

Povezanost traume s razvojem internaliziranih problema u ponašanju u populaciji studenata

Slekovac, Isabella

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:806420>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-07**

Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

Isabella Slekovac

**POVEZANOST TRAUME S RAZVOJEM INTERNALIZIRANIH PROBLEMA U
PONAŠANJU U POPULACIJI STUDENATA**

Diplomski rad

Zagreb, rujan, 2022.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

Isabella Slekovac

**POVEZANOST TRAUME S RAZVOJEM INTERNALIZIRANIH PROBLEMA U
PONAŠANJU U POPULACIJI STUDENATA**

Diplomski rad

Mentor rada:

dr. sc. Marija Šarić Drnas

Zagreb, rujan, 2022.

UNIVERSITY OF ZAGREB
FACULTY OF TEACHER EDUCATION
DEPARTMENT OF EDUCATIONAL STUDIES

Isabella Slekovac

**THE RELATION BETWEEN TRAUMA AND INTERNALISED BEHAVIOURAL
PROBLEMS IN THE STUDENT POPULATION**

Master's thesis

Mentor:
dr. sc. Marija Šarić Drnas

Zagreb, 2022.

ZAHVALA

Veliku zahvalnost prvenstveno dugujem svojoj mentorici, dr.sc. Mariji Šarić koja mi je svojim savjetima pomogla pri izradi ovog diplomskog rada. Hvala joj što je uvijek imala strpljenja i vremena za moje brojne upite.

Također, zahvaljujem se svim svojim prijateljima koji su moje studentske dane ispunili uspomenama za cijeli život.

Najveću zahvalnost iskazujem cijeloj svojoj obitelji koja me bezuvjetno podržavala i pomagala mi na svakom koraku. Hvala im za sve što su napravili za mene, osobito mojoj majci.

Hvala mom bratu Rafaelu bez kojeg postupak analize podataka u ovom radu nebi bio tako jednostavan.

I na kraju, posebnu zahvalnost iskazujem svojoj sestri koja je uvijek bila tu za mene i koja će zauvijek biti moja zvijezda vodilja.

Zrinki

Sažetak

Internalizirani problemi u ponašanju, odnosno reakcije na stres i negativne emocije, često se javljaju zbog doživljene neke vrste traume te su često skriveni i teško ih je prepoznati. Zbog tendencije da ostanu izvan vidokruga, internalizirana ponašanja nisu toliko poznata kao eksternalizirajući oblici koji uključuju ponašanje usmjereno prema van. To ne znači da su internalizirana ponašanja manje štetna, štoviše, istraživanja sugeriraju da nastavak takvog ponašanja može uzrokovati ozbiljnu štetu cjelokupnom mentalnom zdravlju, samopoštovanju i odnosu s drugima. Neke od tih negativnih emocija uključuju: usamljenost, izolaciju, tugu, patnju, bijes, zavist, ljubomoru, nesigurnost, sumnju u sebe i mržnju prema sebi. Depresija i anksioznost dva su mentalna poremećaja koji kod ljudi, u okviru internaliziranih problema u ponašanju, imaju najvišu tendenciju razvoja. Rezultati studija provedenih u području psihoterapije pokazuju kako informiranje i edukacije mogu dovesti do boljeg razumijevanja prevalencije ovih poremećaja kod adolescenata, studenata, djevojčica i dječaka i kako vršnjaci mogu podržavati jedni druge kroz unutarnje sukobe s kojima se suočavaju, uz učenje vještina snalaženja u tim misaonim obrascima. Internalizirajuće ponašanje, kada se pojavi u adolescenciji, može dovesti do posljedica u odrasloj dobi, a psihologija pokazuje da se pogled na svijet može drastično promijeniti kod onih koji doživljavaju takva ponašanja, kao i razumijevanje njihove svrhe, prava i smisla života.

Cilj ovog istraživanja bio je identificirati utječe li, i u kolikoj mjeri, trauma na razvoj internaliziranih problema u ponašanju u populaciji studenata. Rad je podijeljen u dva dijela. Prvi dio analizira teorijske radove i dokumente, a drugi dio je empirijski. U istraživanju su sudjelovali studenti fakulteta u Republici Hrvatskoj ($n=113$). Studenti su popunjavali Upitnik o povezanosti traume s razvojem internaliziranih problema u ponašanju. Istraživanjem je potvrđeno da su studenti koji su u posljednjih godinu dana doživjeli neku vrstu traume razvili izraženije simptome internaliziranih problema u ponašanju u odnosu na studente koji nisu doživjeli traumu u posljednjih godinu dana. Dobiveni rezultati upućuju na potrebu pružanja kvalitetnijeg oblika pomoći u okviru mentalnog zdravlja, svim osobama, a pogotovo mladima.

Ključne riječi: anksioznost, depresija, internalizirani problemi u ponašanju, studenti, trauma

Abstract

Internalized behavioral problems, i.e. reactions to stress and negative emotions, often occur as a result of some form of traumatic experience and are often hidden and hard to recognize. Thanks to its tendency to stay unseen, internalized behavior is less known than external forms of behavior that include outward actions. That doesn't mean internalized behavior is less harmful, on contrary, studies suggest that continuous internalized behavior can cause serious harm to the mental health, self-esteem and relationships of the individual. Some of these negative emotions are loneliness, isolation, sadness, sorrow, rage, envy, jealousy, insecurity, self-doubt and self-loathing. Depression and anxiety are two mental disorders that are most likely to develop through internalized behavioral problems. Psychotherapy studies indicate that proper education and informing can lead to the better understanding of how prevalent these disorders are among adolescents, students, young girls and boys and how they can support each other through inner struggles they face with teaching of how to navigate those thought patterns. Internalized behavior, when manifested in adolescence, can have consequences in adulthood and psychology indicates that these behaviors can drastically influence worldview and understanding of purpose, rights and value of life of person experiencing them.

The goal of this research was to identify does trauma, and if yes, to what degree influence development of internalized behavioral problems among student population. The research is divided in two parts. First part is analysis of theoretical works and documents while the second part is empirical. Students attending universities in Republic of Croatia took part in this research (n = 113). Students took part in a Survey regarding connection between trauma and development of internalized behavioral issues. This research confirmed that students who experienced some sort of traumatic experience in the last year developed more pronounced symptoms of internalized behavioral issues than students who haven't experienced any sort of trauma in the same amount of time. Results indicate that there is a need of providing better form of mental health help to everyone, especially to the young.

Key words: anxiety, depression, internalized behavioral problems, students, trauma

Sadržaj

UVOD	1
1. TRAUMA	2
2. POVEZANOST TRAUMATSKOG ISKUSTVA I PROBLEMA U PONAŠANJU	3
3. INTERNALIZIRANI PROBLEMI U PONAŠANJU	5
4. ANKSIOZNOST.....	8
4.1. GENERALIZIRANI ANKSIOZNI POREMEĆAJ (GAP)	9
4.2. PANIČNI POREMEĆAJ.....	10
4.3. SOCIJALNA FOBIIJA	11
4.4. AGORAFOBIIJA.....	12
4.5. POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ (PTSP)	14
5. DEPRESIJA.....	15
5.1. BIPOLARNI POREMEĆAJ.....	17
6. SVRHA, CILJ I ZADACI ISTRAŽIVANJA	18
7. METODA	19
8. REZULTATI.....	20
9. RASPRAVA.....	31
10. ZAKLJUČAK.....	33
LITERATURA.....	35

UVOD

Motivacija za temu ovog diplomskog rada proizašla je iz osobne želje za dubljim proučavanjem tematike vezane uz internalizirane poremećaje, točnije anksioznosti i depresije. Također, tijekom godina provedenih na studiju, najveću motivaciju i interes za daljnjim istraživanjem potaknuli su kolegi iz područja psihologije.

U današnjem društvu internalizirani problemi u ponašanju su sveprisutni kao i potreba za njihovim daljnjim istraživanjem. S obzirom na mnogobrojne promjene u posljednjih nekoliko godina od izrazite je važnosti shvatiti značajnu ulogu prevencije, prepoznavanja i liječenja internaliziranih problema u ponašanju, osobito kod osoba koje su doživjele neki oblik traumatskog događaja. Internalizirani poremećaji jesu intrapersonalni poremećaji, odnosno prema sebi usmjerena ponašanja, koja su iz tog razloga teže uočljiva u okolini. U tu skupinu spadaju poremećaji u ponašanju poput depresije, agorafobije, anksioznosti, suicidalnosti i sl. Tipični internalizirani problemi, anksioznost i depresija, slove za najčešće probleme koji zahvaćaju djecu i adolescente te je njihov utjecaj na javno zdravstvo od značajne važnosti. Česta su pojava i u mnogim slučajevima imaju smrtni ishod te je vrlo zabrinjavajuća činjenica da je ovo područje relativno slabo istraženo u usporedbi s eksternaliziranim poremećajima koje je puno lakše uočiti i identificirati. Da bi mogli pružiti kvalitetniju pomoć osobama s razvijenim simptomima internaliziranih problema u ponašanju prijeko je potrebno provoditi nova istraživanja i edukacije koje će društvu pomoći u razumijevanju težine i važnosti ovog problema.

S obzirom na postojanje velike potrebe za povećanjem svijesti o težini internaliziranih problema, njihovom utjecaju i posljedicama, ovaj će se rad bazirati upravo na njima te će se dati detaljan pregled pojedinih internaliziranih problema. Većinski dio ovog rada odnosit će se na objašnjavanje i istraživanje anksioznog i depresivnog poremećaja.

Cilj rada je utvrditi utječu li, i u kojoj mjeri, doživljene traume na razvoj internaliziranih problema u ponašanju u populaciji studenata. Rad se sastoji od teorijskog pregleda literature koja se bavi proučavanjem internaliziranih problema u ponašanju (anksioznosti i depresije), traume, povezanosti traume s razvojem internaliziranih problema u ponašanju te empirijskog dijela u kojem su predstavljeni rezultati istraživanja na uzorku studenata vezano uz povezanost traume s razvojem simptoma internaliziranih problema u ponašanju.

1. TRAUMA

Trauma je odgovor na duboko uznemirujući događaj koji nadilazi sposobnosti nošenja pojedinca s njom, uzrokuje osjećaj bespomoćnosti, umanjuje pojam vlastitog ja i pojedinčevu sposobnost da osjeti cijeli niz emocija i iskustava (Ivanišević, 2019). Američka psihološka udruga definira traumu kao emocionalni odgovor osobe na izrazito negativne događaje (Američka psihološka udruga, 2014). Trauma se smatra normalnom reakcijom na uznemirujući i stresan događaj, no njezini učinci mogu uvelike ometati normalan život čovjeka. Iako ne postoje objektivni kriteriji za procjenu koji će događaji uzrokovati simptome posttraume, okolnosti obično uključuju gubitak kontrole, izdaju, zlouporabu moći, bespomoćnost, bol, zbunjenost i/ili gubitak. Također, traumatskim događajem smatraju se oni događaji koji kod pojedinca narušavaju osjećaj pripadnosti i povezanosti s okolinom te u većini slučajeva narušavaju osjećaj kontrole nad vlastitim životom (Profaca i Arambašić, 2009). Traumatskim događajima smatraju se i za život opasne situacije, odnosno one u kojima su ljudi izloženi smrti, težim tjelesnim povredama i u kojima se javlja osjećaj životne ugroženosti, straha i bespomoćnosti (Kurtović, 2007). Traumatske situacije koje uzrokuju simptome nakon traume prilično se razlikuju od osobe do osobe, to je vrlo subjektivno i važno je imati na umu da traumu više definira odgovor nego okidač. Ono što je zajedničko svim traumatskim događajima jest njihovo neočekivano pojavljivanje i izazivanje intenzivnog straha i osjećaja bespomoćnosti (Čorkalo Biruški, 2009). Trauma se najčešće manifestira na emocionalnoj razini, pojavom anksioznosti, ljutnje, tuge i straha. Manifestacija traume u tjelesnim simptomima odnosi se na bolove u trbuhu, glavobolju, gubitak apetita i sl., a na ponašajnoj razini očituje se u smanjenju koncentracije, agresivnosti, iritabilnosti i socijalnom povlačenju. Manifestacija traume na misaonoj i kognitivnoj razini najčešće se očituje sjećanjima na događaj koja mogu izazvati različite reakcije od osobe do osobe (Čorkalo Biruški, 2009).

2. POVEZANOST TRAUMATSKOG ISKUSTVA I PROBLEMA U PONAŠANJU

Brojna istraživanja ukazuju na značajnost traumatskog iskustva za kasnije oblikovanje ponašanja. Reakcije na traumatski događaj mogu se pojaviti tijekom te neposredno nakon događaja ili nekoliko dana, mjeseci i godina poslije (Čorkalo Biruški, 2009). Mladi izloženi traumatičnim događajima pokazuju širok raspon simptoma, pokazujući ne samo internalizirane probleme, kao što su depresija ili anksioznost, već i eksternalizirane probleme poput agresije, problema s ponašanjem i protivljenja ili prkosnog ponašanja. Izrazito je važan stupanj zrelosti osobe za prepoznavanje posljedica traumatskog iskustva, što pomaže pri kasnijoj adaptaciji na novonastalu situaciju nakon traumatskog događaja. Iz toga slijedi da način na koji osoba proživljava traumatsko iskustvo te način na koji se nosi s istim uvelike pridonosi kasnijem oblikovanju same osobe. Također, osobe koje su u ranijoj dobi proživjele traumatično iskustvo imaju veće izgleda za razvoj problema u ponašanju (Ford i sur, 1999). Nadalje, u okviru djetinjstva, mnogi autori upozoravaju na izrazitu važnost obiteljskog okruženja te rizik zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja i problema u ponašanju. Teicher i sur. (2003) navode kako emocionalno, fizičko i seksualno zlostavljanje te emocionalno i tjelesno zanemarivanje imaju pogubne kratkoročne i dugoročne posljedice za cjelokupni razvoj i ponašanje djeteta. Naime, ova traumatska iskustva uzrokuju strukturne i funkcionalne promjene u razvoju mozga što doprinosi smanjenju školskog uspjeha, razvoju emocionalnih problema, početku konzumiranja psihoaktivnih supstanci, kriminalnom ponašanju, suicidalnim sklonostima, delikventnom ponašanju i sl. (van de Ven i sur, 2020). Istraživanja pokazuju da se rizik od emocionalnih problema kod adolescenata povećava ako žive stresan život. Ovi nalazi u skladu su s činjenicom da je adolescencija vrlo izazovna razvojna faza koja uključuje značajne biološke, psihološke i društvene promjene. Rezultati istraživanja sugeriraju da ne-normativni stresori (npr. razvod roditelja) i normativni stresovi (npr. prijelaz iz osnovne u srednju školu) povećavaju rizik od internaliziranih problema u ponašanju. Većina ranijih istraživanja pokazala je da visoki broj nekontroliranih i negativnih životnih događaja predviđa depresiju i tjeskobu, osobito među adolescenticima. Naprimjer, studija presjeka Swearingen i Cohen (1985a) pokazala je da su učenici sedmih razreda koji su prijavili veći broj negativnih životnih događaja pokazali višu razinu depresije i tjeskobe. Istraživanja pokazuju pozitivan odnos između životnih stresova i eksternalizirajućih ponašanja mjerenih agresijom, hiperaktivnošću i problemima u ponašanju. Studija Vauxa i Ruggiera (1983) također je pokazala vezu između traumatskog životnog događaja i delinkvencije te pokazuje kako stresni

životni događaji značajno predviđaju delinkventna ponašanja. Nadalje, Sanderson (2013) pridodaje značaj i složenosti traumatskog iskustva za dijete, odnosno radi li se o dugotrajnom nasilju i zlostavljaćem ponašanju dolazi do veće mogućnosti razvoja problema u ponašanju tijekom odrastanja. Navodi kako djeca izložena složenom traumatskom iskustvu imaju više teškoća tijekom razvoja, skloniji su kroničnom samodestruktivnom ponašanju, socijalnom povlačenju, emocionalnim poteškoćama te osjećaju bespomoćnosti i krivnje koji pospješuju takva ponašanja (Profaca, 2016). Hrabar (2016) navodi kako uz intenzitet, trajanje, vrstu traume te djetetov doživljaj traume i specifičnosti njegovih potreba (jesu li one zadovoljene ili ne) ovisi hoće li traumatski događaj utjecati na pojavu problema u ponašanju.

3. INTERNALIZIRANI PROBLEMI U PONAŠANJU

U svrhu definiranja internaliziranih problema u ponašanju treba krenuti s općenitom definicijom problema u ponašanju. Prema Bouillet (2010) termin problema u ponašanju odnosi se na ponašanja koja odstupaju od uobičajenih normi ili standarda za određenu dob u određenom socijalnom okruženju. Takva ponašanja predstavljaju opasnost za osobu i/ili okolinu te zahtijevaju poseban tretman. Razvoj takvih ponašanja kreće se od blagih, manje ometajućih i primjetljivih prema opasnijim poremećajima (Koller-Trbović, 2004). Manzoni Lebedina (2007) u pretjerano kontrolirane poremećaje ponašanja svrstava i socijalnu povučenost, strahove u djetinjstvu te depresiju u djetinjstvu i adolescenciji. Ista autorica navodi kako su strahovi u djetinjstvu, depresija i socijalno povlačenje najčešći oblici internaliziranih problema u ponašanju. Slično tome, Novak i Bašić (2008) među tri najčešća oblika internaliziranih problema navode anksioznost, depresivnost i suicidalnost.

Jednu od najučestalije korištenih podjela problema u ponašanju u socijalnoj pedagogiji, onu na internalizirane i eksternalizirane probleme, prvi je uveo Achenbach, 1966. godine (prema Novak i Bašić, 2008). U Skali procjene ponašanja djece u dobi od 6-18 godina autor detaljnije razrađuje navedenu podjelu. U tom kontekstu, eksternalizirane probleme čine subskale delinkventnog ponašanja i agresivnosti, dok se na internalizirane probleme odnose subskale povlačenja, somatskih poteškoća i anksioznosti, odnosno depresije. Ključno je naglasiti da se, iako teorijski podijeljeni, eksternalizirani i internalizirani problemi u ponašanju međusobno ne isključuju te kako osobe u riziku nerijetko manifestiraju probleme i jednog i drugog spektra (Novak i Bašić, 2008). Dakle nije rijetkost da se internalizirani i eksternalizirani problemi u ponašanju pojavljuju istodobno, štoviše, u mnogim slučajevima potvrđena je njihova povezanost. Eksternalizirani problemi u ponašanju, suprotno od internaliziranih problema u ponašanju, vrlo su prepoznati u društvu. Oni su definirani oblikom, vrstom i učestalošću. Najčešćim se smatraju delinkventno ponašanje i agresivnost, no također i ADHD, impulzivnost, poremećaj ophođenja i poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem (Lebedina Manzoni, 2007). To su sva ona ponašanja koja su usmjerena prema vanjskom svijetu (prema okolini). Ono što je karakteristično za eksternalizirane probleme u ponašanju je premala količina kontrole nad vlastitim ponašanjem. S druge strane, internalizirani problemi nedovoljno su prepoznati u društvu jer u većini slučajeva štete upravo osobi kod koje se pojavljuju. Te osobe najčešće iskazuju simptome poput straha, napetosti, tuge i sramežljivosti. Najčešća podjela internaliziranih poremećaja s obzirom na ozbiljnost

kliničkih slika i raširenost u dječjoj i adolescentskoj populaciji jest na kategorije depresivnih i anksioznih poremećaja, zatim je tu i suicidalnost kao njihova potencijalna posljedica (Novak i Bašić, 2008). Uz spomenute podjele navode se i poremećaji u socijalnom funkcioniranju, tikovi, enureza, enkopreza, mucanje, brz i konfuzan govor i drugi. Ponašanja u djetinjstvu poput povučenosti, osamljenosti, manjka prijatelja i sklonosti maštanju imaju tendenciju trajanja i u kasnijoj dobi (Bašić, 2009; prema Maglica i Jerković, 2014). Također, iako se većina internaliziranih poremećaja dijagnosticira pretežno u adolescentskoj dobi, simptomi se manifestiraju ranije i relativno su stabilni od ranog djetinjstva pa sve do odrasle dobi (Ashford i sur, 2008). S obzirom na to da su djeca i mladi koji imaju spomenute poremećaje izloženi riziku daljnjeg razvoja psihičkih poremećaja i problema u prilagođavanju u odrasloj dobi, vrlo je važno rano uočavanje simptoma. Prema Guttamanovoj, Szanyi i Cali (2008), internalizirani problemi pojačavaju socijalnu povučenost i potrebu za pažnjom, u osoba s internaliziranim problemima javljaju se osjećaji bezvrijednosti ili inferiornosti naspram drugih osoba te nerijetko vode k ovisnosti o prisutnosti i pomoći okoline. Mlade osobe kod kojih se pojavljuju navedeni simptomi ponašaju se negativno ili destruktivno češće prema sebi nego prema okolini (Welcome, 2013). Kognitivno, emocionalno i tjelesno područje zastupljeno je u jednakoj ili čak većoj mjeri. Kod korištenja termina internalizirani problemi u ponašanju javljaju se poteškoće, isto tako, postoje potencijalne terminologijske i jezične zamke jer su neki pojmovi mnogo jasniji na engleskom jeziku. Stoga internalizirane probleme treba promatrati kao rizične čimbenike, odnosno kao rizik za razvoj psihičkih poremećaja u odrasloj dobi (Bašić i Novak, 2008). Oland i Shaw (2005) govore o zatvorenom krugu internaliziranih problema. Smatraju da djeca i mladi s teškim temperamentom teže uspostavljaju odnose s drugima te na taj način još više potvrđuju vlastiti osjećaj neadekvatnosti. U okviru internaliziranih problema, naglasak nije isključivo na ponašanju, već su i područja emocionalne, tjelesne i kognitivne domene zastupljena na jednakoj ili čak većoj razini. S obzirom da žele izbjeći osjećaj neadekvatnosti, osobe s internaliziranim problemima postepeno razvijaju izbjegavajuća ponašanja i u rijetkim se slučajevima upuštaju u socijalne situacije. Prema Brumariu i Kernsu (2010) internalizirani problemi povezani su sa samom prilagodbom. Visoka razina anksioznosti povezana je s izbjegavanjima određenih aktivnosti, većim rizikom za težim anksioznim poremećajima ili depresijom, radikalnim životnim promjenama i teškoćama u socijalnoj prilagodbi. Visoka razina depresije povezana je s akademskim teškoćama, smanjenim interpersonalnim odnosima, suicidalnim mislima i ponašanjem. Iz tog razloga posjeduju slabije komunikacijske vještine te u slučaju socijalnih situacija u koje dobrovoljno žele ući ili su prisiljeni ući, drugi primjećuju njihovu

neadekvatnost te ih teže prihvaćaju. Nadalje, učitelji i roditelji nisu dovoljno sigurni u prepoznavanju internaliziranih teškoća kod djece. Učitelji ne prepoznaju djecu s internaliziranim problemima jer su ona najčešće tiha, nevidljiva, nenametljiva i ne ometaju nastavu, no to je samo jedan od pokazatelja kako su roditeljima i učiteljima potrebne edukacije u vezi prepoznavanja simptoma i identificiranja internaliziranih problema u ponašanju. Novak i Bašić (2008) među tri najčešća oblika internaliziranih problema u ponašanju uvrštavaju anksioznost, depresivnost i suicidalnost.

4. ANKSIOZNOST

Jedan od izraženijih simptoma internaliziranih problema je anksioznost. Anksioznost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajem neugode, nemira i napetosti, anticipacijom moguće opasnosti, kao i mnogim fiziološkim promjenama uključujući ubrzani rad srca, povećani krvni pritisak i tjelesnu napetost. To je univerzalno iskustvo pa su anksioznost i anksiozni poremećaji među najčešćim psihološkim i zdravstvenim problemima s prevalencijom od čak 20 do 30% (Vulić-Prtorić, 2006). Simptome anksioznosti kod djece i mladih karakterizira nelagoda, nemir, tenzija i anticipacija moguće opasnosti uz fiziološke promjene ubrzanog rada srca, povećanog krvnog tlaka i tjelesne tenzije (Vulić-Prtorić, Cifrek-Kolarić, 2011). Zbog neugodnih osjećaja koje spomenuti simptomi izazivaju, osobe kod kojih se ti simptomi pojavljuju vrlo često izbjegavaju situacije i ponašanja koja izazivaju te simptome. Crnković (2017) navodi kako anksiozni poremećaji imaju velik broj simptoma koji se međusobno preklapaju i često dolaze u komorbiditetu. Često se javljaju s brojnim drugim poremećajima, poput zlouporabe supstanca ovisnosti, poremećaja s deficitom pažnje i hiperaktivnošću, bipolarnog poremećaja, sindroma kronične boli, poremećaja spavanja i drugih poremećaja. Anksioznost se može podijeliti u dvije ključne komponente: strah i zabrinutost. Prisutni su u svim anksioznim poremećajima, ali se mogu međusobno razlikovati po okidačima koji su ih uzrokovali. Simptomi anksioznosti manifestiraju se na 4 glavna područja: tjelesno, emocionalno, kognitivno i bihevioralno. Anksioznost aktivira djelovanje autonomnog živčanog sustava koji priprema tijelo za suočavanje s percipiranom problemskom situacijom te ga ubrzava radi osiguravanja efikasne reakcije. Na tjelesnom planu to dovodi do promjena u funkcioniranju kardiovaskularnog, respiratornog i gastrointestinalnog sustava (Vulić Prtorić, 2006). Javljaju se različite fiziološke reakcije kao što su: plitko i ubrzano disanje, ubrzani i/ili nepravilni otkucaji srca, pojačano znojenje, napetost mišića, drhtanje, bolovi u želucu, proljev, glavobolje, poteškoće sa spavanjem. Takve fiziološke reakcije prate i subjektivni doživljaji osobe na emocionalnom planu: osjećaji neugode, slabosti, nesigurnosti, zabrinutosti i straha, sve do panike. Na kognitivnom planu anksioznost prate zbunjenost, zabrinutost i anticipacija nesreće, a sve navedeno najčešće rezultira manje adaptiranim oblicima ponašanja kao što su izbjegavanje, stereotipija i slaba koordinacija, koji su različito zastupljeni u različitim oblicima anksioznih poremećaja (Vulić Prtorić, 2006). Opisano je karakteristično za sve anksiozne poremećaje.

Djeca i adolescenti često se žale na različite tjelesne simptome, a kojima naizgled nema uzroka. Takvi simptomi mogu biti reakcija na neke stresne životne događaje i tada su to simptomi somatizacije, mogu biti tjelesni simptomi koji su obilježje nekih psihičkih poremećaja, psihološke tegobe kao reakcija na neku bolest te psihološke reakcije koje se događaju prije neke medicinske intervencije (Vulić-Prtorić i Cifrek-Kolarić, 2011). Uz somatizaciju, postojanje psihosomatskih simptoma također pripada domeni internaliziranih problema. Psihosomatski simptomi su svi oni tjelesni simptomi koji se pojavljuju pod utjecajem emocionalnih čimbenika. Simptomatologija može biti kardiovaskularna (hipertenzija, tahikardija, angina pectoris, infarkt miokarda), respiratorna (astma, tuberkuloza), endokrinološka (šećerna bolest, hipoglikemija), gastrointestinalna (mučnina, povraćanje, gastritis, čir na želucu), dermatološka (akne, neurodermatitis) (Vulić-Prtorić i Cifrek-Kolarić, 2011).

U DSM-IV klasifikacijskom sistemu opisano je 8 glavnih kategorija ili poremećaja anksioznosti koji se mogu javiti u odrasloj dobi, ali i u doba djetinjstva i adolescencije: panični poremećaj i agorafobija, separacijska anksioznost, generalizirani anksiozni poremećaj, specifična fobija, socijalna fobija, opsesivno - kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj i akutni stresni poremećaj (Američka psihijatrijska udruga, 1996). U nastavku ćemo opisati neke od njih.

4.1. GENERALIZIRANI ANKSIOZNI POREMEĆAJ (GAP)

Kod osoba s generaliziranim anksioznim poremećajem simptomi anksioznosti stalno su prisutni. Karakteristična je pretjerana tjeskoba i zabrinutost koja se javlja većinu vremena u najmanje 6 mjeseci u vezi s raznim događajima ili aktivnostima (na radnom mjestu, u školi i sl.). Osobi je teško kontrolirati zabrinutost te je moguća konstantna briga oko minornih događaja. Isto tako, njena briga usmjerena je na različita područja života (financije, sigurnost, zdravlje...). Jakupović (2021) navodi kako je GAP najčešći anksiozni poremećaj te da osobe s ovim poremećajem ne mogu uvijek identificirati uzrok svoje tjeskobe. Generalizirani anksiozni poremećaj definira se kao ekscesivna i perzistirajuća anksioznost popraćena i raznolikim tjelesnim simptomima, što dovodi do znatnog narušavanja na planu socijalnog, okupacijskog funkcioniranja te jake tjeskobe kod pacijenata (Jakupović, 2021). Razlika između uobičajenih briga koje muče osobe i briga koje su rezultat GAP-a jest intenzitet zabrinutosti i osjećaj osobe kako ne može kontrolirati svoje brige odnosno situaciju. Neki od

simptoma su nemir i osjećaj napetosti ili da je osoba na rubu živaca, lako umaranje, poteškoće s koncentracijom ili praznine u razmišljanju, razdražljivost i dr. (Oršulić, 2015). Da bi se dijagnosticirao generalizirajući anksiozni poremećaj potrebno je utvrditi prisutnost stalno prisutne anksioznosti koja nije vezana za specifične situacije kao kod fobije niti ne dolazi u napadima kao kod paničnog poremećaja. Nadalje, ona nije tijesno vezana za nepovoljni vanjski događaj kao kod poremećaja prilagodbe, iako može njime biti provocirana (Štrkalj Ivezić i sur, 2007). Osoba može osjećati kao da je zaključana u svojoj situaciji ili na rubu, a još neki simptomi koji se javljaju su nemir, iritabilnost, poteškoće u koncentraciji, velik broj misli, nemogućnost isključivanja uma, poteškoće sa spavanjem, umor te napetost mišića (Craighead i sur, 2008).

Ipak, osobe s generaliziranim anksioznim poremećajem pod povećanim su rizikom za namjerno samoozljeđivanje, uključujući pokušaje samoubojstva. Kod mnogih pacijenata generalizirani anksiozni poremećaj temeljno je stanje razvoja s epizodnim napadajima velike depresije koji se pojavljuju tijekom posebno stresnih životnih okolnosti. Ova dvojna pojava, generalizirani anksiozni poremećaj i velika depresija čine ono što se ponekad naziva “tjeskobna depresija”, osobito česta klinička prezentacija u ustanovama primarne zdravstvene zaštite. Dobro utvrđeni čimbenici rizika za generalizirani anksiozni poremećaj uključuju ženski spol, nizak socioekonomski status i izloženost traumama iz djetinjstva (npr. fizičko ili seksualno zlostavljanje, zanemarivanje, roditeljski problemi s partnerom, nasilje, alkoholizam i korištenje droga...) Nedavni dokazi upućuju na to da je izlaganje fizičkom kažnjavanju u djetinjstvu povezano s povećanim rizikom od generaliziranog anksioznog poremećaja u odrasloj dobi. Međutim, ti čimbenici rizika nisu specifični i također se mogu povezati s rizikom od drugih anksioznih poremećaja i poremećaja raspoloženja.

4.2. PANIČNI POREMEĆAJ

Veliku pažnju istraživača na području anksioznosti zaokupljali su panični napadi i poremećaji. Panični poremećaj je anksiozni poremećaj koji se očituje u iznenadnim i neobjašnjivim napadima uznemirenosti i straha koje prate teškoće s disanjem, lupanjem srca, vrtoglavica i drhtanje (Petz, 2005). U većini slučajeva, teoretičari anksioznosti slažu se da je panični poremećaj fenomenološki značajno drugačiji od ostalih anksioznih poremećaja.

Bitna karakteristika paničnog poremećaja su ponavljani napadi ozbiljne anksioznosti (panike) koji nisu ograničeni na posebnu situaciju ili sklop okolnosti pa su stoga nepredvidivi (Štrkalj Ivezić i sur, 2007). Ono što je karakteristično za paničnu anksioznost jest da se odnosi na situacije gdje ne postoji objektivna opasnost. Uobičajeni simptomi paničnog poremećaja jesu nesvjestice, kratkoća daha, lupanje srca, osjećaj gušenja, bol u prsima, mučnina, znojenje, osjećaj slabosti, smušenosti, osjećaj omamljenosti, nestabilnosti, osjećaj da objekti nisu stvarni, strah od gubitka kontrole, strah osobe da će umrijeti, nestati i dr. Što se tiče misaonih simptoma tu govorimo o mislima da će se nešto kobno dogoditi, da ćemo učiniti nešto što će nas osramotiti, da ćemo umrijeti, da ćemo se ugušiti i dr. Doživljavamo različita perceptivna (opažajna) iskrivljenja kao da smo u snu ili npr. imamo dojam da je „situacija nestvarna“ (derealizacija) ili da smo „mi nestvarni“ (depersonalizacija) pa nam se čini kao da ćemo poludjeti. Jasno, sve te misli i fenomeni uopće nisu točni nego su tek prateća pojave visokih razina straha (Barbarić, n.d.).

Oršulić (2015) navodi kako je učestalost paničnog poremećaja oko 0,7% kod muškaraca, a nešto više od 1% kod žena. Tipično započinju u ranoj odrasloj dobi, a početak je povezan sa stresnim životnim iskustvima.

4.3. *SOCIJALNA FOBIIJA*

Štrkalj Ivezić i sur. (2007) navode kako se socijalna fobija dijagnosticira kada se simptomi anksioznosti javljaju u nekoj od socijalnih situacija i kada ih osoba izbjegava ili podnosi s velikim strahom. Osoba se užasava socijalnih situacija u kojima je u središtu pozornosti, boji se da bi zbog simptoma koje ima mogla biti osramočena ili trpjeti neugodnosti, ali isto tako prepoznaje pretjeranost i bezrazložnost straha. Nadalje, Štrkalj Ivezić i sur. (2007) navode socijalne situacije povezane sa socijalnom fobijom kao naprimjer ljubavni sastanak, jedenje ili govorenje u javnosti, strah od javnih nastupa, upoznavanje novih ljudi i sl. te tjelesne reakcije koje one izazivaju: strah od povraćanja, crvenjenje ili drhtanje, nagon za mokrenjem i dr.

Zbog procjene težine fobije i terapijskog pristupa korisno je dobiti informaciju o svim situacijama kojih se osoba boji. Generalizirana socijalna fobija (koja je teža i više onesposobljavajuća) dijagnosticira se kada je strah vezan za većinu socijalnih situacija (npr. započinjanje ili održavanje razgovora, aktivnosti u manjim grupama, ljubavni sastanak, razgovor s autoritetima, odlasci na zabave). Negeneralizirana fobija postoji kada se osoba boji

jedne ili nekoliko socijalnih situacija. Tako se npr. fobija od javnog nastupa odnosi na specifičnu socijalnu fobiju (Štrkalj Ivezić i sur, 2007). U fobičnoj situaciji dolazi do pojave jakih simptoma anksioznosti, uz popratne negativne spoznajne interpretacije (Filaković i Mandić, 2003). Kod nekih se osoba uz socijalnu fobiju često razvije i depresivni poremećaj, a neki su skloni koristiti i sredstva ovisnosti da bi umanjili anksioznost. Socijalna fobija vrlo često ima svoj početak u adolescenciji, u ranijoj dobi često je prisutna sramežljivost, sklonost plaču te izrazita plašljivost. Još uvijek se ne zna zbog čega točno dolazi do socijalne fobije. Pretpostavka je da geni u kombinaciji s okolinom imaju određenu ulogu. Isto tako, socijalna fobija često se javlja kod osoba koje su u ranijoj dobi bile zlostavljane od strane roditelja ili vršnjaka ili kod onih čiji su roditelji bili prekritični ili previše zaštitnički nastrojeni.

Osobe sa socijalnom fobijom obično su sramežljive pri upoznavanju novih ljudi, tihi u grupama i povučeni u nepoznatom društvenom okruženju. Kada su u interakciji s drugima, mogli bi, ali ne moraju pokazati otvorene dokaze nelagode (npr. crvenjenje, ne uspostavljanje kontakta očima), ali uvijek doživljavaju intenzivne emocionalne ili fizičke simptome, ili oboje (npr. strah, ubrzanje srca, znojenje, drhtanje, poteškoće s koncentracijom). Žude za društvom drugih, ali izbjegavaju društvene situacije iz straha da će biti pronađeni kao neprikladni, glupi ili dosadni. Sukladno tome, izbjegavaju javno govorenje, izražavanje mišljenja ili čak druženje s vršnjacima; u nekim situacijama to može dovesti do toga da se takvi pojedinci pogrešno etiketiraju kao snobovi. Osobe sa socijalnom fobijom obično imaju nisko samopoštovanje, izrazito su samokritični i, kao što je detaljno opisano u nastavku, često imaju simptome depresije. Specifični strah od mokrenja u javnim zahodima (tzv. sindrom mokraćnog mjehura) može se smatrati relativno rijetkim podtipom socijalno anksioznog poremećaja. S obzirom da su osobe sa socijalnom fobijom sklone izbjegavanju situacija koje ih plaše to se kod težih i dugotrajnijih poremećaja može razviti u agorafobiju kod koje osoba osjeća intenzivan strah od otvorenog prostora i javnih mjesta i/ili skupina ljudi te s vremenom prestane izlaziti iz kuće.

4.4. AGORAFOBIIJA

Agorafobija je složeni sindrom koji se očituje skupom strahova od mnoštva ljudi, trgova i javnih mjesta, napuštanja doma te svih drugih mjesta s kojih osoba ne može brzo pobjeći ili potražiti pomoć. Strah može izazvati i odlazak u kupovinu, kazalište, kino, hodanje po mostu, tuneli, korištenje javnog prijevoza bez pratnje bliskih osoba i dr. Iako se strah javlja u gužvi i

prisutnosti gomile ljudi, pacijenti su skloni priznati da ponekad strah doživljavaju i kada su sami, npr. sami kod kuće, u praznoj trgovini (Leichsenring i sur, 2017). Kod mnogih ljudi koji imaju panični poremećaj nerijetko se razvije i agorafobija. Agorafobija će se razviti kada osoba koja je doživjela ili doživljava napadaje panike počne osjećati jaku nelagodu i/ili izbjegavati određena mjesta na kojima misli da bi se panični napadaj mogao ponoviti. Osoba se brine, ne samo da bi tamo mogla doživjeti napadaj, nego i da zbog karakteristika takvog mjesta neće moći brzo pobjeći ili joj pomoć neće biti pružena na vrijeme pa bi joj se zato moglo dogoditi nešto grozno.

Dijagnosticira se kada postoji jasno izražen strah (simptomi anksioznosti) kada se osoba nađe u najmanje dvije navedene situacije: masa ljudi, javna mjesta, odlazak iz kuće bez pratnje, odlazak iz kuće. Isto tako, mora biti prisutno izbjegavanje situacija kojih se bolesnik plaši ili podnosi s velikom nelagodom (Štrkalj Ivezić i sur, 2007). Kod osoba s agorafobijom nije neuobičajeno da se u situaciji koja ih plaši pojavi panični napad. Kada se panični napad javlja u okviru agorafobije, ne dijagnosticira se posebno nego ga se smatra dijelom agorafobije. Kalazić (2018) navodi kako je mišljenje mnogih da je agorafobija posljedica paničnog poremećaja, odnosno strah osobe da će doživjeti panični napadaj na nekom mjestu i pri tome teško dobiti pomoć. Klinička slika uključuje nemir, nelagodu, slabost, a poremećaj često započinje rekurentnim paničnim napadajima sa simptomima lupanja srca, vrtoglavice, preznojavanja, straha od infarkta miokarda, gubitka kontrole (Begić i sur, 2015). Osobe koje imaju samo dijagnozu agorafobije bez paničnih napadaja opisuju nešto drugačije simptome poput nelagode u trbuhu ili gubitka kontrole nad eliminacijskim funkcijama. Kalazić (2018) navodi da oboljeli počinju izbjegavati mjesta na kojima doživljavaju anksioznost i s vremenom im se i od same pomisli na napuštanje doma može javiti napadaj panike. Simptomi agorafobije često su nepredvidivi i teško ih je kontrolirati, bolesnici tvrde da im je život ograničen te se koriste alkoholom ili lijekovima kako bi se prilagodili svojim simptomima. Isto tako, razvijaju sigurnosna ponašanja u nošenju sa situacijama koje ne mogu izbjeći.

Ljudi koji imaju agorafobiju često imaju tzv. sigurnosnu osobu, odnosno osobu od povjerenja (obično je to supružnik, partner, roditelj, prijatelj) bez kojega ne žele ići na mjesta kojih se boje. Panični poremećaj i agorafobiju mogu imati i ljudi koji mjesecima nisu doživjeli panični napadaj, ali koji stalno žive u strahu od novog napadaja, vode sa sobom sigurnosne osobe te izbjegavaju mnoga mjesta za koja se boje da bi na njima mogli dobiti napadaj. Veliki problem dugo trpljenog paničnog poremećaja i agorafobije, osim ogromne subjektivne nelagode i krajnje iscrpljenosti, je u sužavanju života i osjećaju da smo izgubili

kontrolu nad vlastitim životom te se počnemo osjećati bespomoćno. Zato se može razviti i depresija (Barbarić, n.d.).

Agorafobija u najvećem broju slučajeva počinje u ranom djetinjstvu, no može se početi pojavljivati i tek u tinejdžerskim godinama ili ranim 30-ima. Postoje i slučajevi pojavljivanja agorafobije u zrelim godinama. Češće se pojavljuje kod žena nego kod muškaraca te se smatra da je razlog za to češće proživljavanje trauma u javnom prostoru od strane žena nego od muškaraca.

4.5. POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ (PTSP)

Posttraumatski stresni poremećaj odraz je ekstremne reakcije na težak stres, uključujući povećanu anksioznost, izbjegavanja podražaja vezanih uz traumu te otupljivanje emocionalnih reakcija (Oršulić, 2015). Javlja se kod osoba koje su bile izložene traumatskom događaju što podrazumijeva direktnu opasnost po život, potencijalnu smrtnu opasnost, ranjavanje, ugroženost vlastitog ili tuđeg integriteta, a kao odgovor na to javlja se intenzivan strah i osjećaj bespomoćnosti (Lakić i sur, 2004). Svrstava se u skupinu anksioznih poremećaja, ali se od ostalih anksioznih poremećaja razlikuje po tome što njegov nastanak ovisi o izloženosti traumatskom događaju i proživljavanju traumatskog iskustva. Može se definirati i kao odgođeni ili produljeni odgovor na stresogeni događaj ili situaciju iznimno jake ugroženosti ili katastrofalne prirode koja može izazvati sveprožimajuću uznemirenost kod gotovo svake osobe (Kozarić-Kovačić i sur, 2007). Suprotno ostalim psihološkim poremećajima, PTSP također uključuje traumatski događaj koji je osoba izravno doživjela ili mu je bila nazočna ili ga je pak postala svjesna, pri čemu događaj sadrži stvarnu ili prijeteću smrt ili tešku ozljedu (Oršulić, 2015).

Simptomi PTSP-a obično počinju unutar tri mjeseca nakon što osoba doživi ili bude izložena traumatskom događaju. Povremeno se simptomi mogu pojaviti godinama kasnije. Za dijagnozu PTSP-a simptomi moraju trajati više od mjesec dana. Simptomi depresije, anksioznosti ili uporabe tvari često prate PTSP (Jakupović, 2021).

5. DEPRESIJA

Depresija se ubraja u najranije opisane bolesti u medicini i može se reći da je stara koliko i sama naša civilizacija. Samo njezino ime ima drevni korijen; dolazi od latinske riječi *deprimere*, koja znači pritisnuti ili udubiti. Na taj se način i slikovito može prikazati ono što depresija čini ljudskoj psihi. Depresija je naziv za niz depresivnih poremećaja koji uključuju poremećaj disregulacije raspoloženja: veliki depresivni poremećaj, perzistentni depresivni poremećaj (distimija), predmenstrualni disforični poremećaj, depresivni poremećaj raspoloženja prouzročen psihoaktivnom tvari/lijekom i druge (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Depresija se može javiti kao simptom ili kao samostalan entitet. Na razini simptoma patološko je raspoloženje, kvantitativno i kvalitativno bitno različito od tuge i tužnog raspoloženja (Karlović, 2017). Karlović (2017) također ističe kako se depresija može javiti u svakom životnom dobu, no njezina je najčešća pojavnost nakon dvadeset i pete do četrdesete godine života. Upravo je to doba najvećeg radnog potencijala, a veliki je broj radno nesposobnih ljudi zbog depresivnog poremećaja. Većina pokušaja suicida povezana je s depresivnim epizodama ili depresivnim slikama tijekom mješovitih epizoda. Depresivni bolesnici s uvidom u vlastito stanje opisuju svoje emocionalno stanje kao veliku patnju i duševnu bol. To je izrazito složen poremećaj raspoloženja koji je izražen mnogobrojnim simptomima različitih kombinacija i intenziteta, a očituje se u gotovo svim psihičkim i tjelesnim funkcijama, negativno djelujući na socijalno funkcioniranje osobe (Černi, 2011).

Depresija je rezultat složene interakcije društvenih, psiholoških i bioloških čimbenika. Kod ljudi koji su prošli kroz štetne životne događaje (nezaposlenost, žalost, traumatični događaji) postoji veća vjerojatnost za razvojem depresije. Depresija, zauzvrat, može dovesti do više stresa i disfunkcije te pogoršati životnu situaciju pogođene osobe i samu depresiju. Postoje međusobne veze između depresije i tjelesnog zdravlja. Na primjer, kardiovaskularne bolesti mogu dovesti do depresije i obrnuto. Pokazalo se da preventivni programi smanjuju depresiju, učinkoviti pristupi zajednice za prevenciju depresije uključuju školske programe za poboljšanje obrasca pozitivnog suočavanja kod djece i adolescenata. Intervencije za roditelje djece s problemima u ponašanju mogu smanjiti roditeljske simptome depresije i poboljšati ishode za njihovu djecu. Programi vježbanja za starije osobe također mogu biti učinkoviti u prevenciji depresije (Raič, 2017).

Već u opisu poremećaja koji se kategoriziraju kao depresivni mogu se uočiti tri značajne razlike: u vremenu pojave, trajanju i uzroku pojave poremećaja. Neki su zajednički aspekti

svih depresivnih poremećaja: prisutnost tužnog, neutralnog ili razdražljivog raspoloženja te somatske i kognitivne promjene koje značajno utječu na funkcioniranje osobe (Američka psihijatrijska udruga, 2014). U Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM-5, 2014) navode se mnogi kriteriji za dijagnosticiranje depresivnog poremećaja poput depresivnog raspoloženja tijekom cijelog dana, umora, nesanice u trajanju od minimalno dva tjedna i slično, no i sami autori navode kako sve smjernice valja koristiti uz oprez te kako uvelike ovise o psihopatologiji pojedinca te izraženosti simptoma (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Jedna od najraširenije korištenih i, prema nekim izvještajima, najuspješnijih metoda pri liječenju depresije je kognitivna terapija (Fitzpatrick i sur, 2019). Istraživanja pokazuju da na oko dvije depresivne žene dolazi jedan muškarac. S obzirom da postoji mogućnost da muškarci depresiju rješavaju na drugačiji način (najčešće se radi o ovisnosti o alkoholu) kod ovih nalaza treba biti oprezan. Također, moguće je da su muškarci tijekom odrastanja bili neovisniji i manje bespomoćni te da su se naučili nositi sa stresom, dok je kod žena prihvatljivije da budu bespomoćne. Isto tako, primijećeno je da se depresija češće javlja kod osoba koje pretjerano ne razvijaju međuljudske odnose te kod rastavljenih i razvedenih osoba (Karlović, 2017).

Tipični simptomi depresije jesu: depresivno raspoloženje, gubitak interesa i zadovoljstva u svakodnevnim i prije ispunjavajućim aktivnostima (anhedonija), osjećaj smanjenja energije, psihomotorno usporenje, suicidalne misli, promjene apetita, smetnje spavanja, osjećaj krivnje, samopredbacivanje te smanjeno samopoštovanje. Bolesnici s depresivnim poremećajem često se žale na tužno raspoloženje, osjećaj nemoći, boli i težine u ekstremitetima. Iz tog razloga često znaju zanemarivati vanjski izgled i higijenu pa mogu izgledati zapušteno. Imaju izražene smetnje spavanja, poneki ne mogu zaspati, kratko zaspe, a onda se ujutro vrlo rano probude i ne mogu više zaspati. Drugi bolesnici pak imaju pretjeranu potrebu za spavanjem. Tipično za depresivni poremećaj je da bolesnici ujutro kada se probude imaju najviše izražene simptome, a kako dan odmiče sve se bolje osjećaju, da bi navečer čak bili i normalno raspoloženi (Karlović, 2017).

Tijekom depresivne epizode osoba doživljava depresivno raspoloženje (osjećaj tuge, razdražljivosti, praznine) ili gubitak zadovoljstva ili interesa za aktivnosti veći dio dana, gotovo svaki dan, najmanje dva tjedna. Prisutno je i nekoliko drugih simptoma, koji mogu uključivati lošu koncentraciju, osjećaj pretjerane krivnje ili niske vlastite vrijednosti, beznade u pogledu budućnosti, misli o smrti ili samoubojstvu, poremećen san, promjene u apetitu ili težini te osjećaj posebnog umora ili slabe tjelesne energije. U nekim kulturnim kontekstima

neki ljudi mogu lakše izraziti svoje promjene raspoloženja u obliku tjelesnih simptoma (npr. bol, umor, slabost). Ipak, ovi fizički simptomi nisu posljedica nekog drugog zdravstvenog stanja. Tijekom depresivne epizode osoba doživljava značajne poteškoće u osobnom, obiteljskom, društvenom, obrazovnom, profesionalnom i/ili drugim važnim područjima funkcioniranja. Depresivna epizoda može se kategorizirati kao blaga, umjerena ili teška, ovisno o broju i ozbiljnosti simptoma kao i utjecaju na funkcioniranje pojedinca (Tomičić, 2015).

Postoje različiti obrasci poremećaja raspoloženja uključujući depresivni poremećaj s jednom epizodom, što znači prva i jedina epizoda osobe; ponavljajući depresivni poremećaj, što znači da osoba ima povijest najmanje dvije depresivne epizode; bipolarni poremećaj, što znači da se depresivne epizode izmjenjuju s razdobljima maničnih simptoma, koji uključuju euforiju ili razdražljivost, povećanu aktivnost ili energiju i druge simptome kao što su povećana pričljivost, utrkujuće misli, povećano samopoštovanje, smanjena potreba za snom, rastresenost i impulzivnost (Logožar, 2020).

5.1. BIPOLARNI POREMEĆAJ

Bipolarni poremećaj, koji se ranije nazivao manična depresija, je mentalno stanje koje uzrokuje ekstremne promjene raspoloženja koje uključuju emocionalne uspone (maniju ili hipomaniju) i padove (depresiju). Kod pojave depresije česti su osjećaji tuge ili beznada i gubitak interesa ili zadovoljstva za većinu aktivnosti. Kada se raspoloženje promijeni u maniju ili hipomaniju (manje ekstremno od manije), osoba se osjeća euforično, puno energije ili neobično razdražljivo. Ove promjene raspoloženja mogu utjecati na san, energiju, aktivnost, prosuđivanje, ponašanje i sposobnost jasnog razmišljanja. Epizode promjena raspoloženja mogu se pojaviti rijetko ili više puta godišnje. Dok će većina ljudi doživjeti neke emocionalne simptome između epizoda neki ih možda neće doživjeti. Iako je bipolarni poremećaj doživotno stanje, promjenama raspoloženja i drugim simptomima može se upravljati. U većini slučajeva bipolarni poremećaj se liječi lijekovima i psihološkim savjetovanjem (psihoterapija). Istraživači otkrivaju da je depresivni dio poremećaja mnogo postojaniji i teži za liječenje nego manični dio.

6. SVRHA, CILJ I ZADACI ISTRAŽIVANJA

Svrha ovog istraživanja bila je utvrditi na razvoj kojih su simptoma utjecale traume doživljene u posljednjih godinu dana. U skladu s tim postavljen je cilj istraživanja – ispitati utječe li, i u kojoj mjeri, nedavno doživljena trauma na razvoj internaliziranih problema u ponašanju.

U svrhu određivanja navedenog cilja postavljeni su sljedeći istraživački problemi i hipoteze:

Problem 1: Ispitati razliku između studenata koji su doživjeli traumu u posljednjih godinu dana u odnosu na studente koji nisu doživjeli traumu u posljednjih godinu dana, u pojavi internaliziranih simptoma.

Problem 2: Ispitati razliku između studenata koji su doživjeli manje traumatičnih događaja u posljednjih godinu dana u odnosu na studente koji su doživjeli više traumatičnih događaja u posljednjih godinu dana, u pojavi internaliziranih simptoma.

U skladu s time postavljene su i sljedeće hipoteze:

Hipoteza 1a: Studenti koji su doživjeli traumu u posljednjih godinu dana imat će značajno veću pojavu internaliziranih simptoma u odnosu na studente koji nisu doživjeli traumu u posljednjih godinu dana.

Hipoteza 1b: Studenti koji su doživjeli traumu u posljednjih godinu dana imat će značajno veću pojavu anksioznih simptoma u odnosu na studente koji nisu doživjeli traumu u posljednjih godinu dana.

Hipoteza 1c: Studenti koji su doživjeli traumu u posljednjih godinu dana imat će značajno veću pojavu simptoma depresije u odnosu na studente koji nisu doživjeli traumu u posljednjih godinu dana.

Hipoteza 2: Studenti koji su doživjeli više traumatičnih događaja u posljednjih godinu dana doživljavaju veću pojavu internaliziranih simptoma.

7. METODA

Postupak i ispitanici

Istraživanje prikazano u ovom radu temelji se na podacima prikupljenim na uzorku studenata fakulteta u Republici Hrvatskoj u dobi između 19 i 24 godine. U uzorak je uključeno 113 ispitanika (73,5 % djevojaka). Istraživanje je provedeno sredinom mjeseca srpnja 2022. godine. Studenti su dobrovoljno i anonimno popunjavali Upitnik o povezanosti traume s razvojem internaliziranih problema u ponašanju koji je postavljen u on-line okruženje (Google obrazac).

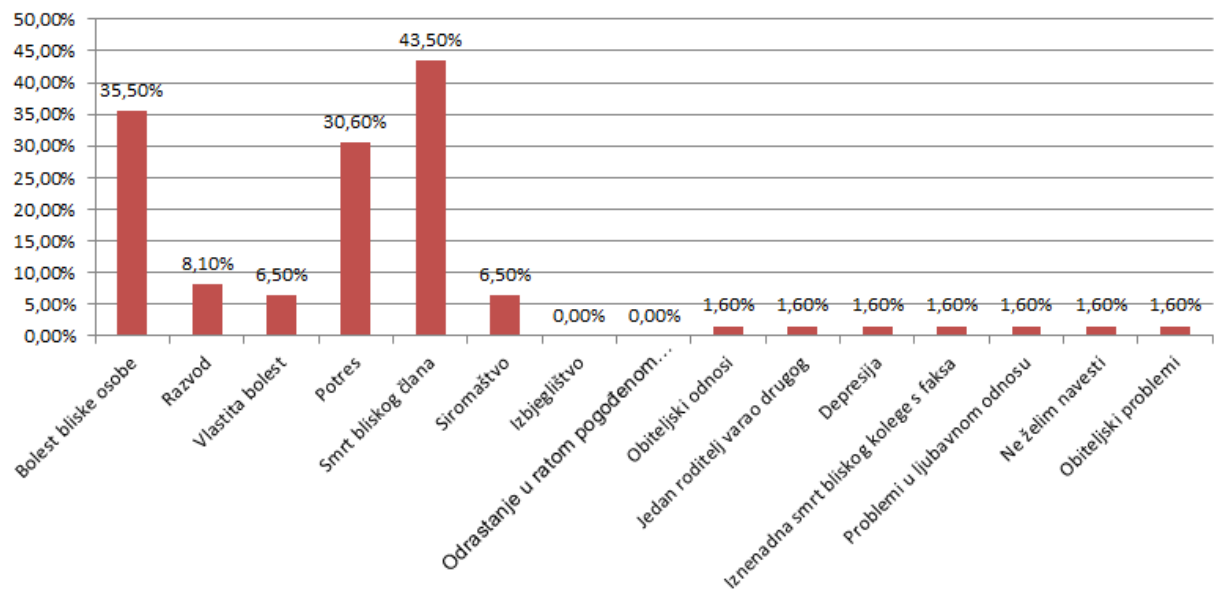
Instrumenti

Upitnik je sadržavao pitanja pomoću kojih se kod studenata nastojala procijeniti prisutnost simptoma anksioznog i depresivnog poremećaja. Postavljeni upitnik temeljio se na upitniku provedenom 1999. godine autora Aluoja i sur. – Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. Navedeni upitnik korišten je u svrhu istraživanja simptoma anksioznosti i depresije, ali i drugih poremećaja kao naprimjer agorafobije, nesanice i umora. Za potrebe ovog istraživanja korištene su tvrdnje koje se odnose isključivo na simptome anksioznog i depresivnog poremećaja.

8. REZULTATI

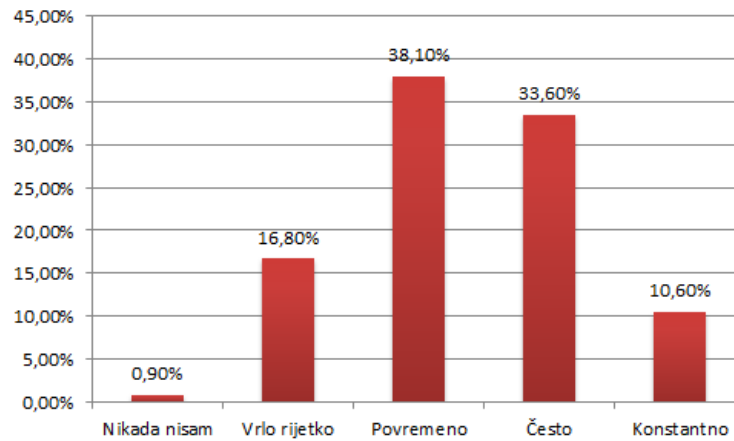
Rezultati u ovom istraživanju obrađeni su programom za statističku analizu podataka-SPSS. Obzirom na to da podaci imaju normalnu distribuciju, razlike između dvije grupe studenata utvrđivane su primjenom t-testa.

Analizom odgovora ispitanika na pitanje „Jeste li u proteklih godinu dana doživjeli neko traumatično iskustvo?“, potvrdno odgovara 51,3% ispitanika dok negativno odgovara 48,7% ispitanika. U idućem pitanju od ispitanika se tražilo da navedu koju traumu su doživjeli u proteklih godinu dana. Na izbor je bilo ponuđeno nekoliko odgovora te su također sami mogli upisivati odgovore. Ponuđeni odgovori bili su: Bolest bliske osobe, Razvod, Vlastita bolest, Potres, Smrt bliskog člana, Siromaštvo, Izbjeglištvo, Odrastanje u ratom pogođenom području. Ispitanici su kao proživljenu traumu najviše navodili „Smrt bliskog člana“ (43,5%), na drugom mjestu nalazi se „Bolest bliske osobe“ (35,5%) te na trećem „Potres“ (30,6%). Niti jedan ispitanik nije označio ponuđene odgovore „Izbjeglištvo“ i „Odrastanje u ratom pogođenom području“ (Grafikon 1).



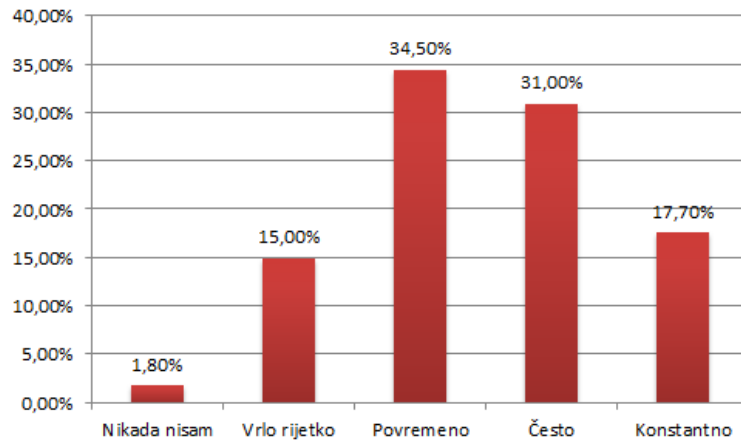
Grafikon 1. Traumatična iskustva koja su studenti doživjeli u posljednjih godinu dana

U nastavku su grafički prikazani odgovori ispitanika na pitanja obuhvaćena upitnikom (Aluoja i sur., 1999).



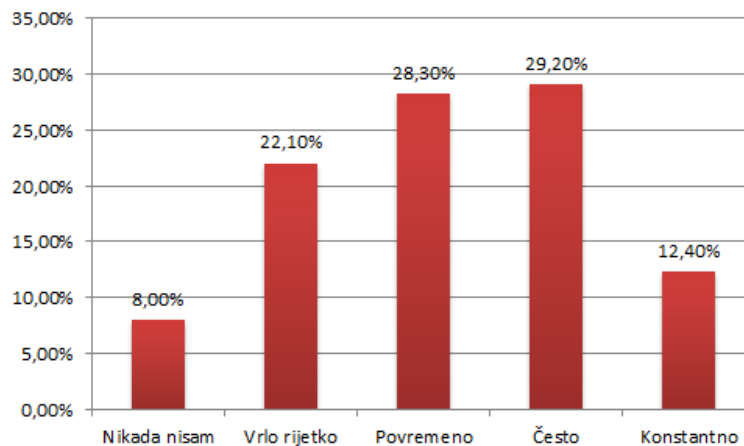
Grafikon 2. Odgovori ispitanika na upit u kojoj mjeri su se, u proteklih godinu dana, „Osjećali tužno“

Grafikon 2 prikazuje pitanje koje pripada grupi pitanja vezanih uz mjerenje depresivnog poremećaja. Iz prikazanog je vidljivo kako se najviše ispitanika, njih 38,1% povremeno osjeća tužno, dok je 33,6% ispitanika odgovorilo kako se često osjećaju tužno. 10,6 % ispitanika odgovorilo je kako se konstantno osjeća tužno, što može, a i ne mora ukazivati na postojanje depresivnog poremećaja. Razlika između depresije i uobičajenog osjećaja tuge je u tome što je depresija psihopatologija u kojoj, iz različitih uzroka i razloga, pogođena osoba ispoljava određene simptome: tugu, apatiju, tjeskobu, osjećaj beznada itd. Odnosno, tuga je samo jedan od aspekata depresije te prolazno stanje uma. S druge strane, ljudi koji pate od depresivne slike u kroničnoj su situaciji nelagode. Da bi joj se dijagnosticirala depresija, osoba mora imati najmanje šest mjeseci ove vrste simptoma (Karlović, 2017).



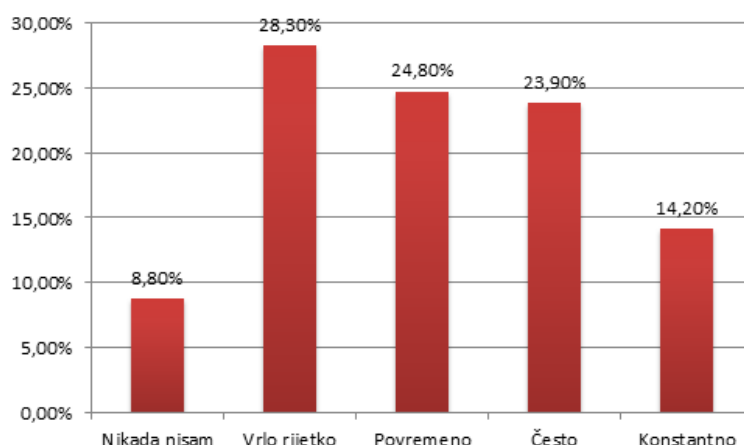
Grafikon 3. Odgovori ispitanika na upit u kojoj mjeri su se, u proteklih godinu dana, „Prelako iziritirali“

Grafikon 3 prikazuje pitanje koje pripada grupi pitanja vezanih uz mjerenje anksioznog poremećaja. Prema prikazanom grafikonu najviše ispitanika odgovorilo je kako su se povremeno prelako iziritirali, dok se 17,7 % ispitanika izjasnilo s konstantno. Kod anksioznog poremećaja nije rijetkost da su bolesnici iznimno iritabilni i napeti.



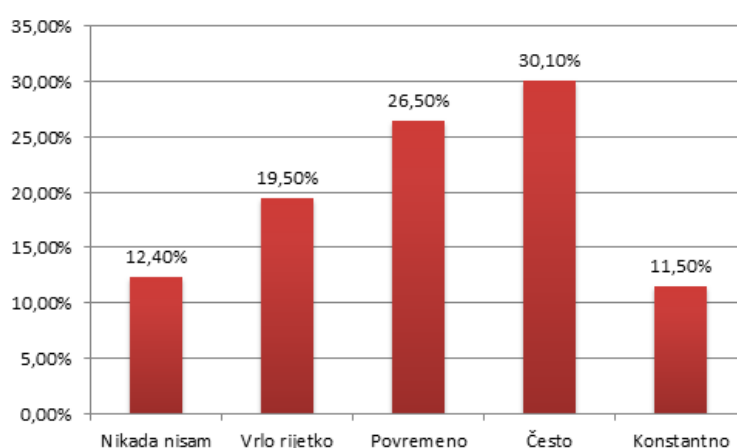
Grafikon 4. Odgovori ispitanika na upit u kojoj mjeri su se, u proteklih godinu dana, „Osjećali nezainteresirano za vašu okolinu“

Grafikon 4 prikazuje pitanje koje pripada grupi pitanja vezanih uz mjerenje depresivnog poremećaja. Iz grafikona je vidljivo kako se najviše ispitanika često osjeća nezainteresirano za vlastitu okolinu, dok se njih 12,4% konstantno osjeća nezainteresirano za vlastitu okolinu.



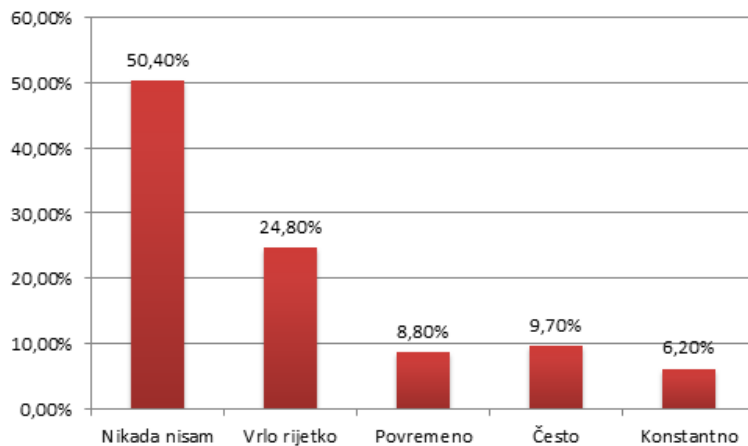
Grafikon 5. Odgovori ispitanika na upit u kojoj mjeri su se, u proteklih godinu dana, „Osjećali bezvrijedno“

Grafikon 5 prikazuje pitanje koje pripada grupi pitanja vezanih uz mjerenje depresivnog poremećaja. Vidimo da se najviše ispitanika (28,3%) izjasnilo kako se vrlo rijetko osjećaju bezvrijedno, dok se njih 14,2% izjasnilo kako se konstantno osjećaju bezvrijedno. Teška depresija nerijetko uključuje bezrazložan osjećaj krivnje i bezvrijednosti te osjećaj propadanja. Osobe koje imaju veliki depresivni poremećaj često vjeruju da su bezvrijedne, manjkave, bespomoćne i nevrjedne ljubavi (Karlović, 2017).



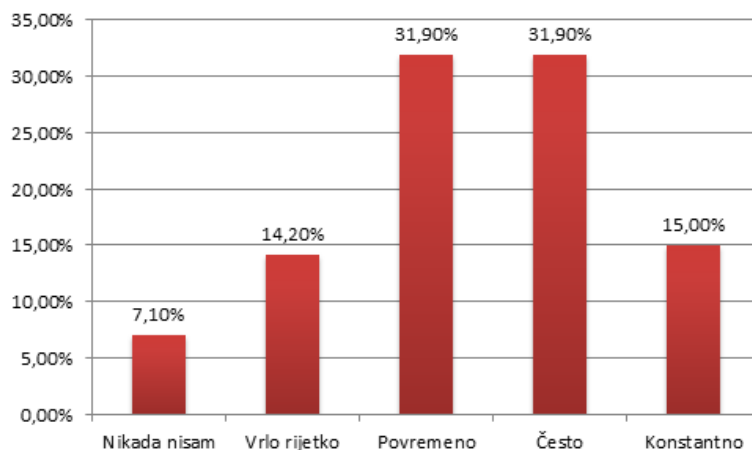
Grafikon 6. Odgovori ispitanika na upit u kojoj mjeri su se, u proteklih godinu dana, „Samooptuživali“

Grafikon 6 prikazuje pitanje koje pripada grupi pitanja vezanih uz mjerenje depresivnog poremećaja. Iz prikazanog vidimo da se najviše ispitanika (30,1%) ima tendenciju često samooptuživati, dok se njih 11,5% konstantno samooptužuje.



Grafikon 7. Odgovori ispitanika na upit u kojoj mjeri su, u proteklih godinu dana, „Razmišljali o smrti ili samoubojstvu“

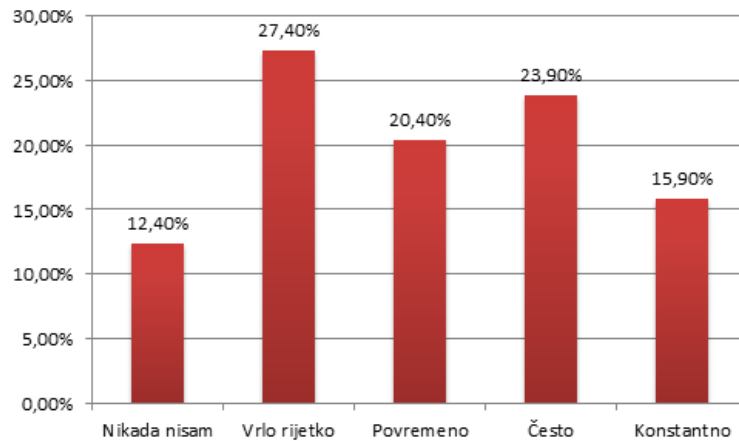
Grafikon 7 prikazuje pitanje koje pripada grupi pitanja vezanih uz mjerenje depresivnog poremećaja. Iz prikazanog grafikona vidljivo je da polovica ispitanika (50,4%) nikada nije razmišljala o smrti ili samoubojstvu, a najmanji broj ispitanika (6,2%) konstantno razmišlja o smrti ili samoubojstvu. Osobe s mentalnim poremećajima počine oko 90% svih suicida. Afektivne bolesti (velika depresija, bipolarni poremećaj i shizoafektivni poremećaj) najčešće su dijagnoze među počiniteljima i čine 60 do 70% udjela u suicidima. Doživotni rizik od suicida kod bolesnika s depresijom je 15% (Kozarić-Kovačić, 2004).



Grafikon 8. Odgovori ispitanika na upit u kojoj mjeri su, u proteklih godinu dana, „Osjećali usamljeno“

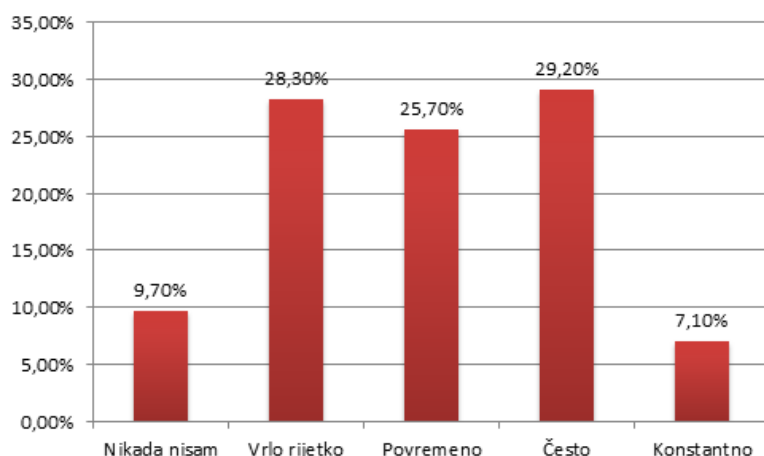
Grafikon 8 prikazuje pitanje koje pripada grupi pitanja vezanih uz mjerenje depresivnog poremećaja. Iz grafikona je vidljivo kako se jednaki (i najveći) postotak ispitanika izjasnio da se povremeno ili često osjećaju usamljeno (63,8%). Istraživanja su

pokazala da je usamljenost mnogo češći uzrok depresiji nego depresija usamljenosti. Kako se depresivni poremećaj pogoršava, osjećaji usamljenosti se povećavaju, a kako se usamljenost povećava, simptomi depresije se povećavaju (Lukačević, 2016).



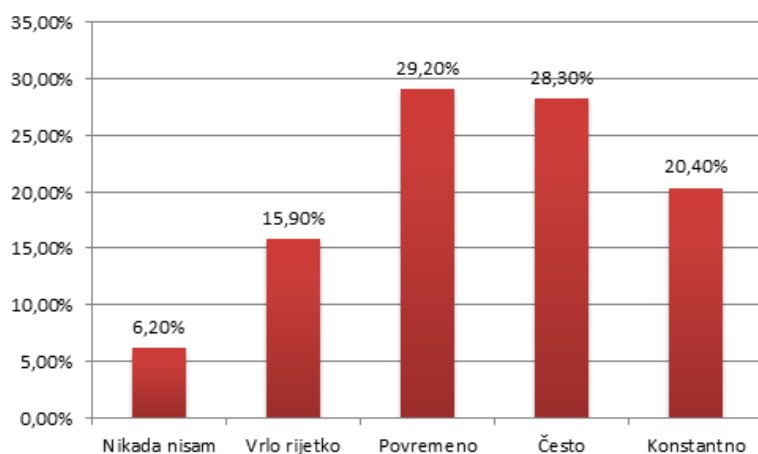
Grafikon 9. Odgovori ispitanika na upit u kojoj mjeri su, u proteklih godinu dana, „Osjećali beznade u pogledu budućnosti“

Grafikon 9 prikazuje pitanje koje pripada grupi pitanja vezanih uz mjerenje depresivnog poremećaja. Prema prikazanom grafikonu vidljivo je da se najveći dio ispitanika (27,4%) izjasnio kako vrlo rijetko osjećaju beznade u pogledu budućnosti. Međutim, čak 23,9% ispitanika često osjeća beznade u pogledu budućnosti. Beznade je osjećaj očaja, emocionalno stanje u kojem osoba ne vidi nadu u svom životu i osjeća da više ne vrijedi živjeti. Osoba se smatra neuspjehom, osjeća kao da se stvari nikada neće poboljšati i da nikada neće postići ono što želi u životu. Osjećaj beznada prisutan je u svakom pacijentu koji pati od depresije te vrlo često takvi pacijenti pokušaju počinuti suicid (Karlović, 2017).



Grafikon 10. Odgovori ispitanika na upit u kojoj mjeri su, u proteklih godinu dana, „Osjećali nemogućnost uživanja u stvarima“

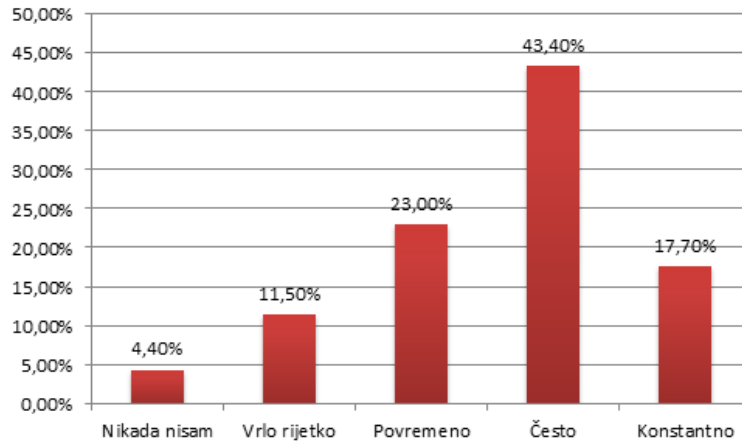
Grafikon 10 prikazuje pitanje koje pripada grupi pitanja vezanih uz mjerenje depresivnog poremećaja. Grafikon prikazuje vrlo malu razliku u broju ispitanika koji su često (29,2%) osjećali nemogućnost uživanja u stvarima i onih koji su vrlo rijetko (28,3%) osjećali nemogućnost uživanja u stvarima. Depresivne osobe gube sposobnost osjećaja zadovoljstva i više nisu zainteresirane za aktivnosti koje su ih ranije veselile i u kojima su uživale (Karlović, 2017).



Grafikon 11. Odgovori ispitanika na upit u kojoj mjeri su, u proteklih godinu dana, „Osjećali tjeskobu ili strah“

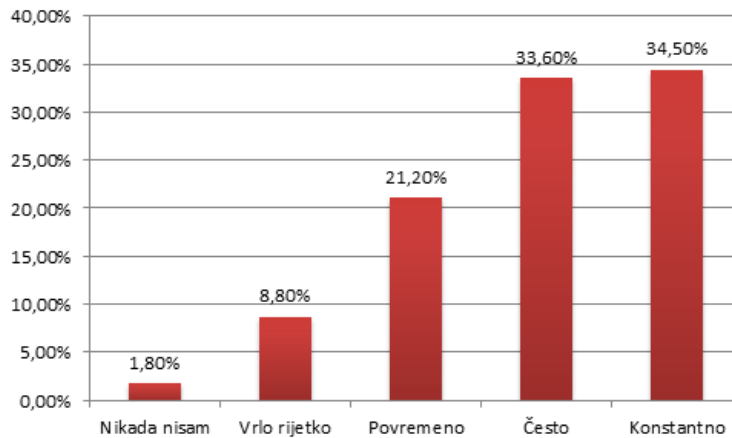
Grafikon 11 prikazuje pitanje koje pripada grupi pitanja vezanih uz mjerenje anksioznog poremećaja. Iz grafikona je vidljivo kako najveći postotak ispitanika povremeno osjeća tjeskobu ili strah. Sličan postotak ispitanika često osjeća tjeskobu ili strah, dok 20,4%

ispitanika konstantno osjeća tjeskobu ili strah. Anksiozni poremećaj definira se kao izraženi osjećaj straha i tjeskobe. Strah je emocionalni i fiziološki odgovor na osjećaj opasnosti iz okoline, a tjeskoba je neugodno emocionalno stanje koje je često udruženo s fiziološkim promjenama i ponašanjem sličnim kao u slučaju straha (Starjački, 2019).



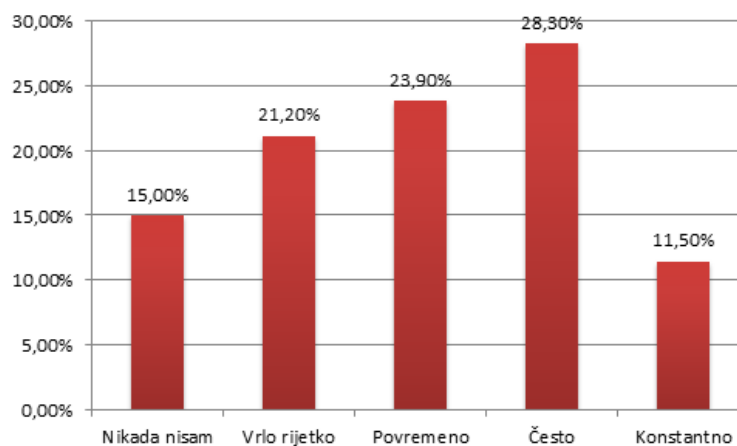
Grafikon 12. Odgovori ispitanika na upit u kojoj mjeri su, u proteklih godinu dana, „Osjećali napetost ili nemogućnost opuštanja“

Grafikon 12 prikazuje pitanje koje pripada grupi pitanja vezanih uz mjerenje anksioznog poremećaja. Iz grafikona jasno vidimo kako najveći postotak ispitanika (43,4%) često osjeća napetost ili nemogućnost opuštanja. Glavna značajka generaliziranog anksioznog poremećaja je kronična tjeskoba koja traje danima, tjednima i mjesecima, najmanje pola godine. Oboljeli osjećaju stalnu zabrinutost, opću napetost, strah od bolesti, brigu i za najmanje sitnice, nesigurnost u vezi budućnosti, strah za sigurnost ili zdravlje bližnjih, sklonost trzanju na minimalni podražaj, nelagodu i nervozu u radu s ljudima (Oršiluć, 2015).



Grafikon 13. Odgovori ispitanika na upit u kojoj mjeri su se, u proteklih godinu dana, „Pretjerano brinuli oko raznih stvari“

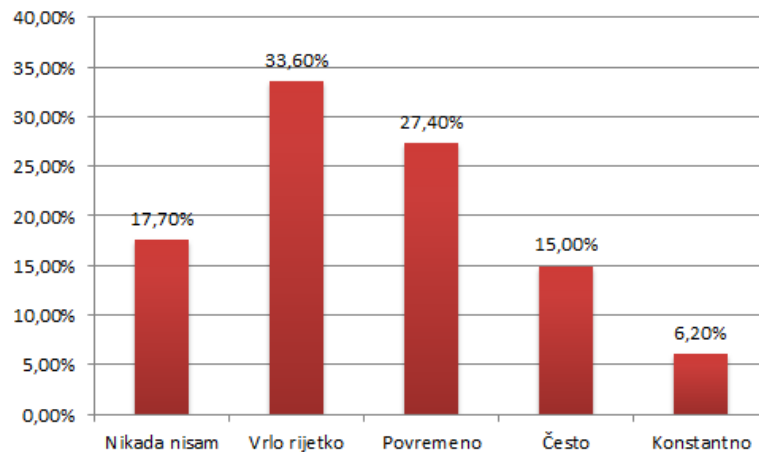
Grafikon 13 prikazuje pitanje koje pripada grupi pitanja vezanih uz mjerenje anksioznog poremećaja. Iz grafikona je vidljivo kako se najveći broj ispitanika (34,5%) konstantno pretjerano brine oko raznih stvari dok se 33,6% ispitanika izjasnilo da se često pretjerano brinu oko raznih stvari. Pretjeranu brigu ne treba uzimati olako, ona predstavlja ozbiljan problem u životu pojedinca i upućuje na prisustvo nekog od anksioznih poremećaja (npr. generaliziranog anksioznog poremećaja, posttraumatskog stresnog poremećaja, socijalne anksioznosti i drugih) (Oršulić, 2015).



Grafikon 14. Odgovori ispitanika na upit u kojoj mjeri su se, u proteklih godinu dana, „Osjećali toliko nemirno da vam je bilo teško sjediti“

Grafikon 14 prikazuje pitanje koje pripada grupi pitanja vezanih uz mjerenje anksioznog poremećaja. Prema podacima iz grafikona vidimo da je najveći broj ispitanika,

njih 28,3%, označio kako su se često osjećali toliko nemirno da im je bilo teško sjediti. Psihomotorna agitacija je osjećaj tjeskobnog nemira koji uzrokuje da osoba čini pokrete bez namjere. Često pogađa osobe s bipolarnim poremećajem, ali je također povezana s drugim stanjima koja utječu na mentalno zdravlje ili neurološke funkcije. Kad netko osjeća nemir često to opisuju kao osjećaj "na rubu" ili "neugodnu potrebu za kretanjem" (Kunac, 2014).



Grafikon 15. Odgovori ispitanika na upit u kojoj mjeri su se, u proteklih godinu dana, „Lako zaprepastili“

Grafikon 15 prikazuje pitanje koje pripada grupi pitanja vezanih uz mjerenje anksioznog poremećaja. Iz grafikona je vidljivo kako je najveći postotak ispitanika (33,6%) označio da su se u proteklih godinu dana vrlo rijetko lako zaprepastili. Najmanji postotak ispitanika (6,2%) označio je tvrdnju konstantno.

Nadalje, t-testom se nastojalo odgovoriti na postavljena istraživačka pitanja.

Vezano uz prvi istraživački problem, t-testom ($t = -3,091$, $df = 111$, $p < .01$) je utvrđeno da postoje statistički značajne razlike u pojavi internaliziranih problema u ponašanju između studenata koji su doživjeli traumu u posljednjih godinu dana i onih koji nisu doživjeli traumu u posljednjih godinu dana. Studenti koji su doživjeli traumu u posljednjih godinu dana imaju značajno veću pojavu internaliziranih simptoma u odnosu na studente koji nisu doživjeli traumu u posljednjih godinu dana.

Kako bi se ustanovio intenzitet razvoja simptoma anksioznosti i depresije, iz upitnika su izvučeni i grupirani odgovori ispitanika na pitanja vezana uz simptome anksioznog poremećaja te odgovori ispitanika na pitanja vezana za simptome depresivnog poremećaja. T-testom ($t = -3.541$, $df = 111$, $p < 0.01$) je utvrđena značajna razlika između studenata koji su

doživjeli traumu i onih koji nisu doživjeli traumu u posljednjih godinu dana u pojavi simptoma anksioznosti. Također je t-testom ($t = -2.405$, $df = 111$, $p < 0.01$) utvrđena značajna razlika između studenata koji su doživjeli traumu i onih koji nisu doživjeli traumu u posljednjih godinu dana u pojavi simptoma depresije. U skladu s time, potvrđuje se hipoteza prema kojoj će studenti koji su doživjeli traumu u posljednjih godinu dana imati značajno veću pojavu anksioznih simptoma u odnosu na studente koji nisu doživjeli traumu u posljednjih godinu dana. Također se potvrđuje hipoteza prema kojoj će studenti koji su doživjeli traumu u posljednjih godinu dana imati značajno veću pojavu simptoma depresije u odnosu na studente koji nisu doživjeli traumu u posljednjih godinu dana.

Vezano uz drugi istraživački problem, t-testom ($t = -2.737$, $df = 52.660$, $p < 0.01$) je utvrđeno da postoje statistički značajne razlike između studenata koji su doživjeli manje traumatičnih događaja u posljednjih godinu dana u odnosu na studente koji su doživjeli više traumatičnih događaja u posljednjih godinu dana u pojavi internaliziranih simptoma. Studenti koji su doživjeli više traumatičnih događaja u posljednjih godinu dana doživljavaju veću pojavu internaliziranih simptoma.

9. RASPRAVA

Problematika internaliziranih problema u ponašanju nedovoljno je istražena u Republici Hrvatskoj. Vrlo je malo istraživača koji su se bavili isključivo internaliziranim problemima u ponašanju te rizičnim i zaštitnim čimbenicima koji utječu na njihov razvoj (Maglica, 2016). Profesorima, odgajateljima, roditeljima i mladima nije pružen dovoljan broj edukacija i radionica na tu temu. Internalizirani problemi kod studenata postaju sve veći problem u današnjem društvu. Također, u našoj državi i dalje nije uobičajen odlazak psihijatru/psihologu/psihoterapeutu. S obzirom na društvo u kojem se nalazimo i vrijeme u kojem živimo, prijeko je potrebno educirati ljude o važnosti mentalnog zdravlja te o negativnim posljedicama koje mogu nastati ako se poteškoće mentalnog zdravlja ne prepoznaju i ne liječe na vrijeme.

Osnovni cilj ovog istraživanja bio je ispitati utječe li, i u kojoj mjeri, nedavno doživljena trauma na razvoj internaliziranih problema u ponašanju na uzorku studenata u Hrvatskoj. Istraživanje se vodilo putem google obrasca. Pitanja u upitniku bila su formirana u dvije grupe – pitanja za mjerenje razvoja simptoma anksioznog poremećaja i pitanja vezana za mjerenje simptoma depresivnog poremećaja.

Prvi istraživački problem bio je ispitati razliku u pojavi simptoma internaliziranih problema u ponašanju između studenata koji su doživjeli traumu u posljednjih godinu dana i onih koji nisu. Na osnovu tih rezultata računalo se koliki zapravo utjecaj doživljena trauma ima na razvoj internaliziranih problema u ponašanju. Slijedom dobivenih rezultata moglo se zaključiti kako studenti koji su doživjeli neki oblik traume u posljednjih godinu dana imaju veću učestalost pojave internaliziranih problema u ponašanju u odnosu na studente koji nisu doživjeli traumu u posljednjih godinu dana.

U okviru prve grupe pitanja, vezano uz mjerenje simptoma anksioznog poremećaja, ispitivano je jesu li, i u kolikoj mjeri, razvijeni simptomi poremećaja ovisno o doživljenoj traumi u posljednjih godinu dana. Na osnovu rezultata koji se odnose na simptome anksioznog poremećaja moglo se zaključiti kako su studenti koji su doživjeli traumu razvili značajno više anksioznih simptoma za razliku od studenata koji nisu doživjeli traumu. Druga skupina pitanja odnosila se na mjerenje simptoma depresivnog poremećaja. Iz prikupljenih podataka moglo se vidjeti kako su studenti s traumom razvili značajno više depresivnih simptoma za razliku od studenata koji nisu doživjeli traumu.

Rezultati prethodnih istraživanja pokazuju da je depresivnost, u odnosu na anksioznost i stres, snažnije povezana s kognitivnom evaluacijom vlastitog života (Mahmoud i sur, 2012). U ranijem istraživanju Wagnera (2016) također se pokazuje veliki postotak osoba s kroničnom depresijom i proživljenim značajnim traumatskim događajem ili višestrukom traumatizacijom. Pokazalo se kako su osobe s kroničnim depresivnim ponašanjem prijavile znatno više dječjih trauma, odnosno 62,5% sudionika je navelo više od dva traumatična događaja u životu u usporedbi s 28,4% sudionika iz kontrolne skupine. Različite studije ukazuju na različite postotke depresivnih poremećaja koji se mogu pripisati stresnim traumatskim događajima koji su doživljeni u prethodnih šest mjeseci ili posljednjoj godini osobe (Lacković – Grgin, 2000).

Drugi istraživački problem bio je ispitati postoji li razlika u razvoju simptoma internaliziranih problema ovisno o broju proživljenih trauma. Studenti s jednom traumom svrstani su u skupinu s manjim brojem trauma dok su studenti s dvije ili više trauma svrstani u skupinu s većim brojem trauma. Analizom tih podataka vidljivo je kako su studenti s više doživljenih trauma razvili više simptoma internaliziranih problema u ponašanju uspoređujući ih sa studentima koji su doživjeli manji broj trauma. Taj podatak poklapa se s rezultatima već spomenutog istraživanja kojim se ustanovilo da visoki broj nekontroliranih, negativnih životnih događaja predviđa depresiju i tjeskobu, osobito među adolescenticama. Studija presjeka Swearingen i Cohen (1985) pokazala je da su učenici sedmih razreda koji su prijavili veći broj negativnih životnih događaja pokazali višu razinu depresije i tjeskobe.

S obzirom na to da u ovom istraživanju nismo imali dobar omjer ispitanika po spolu, nismo mogli donositi zaključke u tom području. Međutim, analiziranjem prošlih istraživanja često se o ženskom spolu govori kao o rizičnom čimbeniku za nastanak internaliziranih problema. Tako je prevalencija internaliziranih simptoma kod djevojaka veća i iznosi 10,2%, dok kod mladića iznosi 2,6% (Debogović, 2015). Kako bismo mogli postaviti istraživačko pitanje po pitanju spola u istraživanje bi bilo potrebno uključiti jednak broj muških i ženskih ispitanika te bi tada s većom sigurnošću mogli zaključiti razliku u spolu vezano uz razvoj simptoma internaliziranih problema u ponašanju.

Prethodna istraživanja pokazuju da traumatski događaji remete uobičajen osjećaj kontrole koji pojedinac ima nad životom, osjećaj povezanosti s drugima i značenja koja pridaje svijetu oko sebe (Herman, 1997).

10. ZAKLJUČAK

Kao što je ranije navedeno, motivacija za ovo istraživanje proizašla je iz osobnog interesa i želje za dubljim razumijevanjem navedene tematike te detaljnijim istraživanjem samog područja. Zabrinjavajuća je činjenica da dosadašnja istraživanja u ovom području, naročito kod populacije studenata, nisu mnogobrojna te postoji potreba za daljnjim istraživanjem. Također, u okviru mentalnog zdravlja, vrlo je bitno osvijestiti važnost traženja pomoći kod stručnih osoba.

Trauma je definirana kao emocionalni odgovor osobe na izuzetno negativne osjećaje (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Traumatski događaji narušavaju osjećaj kontrole koji pojedinac obično ima. Oni utječu na gotovo sve aspekte života, misli, osjećaje, tjelesno zdravlje, ponašanje, socijalne odnose. Traumatski događaji nerijetko su okidači razvoja internaliziranih problema u ponašanju - pretjerano kontrolirana ponašanja usmjerena prema sebi, teško ih je uočiti jer se osobe povlače iz društva i probleme zadržavaju za sebe. U sklopu internaliziranih problema u ovom radu detaljno su obrađeni i istraživani anksiozni i depresivni poremećaj koji spadaju u visoko prevalentne poremećaje među mladima.

Anksiozni poremećaj definira se kao emocionalno stanje koje prati osjećaj neugode, napetosti i nemira, kao i mnoge fiziološke promjene (tjelesna napetost, ubrzani rad srca...). Negativni životni događaji koji ugrožavaju zdravlje i život osobe ili koje osoba percipira kao opasne po život mogu ostaviti brojne posljedice, a nerijetko je to anksioznost vezana uz mjesta, akcije i ljude koji ih podsjećaju na traumatski događaj. Anksioznost se zbog traume može očitovati u problemima poput noćnih mora, razdražljivosti, loše koncentracije i promjene raspoloženja. Anksiozne osobe nerijetko se povlače u sebe i jedini spas pronalaze u samoći. To vodi k još većem zatvaranju i gomilanju teških simptoma koji onemogućuju normalan život pojedinca.

Depresija, kao jedan od najčešćih internaliziranih poremećaja među mladima, opisuje se kao stanje neizmjerne tuge, žalosti i neraspoloženja povezano sa simptomima bezvoljnosti, izostanka veselja, poremećajima spavanja i sl. Žeger (2018) navodi kako je depresija mnogo više od normalne žalosti i tuge, ona je patološko stanje u kojem intenzitet i trajanje žalosti nisu u skladu s pretrpljenim gubitkom i izvorom emocionalnog problema.

Autorica ovog rada smatra da su internalizirani problemi u ponašanju nedovoljno istraženi i ne dobivaju pozornost kakvu bi trebali. Štoviše, nije rijetkost da se osobe s ovom vrstom

problema etiketira i izolira iz društva. Stoga nije čudno da se tek manji postotak ljudi u Hrvatskoj odlučuje za psihoterapiju i razgovor sa stručnim osobama, što je većinom jedini način izlječenja. Kod mladih osoba koje su doživjele neki oblik traume postoji veća vjerojatnost razvoja nekog oblika internaliziranih problema u ponašanju te je bitno pružiti im pravovremenu pomoć, savjetovanje i razumijevanje. Internalizirani problemi u ponašanju teško su uočljivi i osoba se naizgled može doimati sasvim normalno. Kako bi bolje razumjeli načine ispoljavanja ovih problema, u Hrvatskoj je nužno omogućiti provođenje većeg broja radionica i više edukacija koje nisu namijenjene isključivo stručnim osobama već svima koje zanima ova problematika. S obzirom na vrijeme u kojem živimo, ratove, epidemiju i potrese, trenutno je više nego potrebno osvijestiti ljude o postojanju, učestalosti i intenzitetu ovih problema. Zabrinjavajuća je činjenica koliko je mladih ljudi razvilo neki od ovih poremećaja uzevši u obzir da je njihov život na samom početku.

Društvo u Hrvatskoj trebalo bi u znatno većoj mjeri promovirati i zalagati se za psihološku pomoć svima kojima je to potrebno. Vrlo je važno shvatiti ozbiljnost ovih problema i učestalost pojave, pogotovo među mladima. Provedenim istraživanjem možemo zaključiti kako su kod studenata fakulteta u Republici Hrvatskoj doživljene traume u posljednjih godinu dana imale utjecaj na razvoj simptoma internaliziranih problema u ponašanju. Isto tako, studenti koji nisu doživjeli nikakvo traumatično iskustvo u posljednjih godinu dana također pokazuju simptome internaliziranih problema u ponašanju.

Zaključno, traumatično iskustvo ima značajan utjecaj na razvoj internaliziranih problema u ponašanju kod uzorka studenata u ovom istraživanju, međutim, proživljena trauma nije nužna kako bi se razvili simptomi internaliziranih problema. U borbi s mentalnim bolestima važno je na vrijeme prepoznati o kojoj bolesti se radi, u skladu s time je liječiti i biti strpljiv i uporan u procesu izlječenja.

LITERATURA

Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., & Leinsalu, M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(6), 443–449.

Američka Psihijatrijska Udruga (2014). *DSM-5 Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Američka psihijatrijska udruga (1996). *DSM-IV Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Ashford, J., Smit, F., van Lier, A.C.P., Cuijpers, P. i Koot, M.H. (2008). Early risk indicator of internalizing problems in late childhood: a 9-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (7), 774-780.

Barbarić, D. (n.d.). *Napadaji panike, panični poremećaj i agorafobija*. Zagreb: KBT Opcija. Dostupno na: <https://kbt-barbaric.com/kbt/napadaji-panike-panicni-poremecaj-i-agorafobija/>.

Begić, D., Jukić, V. i Medved, V. (2015). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.

Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja*. Zagreb: Školska knjiga.

Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). *Parent–child attachment and internalizing symptomatology in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions*. *Development and Psychopathology*, 22 (1), 177–203.

Craighead, E.W., Miklowitz, D.J. i Craighead, L.W. (2013). *Psychopathology: History, Diagnosis and Empirical Foundations*. Hoboken: Wiley.

Crnković, D. (2017). *Anksioznost i kako ju liječiti*. Zagreb: Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu: Klinika za psihijatriju, KBC „Sestre milosrdnice“

Černi, S. (2011). *Bipolarni afektivni poremećaj*. Završni rad. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet.

Čorkalo Biruški, D. (2009). *Primijenjena psihologija: pitanja i odgovori*. Zagreb: Školska knjiga

Debogović, A. (2015). *Komorbidni poremećaji kao prediktori suicidalnosti u oboljelih od depresivnog poremećaja*. Diplomski rad. Zagreb: Medicinski fakultet.

Filaković, P. i Mandić, N. (2003). *Socijalni anksiozni poremećaj. Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja*. U: Hotujac, Lj. Uloga liječnika primarne zdravstvene zaštite. 49-57. Zagreb: Hrvatska consensus grupa za depresiju i anksiozne poremećaje.

Fitzpatrick, O. M., Whelen, M. L., Falkenström, F., i Strunk, D. R. (2020). Who benefits the most from cognitive change in cognitive therapy of depression? A study of interpersonal factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(2), 128–136. <https://doi.org/10.1037/ccp0000463>

Ford, J. D., Racusin, R., Daviss, W. B., Ellis, C. G., Thomas, J., Rogers, K., ... i Sengupta, A. (1999). Trauma exposure among children with oppositional defiant disorder and attention deficit–hyperactivity disorder. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 786.

Gutmannova, K., Szanyi, J.M., i Cali, P.W. (2008). *Internalizing and Externalizing Behavior Problem Scores, Cross-Ethnic and Longitudinal Measurement Invariance of the Behavior Problem Index*. Educational and Psychological Measurement, 68(4), 676-694.

Herman, J. (1997). *Trauma and recovery*, New York: Basic Books.

Hrabar, D. (2016). *Prava djece: multidisciplinarni pristup*. Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Ivanišević, K. (2019). *Traumatizacija i stres*. Završni rad. Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku Filozofski fakultet

Jakupović, A. (2021). *Prisutnost anksioznosti kod studenata fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci*. Završni rad. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci.

Jamison, K. R. (1993). *Touched with fire: manic-depressive illness and the artistic temperament*. New York: Toronto: New York: Free Press.

Kalazić, A. (2018). *Bihevioralna terapija fobija*. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.

Karlović, D. (2017). Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Psihijatrija danas – odabrane teme*. Klinika za psihijatriju, KBC „Sestre milosrdnice“, 26 (2), 161-165.

Koller-Trbović, N. (2004). *Poremećaji u ponašanju djece i mladih*. U: Bašić, Koller-Trbović, Uzelac (ur.). *Poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja: pristupi i pojmovna određenja*. Zagreb: ERF. 83-97.

Kozarić-Kovačić, D., Kovačić, Z., i Rukavina, L. (2007). *Posttraumatski stresni poremećaj*. Zagreb: Klinička bolnica Dubrava, Klinika za psihijatriju, Referentni centar Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi za poremećaje uzrokovane stresom.

Kunac, A. (2014). *Depresija u starijoj životnoj dobi – uloga medicinske sestre*. Završni rad. Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstveni studija.

Kurtović, A. (2007). Odnos atribucijskih dimenzija, negativnih životnih događaja i depresivnosti: provjera modela beznadnosti. *Psihologijske teme* 16(1), 159-182.

Lacković-Grgin, K. (2000). *Stres u djece i adolescenata: izvori, posrednici i učinci*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Lakić, B., Račić, M. i Stoisavljević-Šatara, S. (2004). *Anskiozni poremećaji*. Klinički vodiči za primarnu zdravstvenu zaštitu. 12-24. Dostupno na: <http://www.mentalnozdravlje.ba/uimages/pdf/anksiozniporemecaji.pdf>

Lebedina-Manzoni, M. (2007). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Leichsenring F. i Leweke F. (2017). Social Anxiety Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 376(23), 2255-64. Dostupno na: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp161470>

Logožar, M. (2020). *Depresija kao rizični čimbenik za školski uspjeh kod adolescenata*. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.

Lukačević, M. (2016). *Depresivnost djece u primarnom obrazovanju*. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet.

Maglica, T. (2016). *Internalizirani problemi u ponašanju među splitskim srednjoškolcima*. Pregledni članak. Filozofski fakultet Sveučilišta u Splitu: Rasprave i članci.

Maglica, T. i Jerković, D. (2014). Procjena rizičnih i zaštitnih čimbenika za internalizirane probleme u školskom okruženju. *Školski vjesnik - časopis za pedagoška i školska pitanja*, 63(3), 413-431.

Mahmoud J.S., Staten R., Hall L.A. i Lennie T.A. (2012). *The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles*. *Issues Ment Health Nurs.* 33(3): 149-56. doi: 10.3109/01612840.2011.632708. PMID: 22364426.

Miklowitz, D. J. (2008). *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*, 2nd ed. Washington DC: Guilford Press.

Novak, M. i Bašić, J. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada*, 15 (3), 473-498.

Oland, A.A. i Shaw, D.S. (2005). Pure versus co-occurring externalizing and internalizing symptoms in children: the potential role of socio-developmental milestones. *Clinical Child and Family Psychology review*, 8(4), 247-270.

Oršulić, O. (2015). *Anksiozni poremećaji kao prepreka u svakidašnjem životu*. Završni rad. Sveučilište Jurja Dobrile u Puli.

Petz, B. (2015). *Psihologijski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Profaca, B. (2016). Traumatizacija djece i mladih. *Ljetopis Socijalnog Rada/Annual of Social Work*, 23(3), 345-361

Profaca, B. i Arambašić, L. (2009). *Traumatski događaji i trauma kod djece i mladih*. *Klinička psihologija*, 2 (1-2), 53-73.

Raič, M. (2017). *Depresija i bolesti srca*. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.

Sanderson, C. (2013). *Counselling skills for working with trauma*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Starjački, M. (2019). *Strah, fobije i anksioznost kod djece predškolske dobi*. Završni rad. Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet.

Swearingen, E. M. i Cohen, L. H. (1985). *Life events and psychological distress: A prospective study of young adolescents*. *Developmental Psychology*, 21, 1045–1054.

Štrkalj Ivezić, S., Folnegović Šmalc, V., Mimica, N. (2007). *Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja*. Zagreb: Psihijatrijska bolnica Vrapče.

Teicher, M.H, Andersen, S.L, Polcari, A., Anderson, C.M., Navalta, C.P., Kim, D.M. (2003). *The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment*. *Neurosci Biobehav Rev.* 27(1-2), 33-44.

Tomičić, A. (2015). *Lingvistička analiza reprezentacije psihičkih bolesti u hrvatskim tiskananim medijima*. Diplomski rad. Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet u Rijeci.

van de Ven, M. C., van den Heuvel, M. I., Bhogal, A., Lewis, T., & Thomason, M. E. (2020). *Impact of maternal childhood trauma on child behavioral problems: The role of child frontal alpha asymmetry*. *Developmental psychobiology*, 62(2), 154-169.

Vaux, A. i Ruggiero, M. (1983). Stressful life change and delinquent behavior. *American Journal of Community Psychology*, 11, 169–183.

Vulić-Prtorić, A. i Cifrek-Kolarić M. (2011). *Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji*. Jastrebarsko: Naklada Slap

Vulić-Prtorić, A. (2006). *Anksiozna osjetljivost: Fenomenologija i teorije*. *Suvremena psihologija*, 9 (2), 171- 193.

Wagner, K. (2016). Effects of childhood trauma on depression and suicidality in adulthood. *Psychiatric Times*, 33(11). Dostupno na: <https://www.psychiatrictimes.com/view/effects-childhood-trauma-depression-and-suicidality-adulthood>.

Welcome, K. (2013). *The Externalizing and Internalizing Behaviors in Children: Preventing Negative Future Consequences*. U: Čorić, K. (2016). Istodobna pojavnost internaliziranih i eksternaliziranih problema u ponašanju kod adolescenata. Diplomski rad. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.

Žeger, A. (2018). *Eksternalizirani i internalizirani problemi u ponašanju djeteta (Završni rad)*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu.

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je ovaj Diplomski rad isključivo rezultat mog vlastitog rada koji se temelji na mojim istraživanjima i oslanja se na objavljenu literaturu, a što pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da nijedan dio rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz necitiranog rada, te da nijedan dio rada ne krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za bilo koji drugi rad u bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili obrazovnoj ustanovi.

Studentica:

Zagreb, _____