksioznosti. *Medix* 17:67-71.

40. Sakolsky D, Birmaher B (2008) Pediatric anxiety disorders: management in primary care. *Current Opinion in Pediatrics* 20:538-543
41. Semple RJ, Lee J, Rosa D, Miller LF (2010) A Randomized Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children: promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *J Child Fam Stud* 19:218-229.
42. Sipe Walter EB, Eisendrath SJ (2012) Mindfulness -Based Cognitive Therapy: theory and practice. *CanJ Psychiatry* 57(2):63-69.
43. Thompson M, Gauntlett- Gilbert J (2008) Mindfulness with Children and Adolescents: effective clinical application. *Clin Child Psychol Psychiatry* 13(3): 395-407.
44. Vulić-Prtorić A, Cifrek-Kolarić M (2011) Istraživanja u razvojnoj psihologiji. Jastrebarsko: Naklada Slap.
45. Vulić-Prtorić A (2006) Anksiozna osjetljivost: fenomenologija i teorije. *Suvremena psihologija* 9(2):171-194.
46. Vulić-Prtorić A (2002) Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji. *Suvremena psihologija* 5(2): 271-293.
47. Živčić- Bečirević I, Jakovčić I (2015) Grupni bihevioralno-kognitivni tretman studenata sa socijalnom anksioznošću. *Soc. Psihijat* 42:191-198.
48. Wenar C (2003) Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dojenačke dobi do adolescencije. Jastrebarsko: Naklada Slap.
49. Williams M, Penman D (2014) Meditacija usmjerene svjesnosti. Zagreb: Znanje.



## 12. ŽIVOTOPIS

<b>European Curriculum vitae Format</b>	
<b>Osobni podaci</b>	
Prezime i ime	<b>POLJAK, MIHAJELA</b>
Adresa stanovanja	Radobojski bregi 95, 49232 RADOBOJ, HRVATSKO ZAGORJE
Telefon	
Mobilni telefon	091 5483366
E-mail	mihajela.poljak@hotmail.com
Datum i mjesto rođenja	25.06.1989 Ptuj
Državljanstvo	Hrvatsko
Spol	Ž
<b>Željeno zaposlenje / područje zapošljavanja</b>	<b>Zdravstvo i socijalna skrb</b>
<b>Radno iskustvo</b>	
Datumi (od - do)	01.02.2012. - 31.01.2013.
Zanimanje	Prvostupnica sestrinstva (bacc.med.techn.)
Glavne aktivnosti i odgovornosti	Provođenje zdravstvene njege na „Klinici za psihijatriju“.
Naziv i adresa poslodavca	KBC "Sestre milosrdnice" Vinogradska cesta 29, 10 000 Zagreb
	13.05.2013.- 26.05.2015. 06.07.2015.- 30.04.2016. Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Kukuljevićeva 11, Zagreb
<b>Obrazovanje</b>	
	2014.- Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, diplomski studij sestrinstva
Datumi (od - do)	2008. - 2011.
Stečeno zvanje	bacc.med.techn.
Obrazovna ustanova	Zdravstveno veleučilište, Zagreb
Datumi (od - do)	2004. - 2008.
Stečeno zvanje	medicinska sestra
Obrazovna ustanova	Srednja škola za medicinske sestre Vinogradska

## Osobne vještine i kompetencije

Strani jezici

Strani jezik	Razumijevanje		Govorna komunikacija		Pisanje
	Slušanje	Čitanje	Govorna komunikacija	Govorna interakcija	
<b>Njemački</b>	B2	B2	B2	B2	B2
<b>Engleski</b>	C1	C1	C1	C1	C1
<b>Znakovni jezik</b>	A1	A1	A1	A1	

Socijalne vještine i kompetencije

- Sklonost timskom radu
- Sposobnost samostalnog rješavanja problema
- Razvijene komunikacijske vještine
- Rad sa djecom i osjetljivim skupinama

Organizacijske vještine i kompetencije

- Dobar smisao za organizaciju
- Razvijena vještina organiziranja vremena
- Vještine planiranja, organizacije i koordinacije
- Prilagodljivost

Kompjutorske vještine i kompetencije

- Poznavanje rada na računalu
- Aktivno znanje Microsoft Office
- Poznavanje rada u aplikaciji Centralizirani obračun plaća - COP

Umjetničke vještine i kompetencije

- Kreativnost

Ostale vještine i kompetencije

Stečena određena stručna znanja iz teorijskog i praktičnoga dijela zdravstvene struke važne za rad medicinske sestre.  
Osposobljena sam za procjenu, prikupljanje, analizu i interpretaciju podataka iz područja sestrinske skrbi. Planiranje i provođenje sestrinske skrbi, izvještavanje i dokumentiranje o obavljenim postupcima iz domene rada medicinske sestre.  
Samostalno obavljanje sestrinskih zahvata. Sudjelovanje i provođenje organizacije rada unutar odjela.

Vozačka dozvola

B kategorija

**Ostale relevantne informacije**

Mindfulness tečaj, HUBIKOT, listopad 2015.- siječanj 2016.  
Aktivno sudjelovanje na kongresu Psihijatrijskog društva pod nazivom „Depresija u stoljeću uma“, poster prezentacija na temu „Terapijska zajednica“.  
Sudjelovanje na kongresima u organizaciji Psihijatrijskog društva medicinskih sestara (poster prezentacija na temu „Timska obrada“). Sudjelovanje na jednodnevnom simpoziju Pedijatrijskog društva održanog u KBC Sestre milosrdnice, rad na temu „Pristup agresivnom pacijentu“. Sudjelovanje na jednodnevnom simpoziju u organizaciji Pedijatrijskog društva medicinskih sestara na Srebrnjaku na temu „Partnerstvo u pedijatriji“.

U siječnju 2016. godine uspješno sam završila tečaj „Prepoznavanje teško bolesnog djeteta, osnovne i napredne mjere održavanja života djeteta“ u organizaciji Nastavnog zavoda za hitnu medicinu grada eZagreba.

Tijekom tri godine polazila sam stručne edukacije i predavanja u organizaciji PB za djecu i mladež, Kukuljevićeva 11.

Dva puta sam održala predavanje za Hrvatsku komoru medicinskih sestara u PB za djecu i mladež na temu „Sestrinski pristup agresivnom pacijentu“.

Pohađala sam edukaciju za rad u COP-u (centralni obračun plaća) te sam obavljala unos podataka u sustav za vrijeme rada u PB za djecu i mladež.

Sudjelovala sam na jednodnevnom tečaju na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu na temu „Neuroscience and art“ u organizaciji CEPAMET-a.

## Prilozi