Strah i anksioznost kod djece predškolske dobi

Rožmarić, Ljiljana

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:147:591207

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

UČITELJSKI FAKULTET

ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

LJILJANA ROŽMARIĆ

ZAVRŠNI RAD

STRAH I ANKSIOZNOST KOD DJECE PREDŠKOLSKE DOBI

Petrinja, prosinac 2016

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

UČITELJSKI FAKULTET

ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

Petrinja

PREDMET: Razvojna psihologija

ZAVRŠNI RAD

PRISTUPNIK: Ljiljana Rožmarić

TEMA: Strah i anksioznost kod djece predškolske dobi

MENTOR: prof. Mirjana Milanović

Petrinja, prosinac 2016

SADRŽAJ

SADRŽAJ 1
Sažetak: 2
Summary: 3
1. UVOD 4
2. STRAH 5
2.1. Kategorizacija strahova 8
2.2. Strah kod djece predškolske dobi 9
3. ANKSIOZNI POREMEĆAJ 12
3.1. Vrste anksioznih poremećaja 13
3.2. Anksioznost kod djece predškolske dobi 16
4. PRISTUPI U PREVENCIJI STRAHA I ANKSIOZNOSTI KOD DJECE 19
4.1. Roditelji 19
4.2. Odgajatelji 21
4.3. Igra 22
4.4. Farmakoterapija i psihoterapija 26
5. GENERLIZIRANI STRAH I FOBIJE 27
6. ZAKLJUČAK 29
LITERATURA 30
KRATKA BIOGRAFSKA BILJEŠKA 32

Izjava o samostalnoj izradi rada

Izjava o javnoj objavi rada

Strah i anksioznost kod djece predškolske dobi

Sažetak:

Cilj ovog završnog rada bio je objasniti strah i anksioznost kod djece predškolske dobi, njihovu kategorizaciju i pristupe u prevenciji. Strah je prisutan kod gotovo svakog djeteta u određenom razvojnom razdoblju, a u predškolsko doba pojavljuju se brojni razvojni strahovi poput straha od mraka, straha od odvajanja, straha od životinja, socijalizacijskih strahova i brojnih drugih prikazanih u ovom radu. U slučaju straha, objekt straha je realan i prepoznat. Za razliku od straha, anksioznost je utemeljena u neodređenom objektu opasnosti i predstavlja unutarnji strah kojega je teže prepoznati. Najčešći oblici anksioznosti kod djece predškolske dobi su socijalna anksioznost i napadaji panike.

Terapijski pristupi uključuju: roditelje s glavnom ulogom u prevenciji dječjih strahova - pritom treba imati na umu da previše zaštitnički roditelji onemogućuju djeci da samostalno prerastu razvojne strahove; igru s raznim terapijskim tehnikama; medikamente u kombinaciji s nekom drugom tehnikom kod najtežih oblika poremećaja.

ključne riječi: strah, anksioznost, predškolska djeca

Fear and anxiety in children of preschool age

Summary:

The aim of this work was to explain the fear and anxiety in children of preschool age, their classification and treatment approaches. Fear is a present emotion in almost every child in a certain period of development, and in pre-school age there is numerous developmental fears like fear of the dark, fear of separation, fear of animals, fear of socialization and many others presented in this paper. In case of fear, the object of fear is real and recognized. Unlike fear, anxiety is grounded in an unspecified object and represents inner fear which is harder to recognize. The most common forms of anxiety in children of preschool age have social anxiety and panic attacks.

Therapeutic approaches include: parents with the main role in the prevention of children's fears – it should be remembered that overprotective parents prevent children to grow independently their developmental fears; play with a variety of therapeutic techniques; prescription drugs in combination with another techniques in the most severe forms of the disorder.

Key words: fear, anxiety, preschool children

1. UVOD

Strah je jedna od prirodnih emocija koja prati ljudski život. Još od najranije dobi, različite vrste strahova i anksioznosti služe djetetu kao odgovor na specifičnu prijeteću situaciju. S obzirom na sličnost simptoma, strah i anksioznost često su isprepleteni i postoje poteškoće u njihovom razlikovanju.

Dok se za strahove pretpostavlja da uključuju uglavnom istovjetne reakcije na specifične podražaje poput prirodnih događaja (mrak, grmljavina) ili apstraktne pojmove (rat, osjećaj odbačenosti), anksioznost je u većoj mjeri reakcija na nespecifične podražaje. Odnosno, ako je izvor opasnosti prepoznat i vezan za realne, vanjske objekte, i ako osoba zna čega se boji, onda se može govoriti o strahu, no ako je opasnost objektivno nepostojeća i neodređena, ona potiče prvobitna doživljavanja straha od nepoznatog i javlja se osjećaj očekivanja te nepoznate i prijeteće opasnosti. Takav strah unutarnjeg porijekla, koji nije vezan za određenu situaciju ili objekt, čini anksioznost. (Vulić-Prtorić, 2002).

Strah i anksioznost prisutni su u gotovo svim fazama ljudskoga života, a od izrazite je važnosti njihovo uspješno prihvaćanje i prevladavanje u djetinjstvu. Stoga ću se u ovome radu osvrnuti na razvojne strahove i anksioznosti kod djece predškolske dobi. U poglavlju nakon uvoda ću se najprije osvrnuti na strahove i njihovu kategorizaciju s obzirom na razvojnu dob djeteta, što je u ovom slučaju predškolska dob. Nakon razrade predškolskih strahova, obradit ću anksioznost i vrste anksioznih poremećaja prisutnih kod djece. U četvrtom poglavlju navest ću pristupe u prevenciji straha i anksioznosti kod djece, a posebno one koji su specifični za predškolsku dob, te se posebno osvrnuti na ulogu roditelja u terapijskom tretmanu. U zadnjem poglavlju donosim neke značajke generaliziranog straha i fobija koji prerastaju u vrlo raširen generalizirani anksiozni poremećaj ukoliko se na vrijeme (u djetinjstvu) ne tretira.

Glavni cilj ovog rada je upoznavanje uvjeta nastanka strahova i anksioznosti u djetinjstvu i njihovo prihvaćanje kao normalnih osjećaja koje nije potrebno izbjegavati, nego se s njima suočiti kako ne bi prerasli u anksiozne poremećaje u adolescenciji.

2. STRAH

Strah je jedna od primarnih emocija, uz radost, tugu, sram, ljutnju i ljubav. Primarna je zato jer se javlja vrlo rano u razvoju osobe, ima jaku motivacijsku snagu, a svi ljudi ju više ili manje doživljavaju u svim životnim razdobljima. Budući da je strah jedna od temeljnih emocija, pokazuje mnogobrojne načine djelovanja koje uzrokuje vegetativni živčani sustav. Naime, prije se mislilo da je srce sjedište straha i tjeskobe, no ispostavilo se da su poremećaji srčanog ritma posljedica, a ne uzrok straha. (Nikić, 1994).

Strah je primarna ljudska emocija kojoj je pozitivna strana da zaštiti ljudsku vrstu. Strah navodi na suočavanje čovjeka sa samim sobom kako bi se ublažila tjeskoba i sve negativne posljedice koje strah ima u ljudskom životu. Emocionalni dio mozga služi se iskustvom kako bi naučio što je opasnost i čega se treba, a čega ne treba bojati, kada treba reagirati na unutrašnju uzbunu, te kada treba biti oprezan. (Shapiro, 2002). Strah je kao primarna ljudska emocija prisutan na svim razinama čovjekova psihičkog života, a reakcije straha mogu se manifestirati na razne načine (Ennulat, 2010):

- način kretanja osobe se mijenja: ramena se nesvjesno podižu, glava je pognuta, a mimika tijela izražava zatvorenost
- osoba izbjegava gledati u lice i oči sugovornika, a pogled često usmjerava prema tlu ili gleda u stranu
- geste i pokreti djeluju ukočeno i kruto, ili upravo suprotno kada su pokreti prenapadni, neprimjereni i pretjerano izraženi
- mijenja se tempo disanja i prirodni ritam udisanja i izdisanja biva poremećen kada struja zraka nailazi na prepreku u tijelu
- zjenice se proširuju što daje osobi uplašen izraz lica
- pojačava se lučenje znoja što je uzrokovano radom vegetativnog živčanog sustava
- strah se manifestira na površini kože tako što povišenjem krvnog tlaka koža može pocrvenjeti
- budući da je tijelo ispunjeno unutarnjim nemirom, strah utječe i na povećanje crijevne aktivnosti ili vrši pritisak na mokraćni mjehur

- javlja se osjećaj pritiska u grudima pri čemu osoba ostaje bez zraka ili ima osjećaj da ga nema dovoljno
- veliki umor nakon kojega slijedi iscrpljenost koja vodi u dubok san
- okolina se čini opasnom
- osjećaj gubitka kontrole nad samim sobom, nad drugima ili nekom situacijom.

Iako je teško generalizirati uzroke straha, budući da svaka individua ima svoje strahove, u literaturi se s obzirom na situaciju pojavljuju različite teorije o uzrocima straha.

U prvom kontaktu sa svijetom dolazi do afektivne procjene stvarnosti koja se nastavlja u svim razdobljima života. Afektivna procjena temelji se na kriteriju sviđa li se osobi neka stvar ili ne, te da li ju privlači ili je se boji. Prema afektivnoj teoriji, uzrok straha leži u reakciji na neku zastrašujuću situaciju, a ne u samoj situaciji. U afektivnoj procjeni veliku važnost ima afektivna memorija koja osobu automatski podsjeća na neku prošlu ugodnu ili neugodnu situaciju, pa tako potisnute nesvjesne želje, potrebe i strahovi mogu utjecati na sadašnju stvarnost. Afektivnu procjenu stvarnosti koja je karakteristična kod djece, kod zrelih osoba bi trebala zamijeniti racionalna procjena koja se temelji na intelektualnoj procjeni i kriteriju da li je nešto korisno ili ne. Na teoriju afektivne procjene stvarnosti nadovezuje se „ABC“ teorija emocija koja je nastala kao produkt racionalno-emotivne psihoterapije američkog psihologa Alberta Ellisa. Prema toj teoriji, „A“ je sve ono što nam se svakodnevno događa, „B“ je naša interpretacija svih tih situacija, a „C“ su posljedice onoga što smo osjetili zbog interpretacije događaja. Na pojavu straha djeluje i intelektualno sazrijevanje, budući da svaki proces sazrijevanja donosi promjene u kvalitetama straha. Strah se u tom slučaju pojavljuje onda kada psihički razvoj prelazi iz jednog stupnja organizacije u drugi.

Podsvijest predstavlja jedan od najčešćih uzroka straha kod ljudi, a strah je u tom slučaju najteže odgonetnuti. Dok god postoji svjesnost o uzroku straha, osoba mu se može suprotstaviti. Podsvjesni i nesvjesni strahovi uzrokovani su težim traumatskim doživljajima i potisnutim kompleksima ranog djetinjstva koje je svijest potisnula kako bi se trenutno riješila patnje koju su uzrokovali spomenuti doživljaji i kompleksi. Tako se primjerice potisnuti kompleks manje vrijednosti manifestira strahom u situaciji koja traži reakciju i djelovanje.

I jedan od najpoznatijih psihoanalitičara, Sigmund Freud, dotaknuo se uzroka straha. On je smatrao da je strah izravna posljedica nemogućnosti oživotvorenja libida (seksualnog nagona). U suprotnosti s ovom teorijom je model neuroze straha prema Karen Horney koja smatra da se čovjek manje boji svojih nagona nego njihovog potiskivanja. Teoretičari promjene ponašanja (biheviorizma), smatraju da je svaki doživljaj naučena reakcija na podražaj, pa tako i strah, a što je više podražaja koji izazivaju strah, to će strah biti veći. (Nikić, 1994).

U razlikovanju normalnih od patoloških oblika strahova i anksioznosti koristi se pet osnovnih kriterija: situacijska primjerenost, intenzitet simptoma, trajanje simptoma, stupanj u kojem simptomi ometaju svakodnevno funkcioniranje i razvojna primjerenost straha ili anksioznosti.

Situacijska primjerenost odnosi se na kontekst u kojemu se strah javlja, te na njegovu primjerenost i opravdanost u određenoj situaciji, pa u tom smislu nije prikladno postavljati dijagnozu straha i anksioznog poremećaja. Intenzitet simptoma može se kretati od blažih simptoma pa sve do paničnog napadaja, a varira od stupnja i blizine zastrašujuće situacije (simptomi su najintenzivniji na početku situacije). Trajanje simptoma određen je DSM-IV klasifikacijom tako da je u osoba mlađih od 18 godina potrebno da simptomi za dijagnozu Specifične i Socijalne fobije, te Generaliziranog anksioznog poremećaja traju najmanje 6 mjeseci, za dijagnozu Separacijskog anksioznog poremećaja 4 tjedna i sl. Stupanj ometanja odnosi se na neugodu ili poteškoće u socijalnom, školskom ili svakodnevnom funkcioniranju. Kako je strah u djetinjstvu dosta česta pojava, dijagnoza nije utemeljena ako ne postoji značajnije ometanje u svakodnevnom funkcioniranju djeteta, odnosno, ukoliko određeni strah ne uzrokuje značajnije smetnje dijagnoza se ne postavlja. Za pravilan pristup dijagnostici, tretmanu i proučavanju strahova i anksioznosti neophodno je te fenomene promatrati s obzirom na spol i dob djeteta, pa se ovisno o dobi djeteta dijagnosticira anksiozni poremećaj ili fobija. Fobija se dijagnosticira kada specifične strahove prate izbjegavajuća ponašanja i kada strahovi rezultiraju socijalnim ili funkcionalnim poteškoćama. (Vulić-Prtorić, 2002). Sadržaj i intenzitet strahova mijenja se s vremenom kao rezultat djetetovih razvojnih iskustava, a prikazani su u poglavlju ovog rada Strah kod djece predškolske dobi.

2.1. Kategorizacija strahova

Različita stanja straha i preplašenosti označena su različitim nazivima, ovisno o samoj jačini doživljaja. Tako osjećaj straha može varirati od blage nelagode do paničnog ponašanja, a nazivi koji se upotrebljavaju su: oprez, tjeskoba, nervoza, strepnja, zebnja, zabrinutost, zaprepaštenost, napetost, užasavanje itd. (Starc i Žižak, 2014).

Do danas su predlagane brojne klasifikacije dječjih strahova i anksioznosti, a neko vrijeme su bile čak popularne liste strahova i pripadajućih fobija (npr. strah od mačaka ili ailurofobija, strah od mraka ili niktofobija itd.). Kasnije klasifikacije temeljile su se na analitičkim metodama, etiološkim podacima ili empirijskim postupcima i obuhvaćale su šire kategorije strahova.

Prema Poultonu i suradnicima (1997) dječji strah može se s obzirom na sadržaj svrstati u četiri kategorije: *socijalni strah* koji se manifestira u situacijama koje zahtijevaju prisutnost drugih ljudi – npr. strah od odgovaranja pred razredom, strah od nepoznatih ljudi, strah od upoznavanja s novom djecom itd., *specifični strah* koji podrazumijeva strah od određene situacije ili pojave – npr. strah od vode, životinja, visine, mraka itd., *agorafobični strah* odnosno strah od izlaganja situacijama kao što su mostovi, tuneli, liftovi, autobusi, gužve itd., te *višestruki strah* koji obuhvaća veći broj ranije navedenih strahova.

Ollendick (1995) je faktorskom analizom utvrdio da se strahovi mogu grupirati u pet osnovnih kategorija: strah od neuspjeha i kritiziranja, strah od nepoznatog, strah od ozljeđivanja i malih životinja, strah od opasnosti i smrti, strah od medicinskih postupaka.

U DSM-IV klasifikaciji (1996) strahovi i anksioznosti se opisuju paralelno, tako da se npr. javljanje određenog tipa straha opisuje u funkciji razvoja, ovisno o dominantnim strahovima za određenu dob. Inače se DSM-IV dijagnostički sustav koristi u klasifikaciji duševnih poremećaja koji se dijele na: psihotične, neurotske, funkcijske i organske, a strahovi se ubrajaju u neurotske poremećaje. Strahovi su u toj klasifikaciji nazvani specifičnim fobijama i obuhvaćaju: fobije od životinja (općenito se pojavljuju kod djece), fobije od prirodnog okoliša (gromova, visine, vode i sl.), fobije od krvi, injekcije i ozljede (uglavnom praćene intenzivnom

vazovagusnom reakcijom), situacijske fobije (javni prijevoz, tuneli, mostovi, liftovi, letenje, vožnja, zatvoreni prostori i sl.)

U okviru Reissove teorije fobija, strahova i paničnih napada (1991) razlikuju se tri osnovna temeljna straha i veći broj svakodnevnih, uobičajenih strahova. Temeljni strahovi se razlikuju od uobičajenih strahova po dva kriterija: 1. temeljni strahovi uključuju one podražaje koji su zastrašujući za većinu ljudi, i 2. uobičajeni strahovi se mogu logički reducirati na temeljne strahove. Prema tome, temeljni strahovi su: strah od ozljede i bolesti koji uključuju i strah od smrti, strah od negativne evaluacije koji predstavlja strah od odbačenosti, neprihvaćanja i kritiziranja od strane vršnjaka, te anksiozna osjetljivost koja predstavlja strah od straha, tj. zastrašujuću pomisao da bi javljanje straha u nekoj situaciji moglo imati katastrofalne socijalne i tjelesne posljedice. Svakodnevni strahovi nadopunjuju se većim ili manjim intenzitetom na temeljne, a obuhvaćaju strah od životinja, visina, agorafobičnih situacija, socijalne strahove itd.

2.2. Strah kod djece predškolske dobi

Djeca neprestano, i to većim dijelom kroz igru, upoznaju svijet oko sebe i tako pomiču granice svojih aktivnosti. Na aktivnost i doživljaje između ostaloga utječe i strah, pa se radoznalost koja dijete tjera naprijed vrlo brzo može pretvoriti u prestrašeno povlačenje. (Ennulat, 2010). Radoznalost i želja za istraživanjem svijeta oko sebe, djetetu otkriva nepoznate situacije i navodi ga na napuštanje poznate sigurnosti. Na taj način dijete dovodi u ravnotežu ono što je strano i opasno s onim što je poznato i blisko, a takva ravnoteža je važna za zdrav razvoj djeteta. (Starc i Žižak, 2014). Kako dijete postaje starije, sve veću ulogu u stišavanju straha ima misaoni dio mozga – neokorteks. U dobi od tri ili četiri godine, roditelji mogu početi s uvjeravanjem plašljivog djeteta, a u dobi od šest ili sedam godina dijete samo analizira situaciju koja ga plaši. Strah može postati problem u djetinjstvu ukoliko se urođeni dio mozga ne može preoblikovati, a u tom slučaju tijelom upravlja emocionalni dio mozga koji koči razumno mišljenje i otežava samo osvješćivanje

uzroka straha. Upravo nagon za preživljavanjem čini emocionalni mozak moćnijim od razuma, te su zbog toga strahovi toliko česti. (Shapiro, 2002).

Strah ima svoju biografsku podlogu koja se očituje u nekoliko faktora: temperament, mozak, nerazvijeno povjerenje prema okolini, nedovoljna majčina skrb i trauma iz rata.

Vezano za temperament, plašljivost se smatra snažnom urođenom crtom koja se može ustanoviti već u prvim tjednima života, a ovisno od načina na koji se roditelji odnose prema plahom djetetu, ta se osobina može preoblikovati. Neki istraživači smatraju da su djeca rođena s povučenim i plašljivim temperamentom zbog načina na koji njihov mozak reagira na okolinu. Ističe se preosjetljivost amigdale koja je emocionalni kontrolni centar mozga i samim time glavni izazivač plašljivosti, a razvija se između osmog i devetog mjeseca (doba kada mnoga djeca prolaze razdoblje pojačanog nemira). Jedno istraživanje je pokazalo da plašljiva djeca mogu prevladati urođenu sklonost ako roditelji ne potkrepljuju njegovu preosjetljivost, dok roditelji koji nastoje zaštititi dijete od svega što bi ga moglo uznemiriti ili uplašiti povećavaju plašljivost koja se manifestira tijekom života. Učinak ne previše zaštitničkog roditeljstva jest da preosjetljiva amigdala plahovite djece, kroz trenutke u kojima se trebaju smiriti, vjerojatno oblikuje sve više živčanih veza između misaonog i emocionalnog mozga, te na taj način dijete preraste plašljivost. (Shapiro, 2002).

Iako su strahovi uobičajeni i sastavni dio razvoja svakog djeteta, ukoliko postanu intenzivni i dugotrajni mogu prerasti u ozbiljnije anksiozne poremećaje. (Vulić-Prtorić, 2002). Stoga je neophodno da okolina razumije narav i prolaznost dječjih strahova kako bi u normalnim uvjetima dijete kroz svoje strahove postalo sve zrelije i ne poremetiti normalni proces strahovanja. (Ennulat, 2010). Na pojavu straha utječe i okolina, a koja bi trebala biti gostoljubiva i puna povjerenja. Ukoliko je dijete u prvim tjednima života bilo odvojeno od majke, ono ima teška, pa čak i nepopravljiva oštećenja u svome razvoju iz razloga jer nije imalo neophodan životni uvjet – majčinu blizinu. Tako se javljaju strahovi neprimjereni uzrastu, a takva djeca pokazuju znatno zakašnjenje ili pak prerano sazrijevanje u razvoju. (Riemann, 2002). Traumatsko iskustvo kao što je rat, ima velik utjecaj na razmišljanje, tjelesno zdravlje, osjećaje, ponašanje i međuljudske odnose svakog čovjeka, a pogotovo djeteta. Snažna reakcija straha izazvanog ratnom traumom manifestira se kroz glasni

plač, a ponekad je strah toliko jak da može dovesti do stanja šoka i svojevrsne paraliziranosti, tj. emocionalne obamrlosti. (Keresteš i dr., 1992).

Svaka dob nosi neke karakteristične strahove koji se pojavljuju i nestaju na pravilan način. U razvoju čovjeka, ključna je pojava emocija koje se javljaju nedugo nakon rođenja. Budući da novorođenče ne može riječima izraziti strah koji osjeća, bitno je pratiti određene vanjske reakcije koje prate neka zbivanja. Novorođenče svoje osjećaje neugode izražava kricima i neodređenim pokretima, te reakcijama pomoću kojih se mogu uočiti osnovni oblici straha. Najčešći takvi oblici su trzanje, te vrlo zanimljiva reakcija koja je u neurologiji nazvana Moroov refleks. Taj refleks uzrokovan je zvučnim podražajem, a kad je zvučni poremećaj izrazito jak, ručice djeteta dižu se u vertikalan položaj kao da će se za nešto uhvatiti, a zatim padaju. Javlja se kad dijete doživi naglu promjenu položaja i gubitak ravnoteže, a značenje te reakcije otkriva se tek kasnije kada se otkriju funkcije i posljedice tih reakcija u daljnjem djetetovom razvoju. (Zlotowicz, 1974).

Prva godina života nosi strah od razdvajanja od majke, strah od nepoznatih osoba i novih prostora ako nije nazočna bliska osoba. Druga godina života predstavlja izrazito plašljivo doba kada je karakterističan strah od jakih zvukova (npr. grmljavine), tamnih boja, velikih objekata, promjena u prostoru, odvajanja od majke za vrijeme odlaska na spavanje, vjetra i kiše te divljih životinja. Treća godina života nosi strah od maski, nakaza i ružnih lica, strah od mraka, životinja, policajaca i lopova. U četvrtoj godini života navedeni strahovi se manifestiraju većom ili manjom jačinom. U petoj godini života smanjuju se neki strahovi kao primjerice strah od maski i nakaza, a pojavljuju se strahovi od ozljeđivanja, padova, pasa, a izražen je strah da se mama neće vratiti kući. Šesta godina života izražena je kao vrlo strašljivo doba – prevladavaju strahovi od raznih zvukova (zvono, telefon), od duhova, vještica i raznih imaginarnih bića, strahovi od prirodnih nepogoda, vode, vatre, grmljavine i oluje, strah od samoće, strah da će se mami nešto dogoditi ili da bi mogla umrijeti. (Starc i Žižak, 2014).

3. ANKSIOZNI POREMEĆAJ

„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 sa prevalencijom od čak 20 do 30%." (Vulić-Prtorić, 2006, str. 172).

Brojni su nazivi za poremećaj anksioznosti u svakodnevnom životu, pa se tako može govoriti o tjeskobi, zabrinutosti, panici, nervozi, stresu i slično. Ovi izrazi opisuju anksioznost kao stanje neugode koje se očituje u nizu tjelesnih i psihičkih simptoma koji se javljaju u situacijama koje pojedinac doživljava ugrožavajućim ili opasnim, te onda kada postoji strah od posljedica i ishoda neke situacije. Iako je anksioznost sa svojim simptomima prisutna kod znatnog broja ljudi u svakodnevnom životu, o bolesti se većinom govori tek onda kada je anksioznost stalno prisutna (opći anksiozni poremećaj), kada se javlja u nekim posebnim situacijama koje uobičajeno ne predstavljaju strašnu situaciju, npr. ulazak u dizalo ili vožnja tramvajem, odlazak od kuće, u socijalnim situacijama (fobije) ili kada se pojavljuju u obliku neugodnog napada izrazito jake anksioznosti, a koja se naziva panika (panični poremećaj) i onda kada ta anksioznost pojedinca značajno ograničava u postizanju osobnih, profesionalnih ili nekih drugih ciljeva i na taj način mu smanjuje kvalitetu života. (Štrkalj-Ivezić i Vuković, 2007).

Simptomi anksioznog poremećaja manifestiraju se na 4 glavna područja ljudskog djelovanja: tjelesnom, emocionalnom, kognitivnom i bihevioralnom.

Na tjelesnom planu radi se o kardiovaskularnim, respiratornim, gastrointestinalnim i drugim promjenama potaknutima djelovanjem autonomnog živčanog sustava koji mobilizira tijelo na suočavanje s predstojećim problemom. Tjelesni simptomi su dominantno obilježje separacijske anksioznosti i paničnog napada. Fiziološke promjene praćene su subjektivnim doživljajima na emocionalnom planu (npr. mišićna napetost praćena je osjećajem neugode, slabosti i nesigurnosti; ubrzano lupanje srca je često prvi znak straha da će se izgubiti kontrola ili da će se onesvijestiti). Tjelesni simptomi su u nekim slučajevima praćeni intenzivnim strahom, tj. anksioznom osjetljivosti koja predstavlja strah da će tjelesni simptomi

poput lupanja srca, drhtanja ili bolova u trbuhu imati negativne socijalne, psihološke ili tjelesne posljedice. Na kognitivnom području obično se vidi potpuna intelektualna zbunjenost, a prevladavaju simptomi poput anticipacije nesreće i zabrinutost. Upravo na ovom planu postoji razlika između anksioznosti i ostalih emocionalnih reakcija: u većini slučajeva emocionalne reakcije praćene su visoko strukturiranim kognitivnim sustavima, dok kod anksioznosti prevladava upravo suprotna pojava - kognitivna dezorganizacija. Ovakvi doživljaji pridonose još većoj uznemirenosti i vode k uglavnom manje adaptiranim oblicima ponašanja. Na bihevioralnom planu prepoznaju se tri dominantna ponašanja: izbjegavanje, stereotipije i slaba koordinacija. Izbjegavanje je dominantno obilježje fobija, stereotipije se posebno uočavaju u opsesivno-kompulzivnom poremećaju, a slabija koordinacija u obliku drhtanja, nespretnosti ili potpune zakočenosti. (Vulić-Prtorić, 2006).

Konstrukt koji je postao predmetom brojnih istraživanja o anksioznosti je anksiozna osjetljivost. Konstrukt su u uporabu uveli Steven Reiss i Richard McNally osamdesetih godina prošlog stoljeća i on čini sastavni dio Reissovih teorija: teorije očekivanja, teorije osjetljivosti, kao i novije teorije motivacije. Anksiozna osjetljivost se opisuje kao strah od javljanja anksioznih simptoma i tjelesnih senzacija povezanih s anksioznošću, a proizlazi iz uvjerenja da ti simptomi mogu imati negativne tjelesne, psihološke i socijalne posljedice. Radi se o strahu od osjećaja koji prate strah, anksioznost ili paniku – tako će osoba koja ima visoke razine anksiozne osjetljivosti iznenadni ubrzani rad srca će interpretirati kao znak predstojećeg srčanog udara, a grčeve u trbuhu interpretirati kao znak za hitnu kiruršku intervenciju. Prema Reissovoj teoriji, anksiozna osjetljivost povećava rizik za različite anksiozne poremećaje, posebice panične napade, pritom djelujući kao pojačivač prethodnih anksioznih doživljaja. Osobe s povišenim razinama anksiozne osjetljivosti u tom slučaju su sklonije razviti anksioznost u odgovoru na vlastite anksiozne simptome, što rezultira u samopotkrepljujućem krugu koji svoju kulminaciju može imati u paničnim napadima. (Vulić-Prtorić, 2006).

3.1. Vrste anksioznih poremećaja

Anksiozni poremećaji predstavljaju jedan od najkompleksnijih psiholoških fenomena koji se manifestiraju kroz čitav spektar najrazličitijih promjena. U DSM-IV klasifikacijskom sistemu (1996) opisano je osam 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, akutni stresni poremećaj. (Vulić-Prtorić, 2006)

Dijagnoza paničnog poremećaja postavlja se kada osoba doživi nekoliko ozbiljnih napada iznenadne anksioznosti unutar razdoblja od jednog mjeseca, a nakon paničnog napada često postoji strah od sljedećeg napada koji se naziva anticipirajuća anksioznost, a pacijenti je opisuju kao nelagodu u očekivanju ponovnog napada panike. Karakteristike paničnog napada su: postojanje odvojene epizode intenzivnog straha ili nelagode, nagli početak, dosezanje maksimuma napada u nekoliko minuta i trajanje napada od nekoliko minuta, te postojanje najmanje četiri simptoma. Najčešći simptomi kod paničnog napadaja su: osjećaj omamljenosti, nestabilnosti, nesvjestice, slabosti, smušenosti, osjećaj da objekti nisu stvarni, strah od gubitka kontrole, da će se poludjeti, nestati ili umrijeti. Broj simptoma i učestalost paničnih napada određuje težinu paničnog poremećaja, pa što je veći broj napadaja, panični poremećaj je teži i više onesposobljavajući. (Štrkalj-Ivezić i sur., 2007).

Agorafobija se dijagnosticira kada postoji jasno izražen strah (simptomi anksioznosti) kada se osoba nađe u prisutnosti mase ljudi i na javnim mjestima, a kada osoba takve situacije izbjegava ili ju podnosi s velikom nelagodom. Kada se panični napad javlja u okviru agorafobije, ne dijagnosticira se posebno nego ga se smatra dijelom agorafobije. (Štrkalj-Ivezić i sur., 2007).

Kod osobe s generaliziranim anksioznim poremećajem simptomi anksioznosti su stalno prisutni, a da bi se dijagnosticirao generalizirajući anksiozni poremećaj potrebno je utvrditi prisutnost stalno prisutne anksioznosti koja nije vezana za specifične situacije kao kod strahova, niti ne dolazi u napadima kao kod paničnog poremećaja. Dijagnosticira se kada postoji razdoblje od najmanje nekoliko mjeseci s vrlo izraženom napetošću, brigom i zabrinutošću oko svakodnevnih događaja i problema. (Štrkalj-Ivezić i sur., 2007).

Socijalna fobija je vrsta anksioznosti koja se dijagnosticira kada se simptomi anksioznosti javljaju u nekoj od socijalnih situacija i kada ih osoba izbjegava ili podnosi s velikim strahom – npr. osoba se boji situacija kada je u središtu pozornosti, te da bi zbog simptoma koje ima mogla biti osramoćena ili trpjeti neugodnosti iako osoba prepoznaje pretjeranost i bezrazložnost straha. Socijalne situacije povezane sa

socijalnom fobijom su jedenje ili govorenje u javnosti, komunikacija u manjoj grupi kao što su npr. zabave, sastanci, ulazak u razred, odgovaranje pred razredom, ljubavni sastanak i sl. Generalizirana socijalna fobija je teži slučaj socijalne fobije i postoji 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), dok negeneralizirana fobija postoji kada se osoba boji jedne ili nekoliko socijalnih situacija. Često su ove fobije popraćene crvenjenjem ili drhtanjem, strahom od povraćanja, potrebom za mokrenjem ili strahom od mogućeg mokrenja ili defekacije. (Štrkalj-Ivezić i sur., 2007).

Opsesivno-kompulzivni poremećaj javlja se kada su opsesija (misli, ideje ili predodžbe) ili kompulzija (radnje), ili jedno i drugo, kod osobe prisutni većinu dana najmanje u trajanju od 2 tjedna. Opsesije su neprestane ideje, misli, poticaji i predodžbe koje se doživljavaju kao nametljive i neprimjerene, a izazivaju anksioznost i nelagodu. Iako su osobe sposobne prepoznati opsesije kao svoje, a ne nametnute misli, sadržaj opsesija im je stran i nemaju kontrolu nad njima. Najčešće se dijagnosticiraju sljedeće opsesije: ponavljajuće misli o zarazi (npr. mogućnost zaraze tijekom rukovanja s drugom osobom ili korištenje predmeta što ga je druga osoba koristila), ponavljajuće sumnje (npr. jesu li vrata ostala otključana), potreba za određenim rasporedom stvari (npr. intenzivna nelagoda ako su stvari u neredu ili asimetrično raspoređene), agresivni i zastrašujući poticaji (npr. udaranje, uzvikivanje prostota, seksualne maštarije). Kompulzije s druge strane predstavljaju ponavljanje određene radnje (npr. pranje ruku, pospremanje) ili mentalni čin (moljenje, brojanje) s ciljem smanjenja ili sprječavanja anksioznog osjećaja, a ne radi postizanja vlastite ugode. Kako bi se dijagnosticirao opsesivno kompulzivni poremećaj, moraju biti prisutne sljedeće karakteristike: valja ih prepoznati kao vlastite i neuvjetovane vanjskim utjecajima ili osobama, ponavljajuće su i neugodne, a mora biti prisutna najmanje jedna opsesija ili kompulzija koja se prepoznaje kao pretjerana i bezrazložna, pacijent se nastoji opirati ili mora biti prisutna najmanje jedna opsesija ili kompulzija kojoj se pacijent neuspješno opire, iskustvo opsesivnih misli i radnji nije samo po sebi ugodno. (Štrkalj-Ivezić i sur., 2007).

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je poremećaj koji može nastati nakon izloženosti ili svjedočenja životno ugrožavajućim iskustvima. Vrste traumatskih događaja koji mogu izazvati nastanak PTSP-a su različite, a obuhvaćaju teške nezgode, prirodne katastrofe, kriminalne napade, ratne traume i nasilje nad civilima,

psihičko nasilje, seksualne napade, nasilje u kući i obitelji, fizičko zlostavljanje ili ozbiljno zanemarivanje u djetinjstvu, traumu povezanu s obavljanjem posla ili svjedočenje traumatskom događaju itd. PTSP se od ostalih anksioznih poremećaja razlikuje po tome što njegov nastanak ovisi o izloženosti traumatskom događaju i proživljavanju traumatskog iskustva, pa se iz tog razloga može definirati i kao odgođeni ili produljeni odgovor na stresogeni događaj ili situaciju koja može izazvati uznemirenost kod gotovo svake osobe. (Kozarić-Kovačić i sur., 2007).

Akutni stresni poremećaj (ASP) je anksioznim poremećajima u DSM-IV klasifikaciji pridodan kao dijagnostička kategorija i opisuje akutne posttraumatske stresne simptome: ponovno proživljavanje traumatskog iskustva, izbjegavanje i pojačanu aktivnost autonomnog živčanog sustava s izraženim disocijativnim iskustvima koja se javljaju neposredno nakon traumatskog doživljaja. Iako su PTSP i ASP sadržajem slični poremećaji, razlika između PTSP-a i ASP-a je u vremenu nakon traume u kojem se javljaju simptomi – dok u dijagnosticiranju ASP-a simptomi moraju trajati najmanje 2 dana do 4 tjedna, kod PTSP-a simptomi mogu biti akutni (traju manje od tri mjeseca) ili kronični (traju tri mjeseca ili više). Iako mnogi ljudi s ASP-om razviju PTSP, neke osobe s PTSP-om nemaju ASP, što se češće događa u osoba s odloženim PTSP-om. (Kozarić-Kovačić i sur., 2007).

3.2. Anksioznost kod djece predškolske dobi

Anksiozni poremećaji najčešći su poremećaji u djetinjstvu i obuhvaća 6-8% djece i adolescenata. Kao i kod strahova, dob pojavljivanja, tijek i ishod različiti su za različite anksiozne poremećaje. (Davidson i Neale, 1989). Kod djece predškolske dobi specifični su anksiozni poremećaj zbog separacije, socijalna anksioznost, poremećaj s pretjeranom anksioznošću i panični napadaji.

Emocionalna vezanost djeteta za majku je prva u nizu veza sa osobama značajnima u životu svake osobe. Kad dođe do nagovještaja prekidanja ili prekida ovih veza javlja se emocionalna reakcija u vidu straha od odvajanja koji može ostati u normalnim granicama, ali isto tako može doseći patološke razmjere i dovesti do paničnog poremećaja i drugih psihopatoloških manifestacija anksioznosti. Na pojavu separacijske anksioznosti utječe pretjerana briga i anksioznost majke koja na taj način pojačava separacijski problem kod djeteta i postavlja neadekvatan temelj za

izgradnju svih budućih emocionalnih odnosa. Ukoliko se to dogodi, velika je vjerojatnost da će dijete koje je odrastalo zaštićeno od mnogih razvojnih izazova i prijetnji postati ovisna osoba koja će isti takav stupanj zaštite i vodstva očekivati i od drugih osoba u svom životu. Stoga bi se proces separacije trebao odvijati u različitim razvojnim zadacima o čijem uspješnom ostvarenju ovisi oslobađanje djeteta od utjecaja roditelje i razvoja vlastitog iskustva. (Allen i Stoltenberg, 1995, prema Smojevar-Ažić, 1998).

Socijalna anksioznost je poremećaj za kojega je karakterističan pretjeran strah da će se osoba poniziti u socijalnoj situaciji, da će ju druge osobe negativno procijeniti ili da će ju druge osobe odbaciti. Za održavanje socijalne anksioznosti ključna su četiri procesa: povećana usmjerenost pažnje na sebe i percepcija sebe kao socijalnog objekta, korištenje sigurnosnih ponašanja u socijalnoj situaciji, anticipatorno procesiranje informacija kao i procesiranje nakon događaja te stvarni deficiti u izvođenju tijekom socijalne situacije koji su posljedica same anksioznosti. Kada se govori o socijalno povučenoj djeci, obično se radi o tihoj djeci koja izbjegavaju kontakte s vršnjacima i svim nepoznatim osobama bez obzira na godine, a zbog svoje povučenosti ne uspijevaju usvojiti vještine ni sudjelovati u aktivnostima koje predstavljaju ugodu za njihove vršnjake. Sudjelujući u aktivnostima i interakciji s ostalim ljudima, ova djeca primjenjuju negativne strategije suočavanja kao što su plakanje, izbjegavanje, pritužbe na tjelesne tegobe, puls im se naglo povećava i zamuckuju. (Beidel, 1992, prema Manzoni, 2006).

Panični napadaji kod djece često se promatraju i istražuju u svjetlu konstrukta anksiozne osjetljivosti. Wendy Silverman je 1991. godine konstruirala skalu anksiozne osjetljivosti za djecu na temelju istraživanja kojim se pokazalo da je anksiozna osjetljivost drukčiji koncept, ali povezan s anksioznošću, te da je opravdano koristiti ga u istraživanjima anksioznosti u dječjoj i adolescentnoj dobi. Reiss je nadopunio njena istraživanja sa tvrdnjom da povišene razine anksiozne osjetljivosti kod djece u dobi od 7 do 14 godina mogu biti pouzdan prediktor razvoja paničnog poremećaja u dobi od 16 do 30 godina. Autorica je u svrhu istraživanja napravila Indeks anksiozne osjetljivosti za djecu (Childhood Anxiety Sensitivity Index- CASI) koji predstavlja najčešće korištenu skalu u procjeni anksiozne osjetljivosti za djecu i adolescente. Skala sadrži 18 tvrdnji koje mjere anksioznu osjetljivost djeteta kroz njihovu procjenu nelagode i prijetnje uslijed javljanja anksioznih simptoma.

Reiss je smatrao da djeca već u dobi od 7 do 10 godina imaju oblikovana vjerovanja o tome što će se dogoditi kada postanu nervozna ili dožive neki stres, te da takva vjerovanja u budućnosti pridonose povećanoj zabrinutosti i pogrešnoj interpretaciji u stresnim situacijama.

Ta su istraživanja pokazala značajnu povezanost između anksiozne osjetljivosti i pojave paničnih poremećaja, te mogućnost prevencije anksioznih poremećaja ranom identifikacijom simptoma anksiozne osjetljivosti. (Vulić-Prtorić, 2006).

4. PRISTUPI U PREVENCIJI STRAHA I ANKSIOZNOSTI KOD DJECE

U tretmanu strahova i anksioznih poremećaja kod djece predškolske dobi značaj ima nekoliko bitnih činitelja kojima se može umanjiti ili spriječiti daljnji razvoj poremećaja. Ti činitelji su roditelji, odgajatelji, igra i medikamenti. Pritom bih roditelje izdvojila kao ključni činitelj, budući da roditelji svojim odgojem uvelike mogu utjecati na psihičko stanje djeteta. Igru bih izdvojila kao ključni pristup u prevenciji socijalnih fobija i anksioznosti budući da zahtijeva interakciju djeteta sa svojim vršnjacima ili putem terapije sa starijim osobama, konkretno, s terapeutom. Farmakoterapija i uporaba medikamenata zauzima posljednje mjesto u prevenciji strahova i anksioznost i samo u slučaju najtežih oblika poremećaja i u kombinaciji s drugim metodama od kojih je najčešća psihoterapija.

4.1. Roditelji

Budući da je obitelj primarna zajednica koja može uočiti pojavu straha i anksioznosti kod djeteta, roditelji bi trebali biti ti koji svjesno usvajaju načine na koje će dijete postati otpornije na neke kritične situacije. Brojni su načini u sprječavanju pojave poremećaja, kao i njihovoj prevenciji. Pritom treba na umu imati razvojnu dob djeteta kako bi se odabrao primjeren način u pomoći u suočavanju sa strahovima.

Roditelji bi trebali naučiti dijete kako da se samo smiri kada je uznemireno, a to znatno pojačava sigurnost djeteta u samog sebe. Umjesto osjećaja bespomoćnosti, samosmirivanje donosi prilagodljivost za dijete. Dijete je moguće učiniti manje osjetljivim na pojave koje ga uznemiravaju načelom desenzibilizacije. Ukoliko se dijete plaši neke situacije, načelo desenzibilizacije nalaže da ga se izlaže toj situaciji sve dok se dijete ne navikne. Ako dijete doživi izrazitu neugodu u nekoj situaciji, u njemu se vrlo rano može razviti osjećaj straha nakon kojega slijedi anksioznost. Razvojni strahovi i nemiri djetinjstva smatraju se normalnim dijelom odrastanja, a naučiti dijete kako svladati razvojne strahove spriječit će da se ti strahovi prošire na sve druge ljude, mjesta ili događaje. Strahovi koji se nastave i nakon dobi u kojoj ih većina vršnjaka preraste, vrlo vjerojatno će jačati i proširivati se i na ostale sfere djetetova života ukoliko se dijete s njima ne suoči. (Shapiro, 2002).

Roditelji bi trebali na miran i logičan način objasniti djetetu zašto su njegovi strahovi bezrazložni i u tom objašnjavanju predočiti mu činjenice, uvijek imajući na umu djetetovu razinu razumijevanja i jezične sposobnosti, a kako je mišljenje mlađe djece doslovno, u tome će najbolje poslužiti vizualni primjer. Metodom uvjeravanja bit roditelji mogu dijete uvjeriti u nešto i to je obično dovoljno za većinu razvojnih strahova. No, u praksi se pokazalo da roditelji koji previše uvjeravaju mogu samo pojačati djetetov strah, a pretjerano zaštićivanje predškolske djece od normalnih strahova oduzima im priliku da razviju vlastiti obrambeni mehanizam za suočavanje sa strahovima. Suočavanje sa zastrašujućim događajem pomaže samo ako se surađuje sa djetetom i slijede načela desenzibilizacije i samoostvarivanja, a ona nalažu da se dijete postupno izlaže strahu nakon čega se terapija nastavlja samo kada je dijete u potpunosti smireno i spremno za slijedeću razinu. Strah od odvajanja zahtjeva direktan pristup roditelja prema djetetu, odnosno da roditelj stvori mentalnu sliku o tome gdje je kada je odvojen od njega i što će raditi kada izađe iz kuće. (Shapiro, 2002).

Na pojavu straha i anksioznosti kod djeteta uvelike utječe strah roditelja koji dijete osjeti. Roditeljski strahovi posebno dolaze do izražaja pri kretanju djeteta u vrtić koju roditelji doživljavaju kao dramatičnu promjenu koja ih suočava s činjenicom da njihovo dijete ulazi u jedno novo razdoblje života. Pritom su roditelji skloni usporedbama s ostalom djecom pri čemu se često kao popratna pojava javlja strah. U pozadini uspoređivanja vlastitog s ostalom djecom leži zabrinutost roditelja da njihovo dijete možda nije dovoljno socijalno zrelo za vrtić. U tome je važna suradnja s odgojiteljima koji bi trebali podržati roditelje da se ne identificiraju sa slabostima svog djeteta i da mu pomognu pobijediti te strahove na miran način. Osim toga, roditelji se još boje neuspjeha vlastitog djeteta i straha od ocjenjivanja vlastitog djeteta, odnosno naglašavanja slabosti djeteta. Čim se spomene slabost djeteta, roditelji često reagiraju sažaljenjem kao nastojanjem da zaštite svoje dijete. Osim sažaljenja, javlja se i sram ukoliko se dijete uspoređuje s drugom djecom, te prihvaćanje krivnje za slabost vlastitog djeteta. Svi ovi navedeni strahovi, kao i njihovo osvješćivanje, važno je kako bi se prevenirali strahovi djeteta jer upravo su roditelji prvotni uzori djetetu. Priznavanje vlastitog straha djetetu neće naštetiti djetetu, upravo suprotno – neizgovoreni strahovi pod maskom vedrine i sreće, djetetu mogu nanijeti puno više štete. (Ennulat, 2010).

4.2. Odgajatelji

Ukoliko predškolsko dijete polazi na neki od predškolskih programa, roditelje kao autoritet im zamjenjuju odgajatelji. Oni potiču i usmjeravaju djecu umjesto roditelja, a svakodnevna interakcija između djece i odgojitelja obogaćuje njihov odnos pa je odgojitelj taj koji mora znati kako poticati odgoj djece. Kompetentan odgajatelj je onaj koji ima potrebna znanja i vještine usmjerene područjima razvoja djeteta, ali i imati razumijevanja za svako dijete pojedinačno. „Kompetencija nije samo usvajanje znanja i vještina, već sposobnost svjesnog, odgovarajućeg i odgovornog djelovanja i utjecanja na promjene u okolini i društvu, adekvatnim i učinkovitim metodama koje se stječu i osiguravaju odgojem i obrazovanjem, odnosno cijelo životnim učenjem.“ (Piršl, 2014). Pod tim se podrazumijeva i prepoznavanje dječjih emocija i njihovih izražavanja. Isto tako prostor, organizacija i stalnost odgajatelja, kao i osnovne dnevne rutine, pružaju djetetu osjećaj sigurnosti i važni su elementi u prevenciji straha. To je najvažnije u periodu adaptacije, a posebno za malu djecu, kada su strah od odvajanja i od nepoznatoga najizraženiji u sve djece.(B. Starc, A. Žižak, 2014). Autorice napominju kako razne aktivnosti i materijali za kreativno izražavanje pomažu djeci u prevladavanju i suočavanju sa strahom. Tako se djeca kroz likovno izražavanje mogu osloboditi straha, crtanjem ružnih ili lijepih snova, slikanjem ali i modeliranjem lijepih i ružnih maski i slično. Sredstvima za glazbeno i ritmičko izražavanje mogu otjerati vuka ili vještицu, lutkama koje grizu ili proždiru mogu se igrati i izmjenjivati uloge, čitajući slikovnice djeca sama mogu izmisliti kraj priče ili izmjeniti tijek priče. Dobro je sa djecom pričati o svojim strahovima, biti im model, te pričati priče o hrabrosti i iskustvima drugih ljudi.

Kao primjer aktivnosti za prevladavanje strahova kod djece predškolske dobi navodim igru za djecu od 5 godina na dalje. Igra se zove: *„ Dovrši rečenicu“* , a svrha joj je da omogući djetetu da se suoči sa svojim strahom i razgovara o njemu.

Primjer igre: Predlažemo djetetu da dovrši rečenice: „ Djeca se često boje.....“, „ Odrasli se često boje...“, „ Mame se često boje.....“ itd. U raspravi se zaključuje da se svatko katkada nečega boji i da se toga ne treba sramiti. Pritom se često događa da neki strahovi s odrastanjem nestaju, npr. Nijedna se odrasla osoba danas više ne boji

ostati sama kod kuće, a adolescenti to čak i vole pa se zatvaraju u svoje sobe.(O. Huhlaev, 2012).

U radu odgajatelja preporučuje se individualni pristup, a promatrajući dijete iz tog aspekta odgajatelj može uočiti znakove strahova i anksioznosti koje je teško prepoznati u tom razdoblju života. Emocionalna toplina, sigurnost i samopouzdanje smo su neke od osobina koje odgajatelj treba imati kako bi djetetu pomogao u prevenciji straha. Tjelesni kontakt (zaštita, grljenje, maženje), djetetu je najvažniji pokazatelj da ste vi osoba koja vodi brigu o njemu kada nema roditelja. Vaša pomoć u savladavanju nekog straha može za dijete biti presudno važna. (B.Starc, a. Žižak, 2014).

Prevenciju straha i anksioznosti kod djeteta predškolske dobi zahtijeva suradnju roditelja i odgajatelja. Temelji sposobnosti djelotvornog funkcioniranja u socijalnim kontekstima javljaju se u prvih pet do šest godina djetetovog života, a pozitivna komunikacija između roditelja i odgojitelja važna je zbog dobrobiti djece i njihovog socijalnog razvoja. Istraživanja vezana za socijalizaciju potvrdila su da rana interakcija djeteta s roditeljima, braćom i sestrama, a kasnije s odgojiteljima, vršnjacima, drugim odraslima te širom okolinom, u velikoj mjeri određuje razvoj socijalne ličnosti, odnosno način na koji će osoba funkcionirati u kasnijoj i odrasloj dobi. Odgojiteljima je ta činjenica važna, budući da odgojitelj vlastitim modelom ponašanja može djetetu pomoći u socijalizaciji. Razni su načini i mogućnosti poticanja i razvijanja socijalne kompetencije u djeteta predškolske dobi, a u pokušajima njezina poticanja bi trebali sudjelovati roditelji i odgojitelji zajedno, kako bi djeca nastavila koristiti isti obrazac ponašanja i djelovanja prema njima, odnosno u dječjem vrtiću i u svom domu. Roditeljima je potrebna obuka, savjetovanje, informiranje, i to u obliku seminara, radionica, igraonica i savjetovališta. Potrebno je također osigurati roditelju da se ne osjeća napadnutim ili kritiziranim u vezi s odgojem svoga djeteta. (Mlinarević i Tomas, 2010).

4.3. Igra

Igra je zapravo dječja realnost koja predstavlja najznačajniji put razvoja ličnosti djeteta, njegovu pripreme za odrastanje i kroz igru, a ako je ona pravilno vođena uz pomoć roditelja ili odgajatelja, dijete uči uspostavljati zdrave socijalne

kontakte, ponašati se na ispravan način u određenim situacijama i izbjegavati konflikte u kontaktima sa drugom djecom, a ukoliko i dođe do konflikata kako biti spremno riješiti konflikt na miran način. Djeca se putem igre socijaliziraju sa svojim vršnjacima kojima u igri izražavaju svoje strahove bez sudjelovanja odraslih. Pogotovo grupne igre u kojima se treba stvoriti neka opasna situacija mogu dovesti do jačanja socijalnih veza, budući da je upravo strah taj koji povezuje. (Ennulat, 2010).

Igra je za predškolsko dijete najprirodniji i najlakši način učenja zato što je ono u igri motivirano i emotivno angažirano. Važnost igre je upravo u njenoj sposobnosti da potpuno zaokupi djetetovu pozornost i koncentraciju, probudi maštu i kreativnost te stvori osjećaj neopterećenosti u radu. Kognitivna svojstva igre istraživao je Jean Piaget i on ju dovodi u vezu sa strukturom misaonih aktivnosti i kognitivnog razvoja. (Duran, 2003, prema Ćurko i Kragić, 2009). Osim socijalizacije igra pomaže djetetu upoznavanje vrijednosti raznih moralnih normi. U kontaktu s drugom djecom razvija se saznanje o značenju poštenja, istinoljubivosti i hrabrosti, a u igri s vršnjacima dijete stječe navike pozitivnog ponašanja.

Igra u terapijskom procesu pomaže smanjiti napetost – slobodnim kretnjama tijela, uranjanjem u simboličke sadržaje ne prijeteće realnosti kod djece se kao i svih ljudi izražavaju emocije i oslobađa negativna energija u tijelu čime se otpušta napetost, smanjuje strest i postiže umirujući i ublažavajući učinak. U terapijskoj igri otkrivaju se i prerađuju događaji i odnosi za koji su bolni afekti vezani i koji djetetu ne dopuštaju da krene dalje. Terapijska igra daje djetetu priliku da bolje shvati i izrazi svoje osjećaje i stekne tjelesno iskustvo koje ima jednoznačnu emotivnu podlogu i da se izrazi na nov, kreativan način. Terapijska situacija prema Bloomu (2006) treba osigurati toplu atmosferu u kojoj dijete može uživati u svojoj igri, razvijati svijest o svome tijelu, osjetiti svoje tijelo, mogućnosti i ograničenja, razgovarati o problemima koji ga muče, proraditi svoja iskustva, suočiti se s problemima i integrirati moguća rješenja, preuzimati odgovornost za svoje izbore i osvijestiti svoje zahtjeve i ciljeve.

Terapijski proces igre vođen je od strane stručne osobe, terapeuta. On mora biti stručan u ostvarivanju kontakta s djetetom kreiranjem ja-ti odnosa u kojemu su terapeut i dijete ravnopravni, neovisno o dobi i ulogama. Budući da je pacijent dijete, terapeut mora uvažavati nezrelost dječjeg ega i biti svjestan stupnja tolerancije kojeg dijete može podnijeti kako bi se uskladio sa djetetovim emotivnim stanjem. (Harley, 1986, prema Chethik, 2008).

Osnovne pretpostavke nedirektivne terapije igrom iznijela je Virginia Axline u knjizi „Play therapy“ (1947), u kojima terapeut treba: uspostaviti topao i prijateljski odnos s djetetom, prihvatiti dijete onakvo kakvo jest, uspostaviti osjećaj tolerancije u odnosu kako bi se dijete osjećalo slobodno da u potpunosti izrazi svoje osjećaje, budno pratiti i prepoznati osjećaje koje dijete izražava i reflektirati one osjećaje za koje procijeni da bi produbilo djetetov uvid u vlastito ponašanje, zadržavati duboko poštovanje prema djetetovoj sposobnosti da riješi vlastite probleme ako mu se da prilika za to i dati priliku djetetu da nosi odgovornost u donošenju odluka i prihvaćanju promjena, slijediti dijete i njegovu igru, ne požurivati proces terapije, postavljati samo ona ograničenja koja su potrebna da bi se terapiju zadržalo u realnom svijetu i kako bi se dijete učinilo svjesnim svoje odgovornosti u tom odnosu.
U terapiji igrom prepoznate su neke tehnike koje su se pokazale najučinkovitijima u svladavanju straha i anksioznosti kod djece: projekcijska tehnika pješčanika, igra s igračkama, marionete i slikanje.
Igra u pijesku je neverbalna i iracionalna forma terapije kojom se seže u preverbalni dio psihe. U tehnici pješčanika djeca kreiraju scene koristeći pijesak, vodu i figurice. Pijesak u tom slučaju pruža senzornu stimulaciju osjeta dodira, dobra je vježba za postavljanje granica (određene veličinom pješčanika u igraonici), dijete ima potpunu kontrolu u igri, potiče verbalnu i neverbalnu komunikaciju, daje djetetu priliku da razriješi traumu eksternalizirajući fantaziju na kreativan i način poznat djetetu, te potpomaže ispoljavanju emocija s kojima dijete teže stupa u kontakt. Pomoću figurica u pješčaniku dijete govori o svom unutarnjem svijetu na nekoj drugoj razini, a kada prisvoji projekciju, tada dolazi do integracije. Materijal koji terapeutu u ovoj tehnici koristi su: posuda sa pijeskom (pješčanik određenih dimenzija s dnom obojanim u plavo što simbolizira vodu) i mnoštvo malih figurica (ljudi, životinje, zgrade, biljke, prijevozna sredstva, simbolički objekti). Nakon što se tehnika prezentira djetetu, dijete izabere figurice s kojima će se igrati u pijesku i postavi figure (scenu) koja ne mora imati smisla ili koja predstavlja neki određeni događaj u njihovom životu. Tijekom postavljanja figurica terapeut priča minimalno, a nakon postavljanja figurica psihoterapeut traži da dijete opiše scenu-ispriča priču. Nakon toga se dijete identificira sa različitim figuricama i vodi dijalog s terapeutom. Budući da scena u pijesku nije statična kao primjerice crtež, omogućava djetetu pomicanje figurica tijekom razgovora. (Bloom, 2006).

Tehnika igre s igračkama posebno je učinkovita u terapeutskom radu s predškolskom djecom, budući da djeca mogu neke realne situacije „preslikati“ na igračke i time osvijestiti njihovo značenje. Igračke predstavljaju materijalni temelj igre koji oblikuje iskustvo djeteta, budi imaginaciju i usmjerava ponašanje prenoseći vrijednosti određenog doba. Dijete u igri odabire igračke kojima gradi „svoj svijet“, a nastali svijet potom se istražuje i u njemu razvija igra. Sam proces gradnje često rezultira emocionalnim rasterećenjem djeteta, što terapeutima pruža uvid u trenutno stanje i potrebe djeteta. Osim igračaka, postoje i drugi oblici tehnika igrom kao što je modeliranje plastelinom ili glinom. Glina se može koristiti na mnoge načine: za senzorno ostvarivanje kontakta, kao projektivna tehnika u fazi emocionalnog ispoljavanja, za emocionalno ventiliranje (agresija), te za osjećaj postignuća i umijeća. Rad sa glinom ima svoj odgojni i terapeutski cilj: odgojni ciljevi korištenja gline u radu s djecom potiču cjeloviti razvoj djeteta (zapažanje, vizualno pamćenje, razvoj mašte, mišljenje, emocije, samostalnost, finu motoriku šake), a kao terapeutski cilj naglašava se emocionalno opuštanje kroz stimulaciju osjeta, dodira i percepcije (gnječenje, valjanje, bacanje). (Gruden, 1996).

Tehnika igre marionetama omogućava izražavanje osobnosti i projekciju emocija, a uloge igraju i dijete i terapeut. Terapeut konstruira scenarij igre prema podacima iz djetetove prošlosti, a dijete bira ulogu koju će igrati. Igra marionetama sastoji se od tri faze:

1. zagrijavanje – u toj fazi terapeut se upoznaje s djetetom, a dijete bira priču koju će odigrati u lutkarskom kazalištu.
2. predstava – dijete predstavlja likove i započinje pričati priču, a terapeut glumi uzbuđenu publiku. Ukoliko je dijete jako inhibirano, terapeut mu pomaže, ali bez miješanja u sadržaj priče.
3. intervju s likovima i djetetom – terapeut postavlja pitanja djetetu i direktno razgovara o odglumljenoj priči kako bi provjerio da li dijete razlikuje priču od stvarnog života, koji mu je dio najdraži, koji bi bio naslov priče i na kraju saznati podsjeća li ga priča na neke situacije iz stvarnog života. (Gruden, 1996).

Tehnika igre crtanjem služi za izražavanje djetetovih potreba, misli i osjećaja. Dječji crteži u psihologiji se najčešće koriste kao indikatori intelektualnoga razvoja djeteta te opće i emocionalne prilagođenosti djeteta, a uglavnom se temelje na dječjim crtežima ljudske figure. Istraživanja su pokazala da nesigurna i anksiozna djeca crtaju male figure, a kod anksiozne djece učestalo je i sjenčanje tijela. Analizom

dječjih crteža i razgovorom s djetetom, terapeut može utvrditi razinu anksioznosti, a zatim tehnikom crtanja poticati komunikaciju, svjesnost i kreativnost. (Skybo i sur., 2007. prema Sambolek i sur., 2010).

4.4. Farmakoterapija i psihoterapija

Prevencija anksioznih poremećaja kod djece uključuje psihofarmakološko liječenje ukoliko se strah i anksioznost ne mogu izliječiti drugim metodama. Još uvijek su relativno ograničena istraživanja o uporabi antidepresiva u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji, iako određena istraživanja idu u korist uporabe određenih skupina antidepresiva u liječenju depresivnih poremećaja kod ove specifične populacije. U liječenju straha i anksioznosti kod predškolske djece koriste se antidepresivi koji se nazivaju selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI) i koriste se kao antidepresivi prvog izbora zbog dobre podnošljivosti i malog broja nuspojava, pa ih tako mogu propisivati i liječnici primarne zdravstvene zaštite. Lijekovi koji se koriste u liječenju anksioznosti utječu na disbalans neurotransmitera u nekim dijelovima mozga i na taj način biološki smanjuju simptome bolesti. (Folnegović-Šmalc, 2016).

Od psihoterapijskih pristupa prevenciji anksioznih poremećaja i straha najviše se koriste kognitivno-bihevioralna i psihodinamska terapija. Kognitivno bihevioralna terapija zasnovana je na činjenici da čovjekove misli uzrokuju njegova osjećanja i ponašanja, a ne vanjske stvari same po sebi, pa u tom smislu kognitivno bihevioralna terapija pomaže djeci da otkriju koji im načini razmišljanja ne koriste i kako ih promijeniti. Njihova primjena u radu s anksioznom djecom se temelji na mišljenju da anksiozno dijete ima iskrivljenu percepciju sebe, svijeta oko sebe i budućnosti, a nedostaju mu i socijalne vještine u komunikaciji s drugima. (Birmaher i Brent, 1998). Psihodinamska terapija nešto se rjeđe koristi u radu s djecom, budući da su za nju potrebni motivirani pacijenti koji su sposobni podnijeti povećanu anksioznost koju terapija može pobuditi, a djeca predškolske dobi često nisu u stanju tako nešto podnijeti. Koristi se u prevenciji anksioznosti ukoliko kognitivno bihevioralna terapija nije dala željene rezultate. (Kaplan i Sadock 1998).

5. GENERLIZIRANI STRAH I FOBIJE

Dva su klinički prepoznatljiva podtipa socijalnog anksioznog poremećaja: generalizirani (strah od širokog spektra socijalnih situacija) i specifični (strah od jedne ili nekoliko specifičnih socijalnih situacija). Pošto je u ovom radu nešto ranije spomenut generalizirani strah, u ovom dijelu rada nešto će više biti riječi o generaliziranom anksioznom poremećaju koji se često javlja kao nusprodukt generaliziranog straha. Ostali nazivi za generalizirani anksiozni poremećaj su anksiozna neuroza, anksiozna reakcija i anksiozno stanje.

Najprije treba nešto reći o dijagnosticiranju poremećaja. Generalizirani anksiozni poremećaj se pod istim nazivom opisuje u dva najpoznatija klasifikacijska sustava, MKB-10 i u DSM-IV. Međutim, razlike u dijagnostičkim kriterijima su dosta velike, što uvelike utječe i na epidemiološke razlike, pošto je obuhvat oboljelih prema DSM-IV značajno manji nego prema MKB-10.

MKB-10 smatra da je osnovni simptom za postavljanje dijagnoze poremećaja generalizirana i stalno prisutna anksioznost bez prepoznatljivog povoda, nije ograničena i slobodno je fluktuirajuća. Simptomi takve anksioznosti najčešće se očituju kroz tjelesne znakove: drhtanje, mišićnu napetost do bolnosti, strah od nesvjestice, vrtoglavice i epigastričnih tegoba, intenzivnih strahova za članove obitelji. Kako bi se dijagnosticirao poremećaj, simptomi moraju biti prisutni većinu dana "od najmanje nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci". Osim navedenih tjelesnih znakova trebaju biti prisutni i slijedeći simptomi: smetnje koncentracije, osjećaj da su na rubu pameti, drhtanje, povećana aktivnost vegetativnog sustava, nemogućnost opuštanja i glavobolje. Prema DSM-IV klasifikaciji također se za dijagnozu traži prisutnost pretjerane anksioznosti ili zabrinutosti koja traje većinu dana, ali trajanje mora biti "zadnjih 6 mjeseci". Uz anksioznost moraju biti prisutna najmanje 3 od slijedećih simptoma u trajanju od najmanje 6 mjeseci: nemir ili napetost ili osjećaj da je na rubu živaca, lako umaranje, smetnje koncentracije, razdražljivost i poremećaji spavanja. Fokus anksioznosti ili zabrinutosti time se razlikuje od fokusa drugih anksioznih poremećaja: paničnog napada, socijalne fobije, opsesije ili kompulzije ili neke druge manifestacije anksioznog poremećaja.

Potrebno je imati na umu da se generalizirani anksiozni poremećaj javlja kod djece i adolescenata, a za razliku od odraslih nisu sposobni opisati svoje stanje. Anksioznost i strepnja često se pojavljuje uz smetnje pažnje i neuspjeha u školi pri čemu je

anksioznost dugotrajna, gotovo svakodnevna i onesposobljavajuća u svim područjima djetetova života. Iako se smatra da se poremećaj kod djece javlja rjeđe, ima i mišljenja da je rjeđe prepoznat, a da je u praksi zapravo dosta čest. Poremećaj se samostalno relativno rijetko dijagnosticira, pošto je obično u komorbiditetu s ostalim poremećajima, a posebno velikim depresivnim poremećajem što predstavlja visoki rizični faktor za suicidalnost ukoliko se ne spriječi na vrijeme kod djeteta predškolske dobi. (Folnegović-Šmalc, 2016).

6. ZAKLJUČAK

Strahovi su uz ostali spektar ljudskih emocija sasvim prirodna pojava kod svih ljudi. Kao što sve počinje i utemeljuje se u ranom djetinjstvu, tako su i strahovi prisutni od najranije djetetove dobi, a prate gotovo sve faze čovjekovog života. Svaka razvojna faza nosi svoje strahove i vrlo je važno se s njima nositi. Dok neka djeca vrlo lako prolaze kroz razvojne faze strahova, druga djeca imaju više problema s njihovim prerastanjem.

U ovom radu prikazane su vrste strahova i anksioznosti specifične za predškolsku dob. Pritom bih kao najčešće vrste strahova kod djece predškolske dobi izdvojila socijalni strah i strah od odvajanja koji se posebno manifestiraju kod djeteta prilikom početka pohađanja vrtića, a javljaju se kao popratna pojava odvajanja od roditelja. Ukoliko se strahovi ne prihvate kao sastavni dio života, oni mogu prerasti u anksioznosti čiji se simptomi manifestiraju na tjelesnom, emocionalnom, kognitivnom i bihevioralnom području ljudskog djelovanja. Sve češći su anksiozni poremećaji kod predškolske djece stoga je u njihovoj prevenciji potrebna suradnja roditelja i stručnih osoba. Posebno je bitna uloga roditelja u ranom prepoznavanju simptoma anksioznih poremećaja. Isto tako, roditelji bi trebali ukazati djetetu na prisutnost straha te mu pokazati načine za suočavanje s njima, umjesto da se dijete odmalena navikava na izbjegavanje straha. Strah u tom slučaju ostaje neispoljen, a znatno teže posljedice pojavljuju se kasnije u djetetovom životu. Prikazani su i terapijski pristupi u prevenciji straha i anksioznosti, od kojih je za djecu predškolske dobi najvažnija terapija igrom u kojoj je dijete motivirano i emocionalno angažirano, a i socijalizirano s drugom djecom. Terapija medikamentima u kombinaciji s psihoterapijom češće se koriste s odraslim pacijentima, ali i kod djece u težim slučajevima.

LITERATURA

Axline, V.M. (1947), *Play therapy*, Cambridge, MA: Houghton Mifflin.

Birmaher B. i Brent D. (1998). Practice parameter for assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 10, 635-835.

Bloom, R. (2006), *The Handbook of Gestalt Play Therapy: Practical Guidelines for Child Therapists*, Jessica Kingsley Publishers.

Chethik, M., (2008), *Tehnike u dječjoj terapiji*, Zagreb: Allinea.

Ćurko, B., Kragić, I.(2009). Igra – put k multidimenzioniranom mišljenju, Na tragu filozofije za djecu, *Filozofska istraživanja* 29,2, 303-310.

Davidson, G.C. i Neale, J.M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, Jastrebarsko: Naklada Slap.

Ennulat, G. (2010). *Strahovi u dječjem vrtiću*, Split: Harfa.

Huhlaev, O. (2012). *Škrinjica s blagom za dječju dušu*, Zagreb: Planet zoe

Folnegović-Šmalc, V. (2016). *Generalizirani anksiozni poremećaj*, http://www.cybermed.hr/clanci/generalizirani_anksiozni_poremecaj (pristupljeno 11.11.2016.)

Gruden, V. (1996). *Autogeni trening: vježbom do sreće*, Zagreb: Erudit.

Kaplan H.I, Sadock B.J (1998). *Priručnik kliničke psihijatrije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Keresteš, G., Urli, A., Žužul, M. (1992). *Rat i dječji strahovi*. Zagreb: Ministarstvo obrane Republike Hrvatske.

Kozarić-Kovačić, D., Kovačić, Z., Rukavina L. (2007). Posttraumatski stresni poremećaj, *Medix : specijalizirani medicinski dvomjesečnik* 13, 71, 102-106.

Manzoni, M.,(2006), *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*, Jastrebarsko: Naklada Slap.

Nikić, M. (1994). Psihologija straha, *Obnovljeni život: časopis za filozofiju i religijske znanosti* 49, 1, 43-66.

Ollendick T.H., Ollendick D.G. (1997). General worry and anxiety in children, *Psychotherapy*
in Practice, 3, 89-102.

Poulton R., Trainor P., StantonW., McGee R., Davies S., Silva P. (1997). The (in)stability
of adolescent fears, *Behavior Research and Therapy*, 35, 159-163.

Reiss S. (1991). Expectancy theory of fear, anxiety and panic, *Clinical Psychology Review*,
11, 141-153.

Riemann, F. (2002). *Temeljni oblici straha: studija iz dubinske psihologije*, Jastrebarsko: Naklada slap.

Sambolek, A., Flander-Buljan G., Krmek M., (2010). Analiza dječjih crteža ljudske figure i usporedba s roditeljskim procjenama dječjega ponašanja, *Napredak : časopis za pedagogijsku teoriju i praksu* 151, 2, 291-311.

Shapiro, L. E. (2002). *Malo prevencije: kako roditelji mogu spriječiti probleme u ponašanju i emocionalne probleme djece*, Zagreb: Mozaik knjiga.

Starc, B. i Žižak, A. (2014). Plašljivost, ur. Mirjana Milanović i sur., *Pomozimo im rasti*, 257-263. Zagreb: Golden Marketing.

Smojevar-Ažić, S. (1998), *Proces separacije-individualizacije adolescenata: Prikaz upitnika*, Rijeka: Filozofski fakultet u Rijeci.

Štrkalj-Ivezić, S., Folnegović Šmalc, V., Mimica N. (2007). Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja, *Medix : specijalizirani medicinski dvomjesečnik* 13, 71, 56-58.

Vulić-Prtorić, A. (2002). Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji, *Suvremena psihologija* 5, 2, 271-293.

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

Zlotowicz, M. (1982). *Strahovi kod dece*, Beograd : Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

KRATKA BIOGRAFSKA BILJEŠKA

Zovem se Ljiljana Rožmarić rođena sam 28. veljače 1977 godine u Zagrebu. Srednju poljoprivrednu školu u Zagrebu maturirala sam 1995. godine, nakon čega sam upisala Agronomski fakultet u Zagrebu kojeg, na žalost, nisam završila. Nakon dugo godina rada u vrtiću kao pomoćno osoblje, intenzivnije sam se zainteresirala za predškolski odgoj i to me potaklo da upišem Učiteljski fakultet. Imam osnovno informatičko znanje, a od jezika se koristim engleskim u čitanju, pisanju i govoru.