

# Simptomi depresivnosti i anksioznosti kod djece

---

Šaronja, Isabel

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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:147:538647>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-14**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
UČITELJSKI FAKULTET  
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

ISABEL ŠARONJA  
SIMPTOMI DEPRESIVNOSTI I ANKSIOZNOSTI KOD DJECE  
ZAVRŠNI RAD

Čakovec, studeni, 2023.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
UČITELJSKI FAKULTET  
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

ISABEL ŠARONJA  
ZAVRŠNI RAD

SIMPTOMI DEPRESIVNOSTI I ANKSIOZNOSTI KOD DJECE

Mentor rada: doc. dr.sc. Tea Pahić

Čakovec, studeni, 2023.

# Sadržaj

SAŽETAK .....	5
SUMMARY .....	6
1. UVOD .....	1
2. OPĆENITO O DEPRESIJI .....	2
2.1. Povijest depresije .....	2
2.3. Vrste depresivnog poremećaja .....	3
3. Depresija kod djece .....	6
3.1. Povijesna perspektiva depresije kod djece .....	6
3.2. Etiologija depresije kod djece .....	6
3.3. Simptomi depresije kod djece .....	7
3.4. Dijagnostička procjena .....	7
3.5. Prepoznavanje depresije kod djece prema dobi .....	8
3.6. Tipovi depresije kod djece .....	9
3.7. Komorbiditet .....	9
3.8. Razvoj depresije i klinička slika depresije kod djece .....	9
3.9. Procjena depresije .....	10
3.10. Tretman depresije .....	11
4. ANKSIOZNOST .....	13
4.1. Simptomi anksioznosti .....	13
4.2. Faktori rizika za razvoj anksioznosti .....	15
4.3. Vrste anksioznog poremećaja .....	16
5. ANKSIOZNOST KOD DJECE .....	18
5.1. Etiologija .....	18
5.1.1. Psihoanalitička teorija neuroza .....	18
5.1.2. Biheavioralna teorija .....	18
5.2. Interpersonalni kontekst: internalizacija i obitelj .....	19
5.3. Komorbiditet .....	19
5.4. Klasifikacija anksioznih poremećaja kod djece .....	20
5.4.1. Anksiozni poremećaj zbog separacije .....	20
5.4.2. Poremećaj s pretjeranom anksioznošću .....	20
5.5. Procjena .....	21
5.6. Klinička slika i dijagnoza .....	22
5.7. Liječenje .....	23
6. ZAKLJUČAK .....	24



## SAŽETAK

Svrha ovog rada je objasniti dva najčešća psihička poremećaja u životu ljudi, a to su depresija i anksioznost. Depresija i anksioznost su sve zastupljeniji psihički poremećaji u životu ljudi. Donedavno se smatralo da od depresije mogu bolovati samo odrasle osobe, no istraživanja su pokazala da od depresije pati sve veći broj djece.

Simptomi depresije dijele se u četiri skupine, a to su: emocionalni, tjelesni, kognitivni i bihevioralni, a neki od najčešćih simptoma su tuga, neraspoloženje, žalost, utučenost, bespomoćnost i suicidalne misli. Depresija se javlja u komorbiditetu s drugim psihičkim poremećajima, najčešće anksioznosti.

Anksioznost ima adaptivnu svrhu, no ukoliko se javlja svakodnevno u životu neke osobe i ometa normalno funkcioniranje, tada postaje poremećaj. Anksioznost karakteriziraju tjeskoba, strah, nelagoda, uznemirenost i tjelesni simptomi kao što su: ubrzan rad srca, otežano disanje, mučnina i sl.

Kada se depresija i anksioznost prepoznaju na vrijeme, moguće ih je izliječiti ili spriječiti njihov daljnji razvoj.

Ključne riječi: djeca, depresija, anksioznost, simptomi, liječenje

## **SUMMARY**

The purpose of this paper is to explain the two most common psychological disorders in people's lives, namely depression and anxiety. Depression and anxiety are increasingly common psychological disorders in people's lives. Until recently, it was thought that only adults could suffer from depression, but research has shown that an increasing number of children suffer from depression.

Symptoms of depression are divided into four groups, namely: emotional, physical, cognitive and behavioral, and some of the most common symptoms are sadness, low mood, grief, depression, helplessness and suicidal thoughts. Depression occurs in comorbidity with other psychological disorders, most often anxiety.

Anxiety has an adaptive purpose, but if it occurs daily in a person's life and interferes with normal functioning, then it becomes a disorder. Anxiety is characterized by anxiety, fear, discomfort, restlessness and physical symptoms such as: rapid heartbeat, difficulty breathing, nausea, etc.

When depression and anxiety are recognized in time, it is possible to cure them or prevent their further development.

Key words : children, depression, anxiety, symptoms, treatment

# 1. UVOD

Postoje dva širokopojasna sindroma ponašanja ili osobina, a to su internalizirani i eksternalizirani poremećaji. Depresija i anksioznost spadaju među internalizirane poremećaje, odnosno poremećaje pretjerano kontroliranog ponašanja. Pretjerano kontrolirana ponašanja stvaraju više problema djetetu, nego osobama koje ga okružuju. Osobe koje imaju ovaj poremećaj manifestiraju strahove, napetost, sramežljivost, osjećaj nevoljenosti, inferiornost, i tugu. Tri najčešća problema koja su nerijetko prisutna kod djece su strahovi u djetinjstvu, socijalna povučenost i depresivnost, a ove poremećaje prati visok stupanj anksioznosti (Lebedina Manzoni, 2006).

Depresija je normalan fenomen koji doživljava većina ljudi (Wenar,2003). Nakon neuspjeha u postizanju nekog cilja ili gubitka voljene osobe, potištenost, očajanje, gubitak apetita, umor, osjećaj bezvrijednosti i beznađa su očekivane reakcije. Depresija u dječjoj dobi, slična je onoj u odrasloj dobi, sadrži promjene u četiri područja: raspoloženju, motivaciji, tjelesnom i motoričkom funkcioniranju te spoznaji (Wenar, 2003). Dijete se osjeća tužno, plače, ne pokazuje zanimanje za igru, gubi apetit, ima nejasne somatske tegobe te očekuje neuspjeh (Kovac i Beck, 1997; prema Wenar, 2003). Prvi puta 1971. godine depresija je priznata poremećajem od strane europskih dječjih psihijatra. Djeca ne mogu i ne znaju verbalno izraziti svoje emocionalno stanje te je zbog toga depresija jedan od najčešće neprepoznatljivih i neliječenih problema mentalnog zdravlja (Boričević, Mršanić i sur.,2016).

Anksioznost ili osjećaj tjeskobe, strepnje, straha, uznemirenosti i zabrinutosti je iskustvo koje svatko u životu iskusi. Prema Poljak i Begić (2016.) anksioznost se smatra osnovnom ljudskom emocijom koja je normalna reakcija na opasnost. Anksiozni poremećaji su najčešći poremećaji u dječjoj i adolescentnoj dobi, a često dolaze u komorbiditetu s ostalim poremećajima, najčešće depresijom. Posljedice anksioznih poremećaja vide se na djetetu, obitelji i okolini. Ona se manifestira emocionalnim, kognitivnim, bihevioralnim i tjelesnim simptomima (Poljak, Begić, 2016.)



## 2. OPĆENITO O DEPRESIJI

Depresija dolazi od latinske riječi deprimere što znači potisnuti. Najčešće se javlja kao primarni poremećaj, ali može se javiti u kombinaciji s anksioznošću, zlouporabom sredstava ovisnosti i poremećajem osobnosti (Karlović, 2017). Procjenjuje se da u svijetu 350 milijuna ljudi, različitih dobnih skupina boluje od depresije. Simptomi depresije se očituju kroz emocionalne, kognitivne i somatske smetnje (Lepeduš i sur., 2017). Prema DMS – V (Wick-Nelson, Israel, 2021.) depresija je poremećaj raspoloženja koji karakteriziraju simptomi tužnog, praznog ili razdražljivog raspoloženja praćenog somatskim i kognitivnim promjenama. Poremećaji raspoloženja se opisuju kao unipolarni ili bipolarni. Kod unipolarnog raspoloženja doživljava se jedno raspoloženje, najčešće depresija, a kod bipolarnog se doživljavaju dva raspoloženja, depresija i manija. U DSM-u-5 depresija i manija se opisuju kao dva zasebna poremećaja, ali postoji povezanost između njih. Povezanost tih dvaju poremećaja označava potencijalnu prisutnost miješanih depresivnih i maničnih simptoma (Wick – Nelson, Israel, 2021).

Depresija se može javiti kao simptom, sindrom ili kao samostalni entitet (Karlović, 2017). Bitno je razlikovati depresivni simptom od depresivnog sindroma. Simptom depresije je različitiji od tuge i tužnog raspoloženja jer je ono patološko raspoloženje, dok je sindrom kombinacija psihičkih, psihomotornih i somatskih simptoma koji se manifestiraju različitim intenzitetom.

### 2.1. Povijest depresije

Depresija je najranije opisana bolest u povijesti, zbog toga se kaže da je stara koliko i samo čovječanstvo. Promjene raspoloženja u obliku depresivnog ili bipolarnog poremećaja spomenute su u Ebersovu papirusu, 3000 godina prije naše ere (Karlović, 2017). Hipokrat je opisao melankoliju kako danas nazivamo depresiju. Melankolija dolazi od starogrčkih riječi „melas“ što znači crna i „khole“ što znači žuč, a kao glavne simptome naveo je strah i bezvoljnost (Karlović, 2017). Depresiju se dugo promatralo u psihoanalitičkim krugovima, a baza je bila Freudov članak „Tugovanje i melankolija“. Freud je smatrao da je uzrok melankolije ljutnja okrenuta prema unutra, zbog gubitka voljene osobe, odbijanja ili zbog smrti (Karlović, 2017).

## 2.2. Simptomi depresije

Simptomi kod depresivne osobe obuhvaćaju psihičke, psihomotorne i somatske simptome. Tipični simptomi depresije su: depresivno raspoloženje, gubitak interesa i zadovoljstva, pojačano zamaranje, promjene u apetitu, promjene u spavanju, osjećaj krivnje, smanjeno samopoštovanje, predbacivanje samom sebi i suicidalne misli (Karlović, 2017). Osobe koje pate od depresije imaju promjene u apetitu koje variraju od smanjenja apetita ili prejedanja, odnosno dolazi do naglog mršavljenja ili debljanja. Neki bolesnici ne mogu zaspati, kratko spavaju i rano se bude, dok drugi previše spavaju. Zbog gubitka interesa i zadovoljstva u svakodnevnim aktivnostima, osobe koje boluju od depresije mogu izgledati zapušteno jer ne brinu o svome izgledu i higijeni. Često se žale na osjećaj tuge, nemaju volje ni za čime i pesimistični su (Karlović, 2017).

## 2.3. Vrste depresivnog poremećaja

U dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, peto izdanje (DSM – 5; prema Wick-Nelson, Israel, 2021.) spominju se tri vrste depresivnog poremećaja.

Vrste depresivnog poremećaja:

- Veliki depresivni poremećaj
- Perzistentni depresivni poremećaj (distimija)
- Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja.

Veliki depresivni poremećaj je primarna kategorija za definiranje depresije, a karakterizira ga prisutnost jedne ili više depresivnih epizoda.

Simptomi :

- depresivno ili razdražljivo raspoloženje
- gubitak interesa ili uživanja
- promjene u tjelesnoj težini ili apetitu
- problemi sa spavanjem

- motorička agitacija ili usporenost
- umor ili gubitak energije
- osjećaji bezvrijednosti ili krivnje
- teškoće u razmišljanju, koncentriranju ili donošenju odluka
- misli o smrti ili suicidalne misli/ ponašanja.

Za dijagnosticiranje velikog depresivnog poremećaja prema DMS-5 zahtjeva se da bude prisutno pet od navedenih simptoma, od kojih jedan mora biti depresivno ili razdražljivo raspoloženje, gubitak interesa ili uživanja, a simptomi moraju biti prisutni dva tjedna i uzrokovati kliničku patnju ili oštećenje u važnim područjima funkcioniranja (Wicks – Nelson, Israel, 2021).

Perzistentni depresivni poremećaj (distimija) je poremećaj kod kojeg je prisutan velik broj simptoma velike depresivne epizode u blažem obliku, ali kroničnijeg tijeka. Simptomi perzistiraju duži vremenski period, depresivno raspoloženje prisutno je najmanje godinu dana do dvije uz dva ili više simptoma ( Wicks – Nelson, Israel, 2021).

Simptomi :

- depresivno ili razdražljivo raspoloženje
- slab apetit ili prejedanje
- problemi sa spavanjem
- manjak energije ili umor
- gubitak samopoštovanja
- problemi koncentracije ili donošenje odluka
- osjećaj beznađa.

Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja je simptom perzistirajuće razdražljivosti i učestalih izljeva srdžbe. Srdžba i razdražljivo raspoloženje prisutno je veći dio dana. Ovi simptomi se javljaju prije 10. godine života, a dijagnoza nije namijenjena za djecu prije 6. godine života i nakon 18. godine života (Wicks- Nelson, Israel, 2021).

### **3. Depresija kod djece**

#### *3.1. Povijesna perspektiva depresije kod djece*

Opisi depresije kod djece pojavljuju se već u 17. stoljeću, ali do 1960. godine sumnjalo se u postojanje depresije kod djece (Kocijan-Hercigonja, Hercigonja- Novković, 2004). Ortodoksna psihoanalitička perspektiva je bila dominirajuće gledište u kliničkom radu s djecom, a prema toj perspektivi depresija se smatra fenomenom funkcije superega i zrelog ega. Superego je djelovao kao kažnjavatelj ega i zbog toga je nastala depresija. Depresiji u djetinjstvu je posvećeno malo pažnje jer se smatralo da superego nije dovoljno zreo da bi kaznio ego (Wicks-Nelson, Israel, 2021). Depresivna stanja adolescenata i djece zauzela su važno mjesto u dječjoj psihopatologiji godine 1970., nakon Četvrtog europskog pedopsihijatrijskog kongresa u Stockholmu. Američki autori su 1977. godine naveli rezultate istraživanja Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje u SAD-u prema kojima se depresivna stanja kod adolescenata i djece mogu dijagnosticirati uporabom istih kriterija kao i kod dijagnosticiranja depresije odraslih (Kocijan Hercigonja, Hercigonja Novaković, 2004).

#### *3.2. Etiologija depresije kod djece*

U etiologiji depresije sudjeluju biološki čimbenici, ličnost i okolinski čimbenici. Biološki čimbenici uključuju gensko nasljeđe, odnosno geni čine osobu sklonijom da na stresne događaje reagira depresivnim simptomima (Rudan, Tomac, 2009). Genetski čimbenici uključuju temperament, kognitivne stilove i reabilnost na stres (Wicks – Nelson, Israel, 2021). Negativni kognitivni stil naglašen je kao čimbenik ličnosti koji je mogući uzrok depresije. Osobe s negativnim kognitivnim stilom imaju iskrivljenu sliku o sebi, svijetu i budućnosti, što rezultira beznađem i depresijom. U okolinske čimbenike spadaju zlostavljanje, zanemarivanje, stresni životni događaji i obiteljska disfunkcija (Rudan, Tomac, 2009). Odnos roditelj- dijete također utječe na etiologiju depresije, studije kod odraslih osoba koje boluju od depresije upućuju na to da značajan utjecaj imaju rani odnosi, ponajviše odnosi majke s djetetom. Narušeni odnosi u obitelji rezultiraju niskim samopouzdanjem (Kocijan Hercigonja, Hercigonja Novković). Djeca depresivnih roditelja imaju povećan rizik od razvoja psihičkih poremećaja, također imaju kognitivne i emocionalne probleme, najviše imaju problema sa separacijom (Wicks – Nelson, Israel, 2021).

### *3.3. Simptomi depresije kod djece*

Prema Boričević Maršanić i sur. (2016.) simptomi depresije kod djece su :

- iritabilno, hirovito raspoloženje, povećana plačljivost, izostanak doživljaja sreće, ljutnja, jaki izljevi bijesa pri minimalnim podražajima
- osjećaj dosade, gubitak interesa za igru, napuštanje ugodnih aktivnosti
- nemogućnost postizavanja očekivane težine
- promjene u spavanju, odbijanje jutarnjeg buđenja ili rano jutarnje buđenje
- poteškoće mirovanja, izdržavanja sjedenja, stalno koračanje ili naglašena usporenost
- stalan umor, osjećaj „lijenosti“ ili „niske energije“
- smanjenje motivacije i koncentracije
- izjave „Niko me ne voli, svi me mrze, glup sam“, beznade, samokritičnost, okrivljavanje sebe
- razmišljanja i pričanje o smrti, pisanje i crtanje o smrti, darivanje omiljenih stvari i igračkaka
- somatske pritužbe
- bježanje od kuće
- pretjerana osjetljivost na odbacivanje, socijalna izolacija, poteškoće u odnosima

### *3.4.. Dijagnostička procjena*

Simptom depresije se navodi kao dio normalnog razvoja svakog djeteta, a razumijevanje iste je složen zadatak . Odrasli se osjećaju potišteno i tužno, a djeca razdražljivo. Razdražljivost je jedina iznimka prilikom dijagnosticiranja depresije kod djece i adolescenata u odnosu na dijagnosticiranje depresije kod odraslih. Najkraće trajanje za postavljanje dijagnoze depresije kod djece je godinu dana (Kocijan Hercigonja, Hercigonja Novaković, 2004).

Empirijski pristup temelji se na korištenju statističkih tehnika kako bi se utvrdila povezanost obrazaca ponašanja. Roditelj ili neki drugi ispitanik označuje prisutnost određenih ponašanja

kod djeteta ili adolescenata, nakon toga podaci se kvantificiraju. Podaci se prikupljaju za velik broj djece i zatim se primjenjuju statističke tehnike, kao što je faktorska analiza. Faktorskom analizom se identificiraju skupine čestica koje se učestalo pojavljuju zajedno, a te skupine se nazivaju faktori ili klasteri. Sindrom je pojam koji se koristi kako bi se opisala ponašanja koja se često pojavljuju zajedno. Djeca i adolescenti pokazuju sklop depresivnih simptoma neovisno o zadovoljavanju DSM kriterija za poremećaje raspoloženja. Ovaj pristup ima smisla jer nije jasno jesu li vrijednosti iz dijagnostičkih kriterija najbitniji (Wick – Nelson, Israel, 2021).

Najtočnija metoda za procjenu je klinički intervju, a osim toga koristi se i Lista za označavanje ponašanja (Child Behavior Checklist). Korisno je procijeniti roditelje, obitelj i socijalnu okolinu. Tijekom evaluacije potrebno je procijeniti postojanje kratkotrajnih hipomaničnih simptoma jer uzimanje antidepresiva može dovesti do pojačanja manije (Rudan, Tomac, 2009).

Vrlo važno je da se intervju s djetetom ili adolescentom obavi odvojeno od skrbnika zbog točnosti informacija o depresivnim simptomima. Mjerne skale mogu pomoći u dobivanju dodatnih informacija o simptomima, ali ne treba se oslanjati samo na njih. Bitan dio procjene depresije je procjena suicidalnosti. Roditelje, djecu i adolescente trebalo bi ispitati o prisutnosti rizičnih faktora, kao što su dostupnost oružja, velike količine lijekova ili drugih potencijalnih metoda suicida. Potrebno je napraviti fizički pregled te laboratorijske pretrage za isključivanje drugih medicinskih uzroka depresije (Rudan, Tomac, 2009).

### *3.5. Prepoznavanje depresije kod djece prema dobi*

Kod djeteta do treće godine života, može se javiti anaklitička depresija. Dijete ima tužan izraz lica, oskudno plače, usporeno se kreće ili je hiperaktivno, ne sudjeluje u igri i ima manjak socijalne zainteresiranosti, razdražljivo je, ima problema s hranjenjem i spavanjem, vezivanjem ili separacijski strah.

U predškolskoj dobi oko 70% depresije se najčešće manifestira kroz tjelesne simptome, poput bolova, vrtoglavice i umora. Depresija se javlja u komorbiditetu s anksioznošću, fobijom, psihomotornim nemirom, razdražljivošću, gubitkom apetita i problema sa spavanjem. Uživanje u igri ili u pohađanju vrtića se smanjuje ili nestaje, također se mogu javiti enureza i enkopreza. (Boričević Maršanić i sur, 2016).

### *3.6. Tipovi depresije kod djece*

Prema Borčević i sur. (2016.) možemo razlikovati nekoliko tipova depresije kod djece.

- Klasična
- Somatska
- Razdražljiva
- Atipična.

Kliničku depresiju je najlakše prepoznati jer je slična kao i kod odraslih, a simptomi su. psihomotorna usporenost, gubitak energije i apetita, nemogućnost spavanja, žalostan izgled, nema zadovoljstva, česti strahovi, loša koncentracija, nisko samopoštovanje i beznadnost.

Kod somatske depresije, odnosno depresije kod koje prevladavaju somatske tegobe, simptomi su: bolovi u truhu, glavobolja, tahikardija, smanjenje mogućnosti spavanja, ,manjak apetita i energije te umor.

Depresivna epizoda se ponekad manifestira kroz reaktivnost u ponašanju, a kod djece je to najčešća iritabilnost. Dijete je nesposobno tolerirati frustracije i na najmanju provokaciju odgovara ispadima ljutnje.

Kod atipične depresije dijete pretjerano spava, ima povećan apetit i osjetljivo je na odbijanje.

### *3.7. Komorbiditet*

Uz depresiju 40 do 70% djece ima još jedan psihički poremećaj. Najčešće komorbidne dijagnoze su anksiozni poremećaj, poremećaji ponašanja, ADHD, poremećaj osobnosti, granični poremećaj i poteškoće u učenju (Boričević Maršunić, 2016).

### *3.8. Razvoj depresije i klinička slika depresije kod djece*

Dojenčad i djeca predškolske dobi nemaju dovoljno razvijene kognitivne i verbalne sposobnosti te je zbog toga teško odrediti dijagnozu depresije. Dojenčad koja je odvojena od primarnog skrbnika, dojenčad s problemima i dojenčad s depresivnim majkama pokazala su



razdražljivost, povučенost, smanjenu aktivnost, imaju probleme sa spavanjem i hranjenjem, povučенija su i tužnog su izraza lica (Wicks – Nelson, Israel, 2021). Kod predškolske dobi depresiju je također teško odrediti, zbog kognicije, jezika i ograničenih podataka. U razdoblju osnovne škole, za djecu od 6 do 12 godina ima više dokaza o depresivnim simptomima. Mlađa djeca u ovoj skupini ne verbaliziraju beznade i samokritičnost, dok starija djeca u ovoj skupini mogu verbalizirati osjećaj beznade i sniženog samopoštovanja. (Wicks – Nelson, Israel, 2021). Prije ulaska u adolescenciju djeca često izražavaju razdražljivost, psihomotornu agitaciju, komorbidne somatske pritužbe, promjene raspoloženja i anksiozne simptome. Njihovo se raspoloženje može katkad poboljšati, sudjelovanjem u zabavnim aktivnostima, iako se rjeđe uključuju u njih od djece koja nisu depresivna. Djeca i adolescenti koji boluju od depresije sklona su pretjeranoj samokritici i lako se uplaše da će i druge osobe prema njima biti stroge i kritične (Rudan, Tomac, 2009). U velikoj depresivnoj epizodi djeca su depresivna ili razdražljiva najveći dio dana, dolazi do oštećenja funkcioniranja u obiteljskim odnosima, školi i odnosima s vršnjacima. Kriteriji za postavljanje dijagnoze velike depresivne epizode su jednaki kao i kod odraslih. Djeca su razdražljiva, usporeno se kreću, žale se na bol u trbuhu ili u glavi, pokazuju anksiozne simptome i poremećaje raspoloženja, samokritična su i plašljiva (Rudan, Tomac, 2009).

Distimični poremećaj je karakterističan za adolescente, to je kada adolescent veći dio dana proživljava u depresivnom stanju, najmanje godinu dana. Poremećaj je manje jak u usporedbi s velikim depresivnim poremećajem, ali je kroničniji. Adolescenti mogu ispunjavati kriterije za veliki depresivni poremećaj i distimični poremećaj (Rudan, Tomac, 2009).

Poremećaj prilagodbe s depresivnim raspoloženjem ili poremećaj prilagodbe s miješanim anksioznim i depresivnim raspoloženjem se javlja kada simptomi ne zadovoljavaju kriterij za veliki depresivni poremećaj ili distimični poremećaj, a razvijaju se unutar 3 mjeseca.

### *3.9. Procjena depresije*

Kod djece postoji kontinuirano međusobno djelovanje bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika, zbog čega je vrlo teško procijeniti što je u osnovi dječjeg ponašanja. Dijagnoza poremećaja raspoloženja se često postavlja kod djece, no ona je nedefinirana i sadrži brojna stanja i bolesti. Nedefiniranost dijagnoze je razlog zašto se dijagnostički postupci kod djece moraju donositi multidisciplinarno, a dijagnoza se donosi timski (Kocijan Hercigonja,

Hercigonja Novković, 2009). Djeca i adolescenti koji doživljavaju depresiju obično pokazuju i druge teškoće, zbog toga bi procjena trebala uključivati veći broj strategija, utvrditi širok spektar osobina i informacije iz različitih izvora. Obično se koristi Lista za označavanje ponašanja (Child Behavior Checklist), opći klinički intervju i opći instrumenti za procjenu. Različiti utjecaji mogu pridonijeti razvoju depresije te bi zbog toga bilo korisno procijeniti roditelje, obitelj i socijalnu okolinu kao i dijete. Instrumenti koji se najčešće koriste su upitnici samoprocjene jer su osnovna obilježja depresije, osjećaj tuge i bezvrijednosti, subjektivni osjećaji. Najčešće korišteni instrument je Inventar depresije za djecu ( CDI –Childrens Depression Inventory), a on je izvedenica Beckova inventara depresije koji se koriste kod odraslih. U Inventaru depresije se traži da se odabere između tri izbora onaj koji najbolje opisuje protekla dva tjedna. Instrumenti za samoprocjenu su izmijenjeni tako da ih može ispuniti neka bliska osoba, kao što je roditelj, ali mogu ih ispuniti i učitelji, kliničari ili druge odrasle osobe. U procjeni depresije kod djece može pomoći veći broj instrumenata za opažanje. Interakcija djece s drugima u kontroliranim uvjetima može pružiti mogućnost za opažanje socijalnog ponašanja ( Wicks – Nelson, Israel, 2021). Pedijatar ima važnu ulogu u procjeni depresije jer bolesna stanja dovode do psihičkih odstupanja, a to je prvo što okolina primijeti kod djeteta (Kocijan Hercigonja, Hercigonja Novković, 2009).

### *3.10. Tretman depresije*

Dijete kojemu je dijagnosticirana depresija treba biti upućeno specijalistu za dječju psihijatriju. U liječenju depresije primjenjuju se psihosocijalne terapije i psihofarmako terapija jer se smatra da je liječenje depresije najbolje kada je multimodalno. Medikacija se rijetko koristi u liječenju depresije kod djece (Rudan, Tomac, 2009). Izbor terapijske tehnike ovisi o dobi djeteta i njegovoj mogućnosti razumijevanja, a individualna terapija uključuje tehnike i metode koje su usmjerene na depresivne simptome, posebno one koje su usmjerene na dječju samopercepciju. Najčešće individualne terapije su: terapija igrom, psihoterapijske tehnike, bihevioralna terapija i kognitivna terapija. Terapija igrom se primjenjuje kada djeca imaju smanjenu verbalnu komunikaciju, a osim kao individualna, može se koristiti i kao grupna terapija. Psihoterapijske tehnike se primjenjuju kod djece između 6-12 godina, fokus je na odnosima, a često se koristi kombinacija terapije igrom i transferna terapija. Terapeut mora biti fleksibilan i spreman mijenjati terapijske pristupe i tehnike. Kod bihevioralne tehnike terapeut

pomaže djetetu shvatiti događaje koji su za njega stresogeni (rastava roditelja, gubitak i drugo). Kognitivna terapija se provodi često kod djece koja imaju negativnu sliku o sebi, odnosno pomaže im se promijeniti mišljenje o sebi, a posebno je korisna kod adolescenata. Od grupnih tehnika najčešće se koriste grupna terapija i obiteljska terapija. Grupna terapija pomaže djetetu da lakše izrazi emocije, uspostavi empatiju i stekne sigurnost. Obiteljska terapija služi kako bi se poboljšali odnosi u obitelji te kako bi roditelji naučili slušati svoje dijete (Kocijan Hercigonja, Hercigonja Novković, 2009). Farmakoterapija nije prvi izbor u liječenju djece, no ponekad je neophodna uz psihoterapiju. Profesionalac mora dobro poznavati fiziološke karakteristike dječjeg organizma, također treba poznavati i psihološke karakteristike kako bi se djetetu mogle pružiti potrebne informacije o lijeku te kako od djeteta dobiti povratnu informaciju o promjenama (Kocijan Hercigonja, Hercigonja Novković, 2009).

## 4. ANKSIOZNOST

Anksioznost je patološko stanje obilježeno osjećajem ustrašenosti, koji je praćen somatskim znakovima što upućuje na prekomjernu aktivnost vegetativnog živčanog sustava. Anksioznost se javlja u nizu psihičkih poremećaja te ju stoga kliničar mora ozbiljno promotriti kako bi stekao cjeloviti dojam prilikom postavljanja dijagnoze (Crnković, 2017).

Anksioznost i strah se preklapaju, ali se i razlikuju. Strah je emocionalni odgovor na stvarnu opasnost, povezan je s autonomnim podražajem, neophodnim za bijeg ili borbu, mislima o opasnosti i mogućnostima bijega. Anksioznost je povezana s mišićnom napetošću i spremnošću za buduću opasnost te opreznim ili izbjegavajućim ponašanjem (Jukić, Arbanas, 2014).

Svaka osoba u svom životu doživi osjećaj anksioznosti, ali to ne mora nužno značiti da osoba ima anksiozni poremećaj. Kada anksioznost šteti svakodnevnom funkcioniranju tada je potrebno potražiti stručnu pomoć. Ukoliko se anksioznost ne liječi ona utječe na promjene u živčanim stanicama i njihovoj funkciji što može uzrokovati razvoj drugih psihičkih poremećaja (Zaharija, 2020).

### 4.1. *Simptomi anksioznosti*

Simptomi anksioznosti se slično manifestiraju kod žena i muškaraca, no žene mogu doživjeti širok raspon osjećaja i simptoma (Zaharija, 2020). Simptome možemo podijeliti u četiri kategorije, a to su: kognitivni, emocionalni, bihevioralni i tjelesni.

Kognitivni:

- zabrinutost
- teškoće u koncentraciji i pamćenju
- negativna razmišljanja o sebi i trenutnoj situaciji
- problemi s prisjećanjem
- zastrašujuće fantazije
- netolerancija na nejasnoću
- kognitivne konfuzija

## Emocionalni

- neugoda i nemir
- neizvjesnost i iščekivanje
- uplašenost
- nervoza i napetost
- prisutnost raznih strahova
- strah od gubitka kontrole
- depersonalizacija
- osjećaj sputanosti
- razdražljivost

## Bihevioralni:

- izbjegavanje situacija i osoba koje uzrokuju anksioznost
- sramežljivost
- povučенost i nesigurnost u socijalnim kontaktima
- slaba koordinacija pokreta
- izrazita aktivnost ili pasivnost

## Tjelesni:

- Respiratorni (osjećaj gušenja, nedostatka zraka i ubrzano disanje)
- Kardiovaskularni (ubrzani puls, osjećaj lupanja srca, povišeni krvni tlak, crvenilo ili bljedilo)
- Promjene na koži (promjene u temperaturi kože, crvene pjege)
- Mišićni (mišićna tenzija, grčevi, drhtanje)
- Gastrointestinalni (bol u truhu, proljev, mučnina, povraćanje)

Osim navedenih simptoma, također se javljaju i drugi problemi, kao što su: glavobolja, vrtoglavica i osjećaj nesvjestice, bolovi u prsima i iscrpljenost, noćne more i nesanica te učestalo mokrenje. Pojavnost simptoma, njihov broj, intenzitet, trajanje i učestalost se razlikuje od osobe do osobe (Zaharija, 2020).

#### *4.2.. Faktori rizika za razvoj anksioznosti*

Prema Poljak i Begić (2016.) na razvoj nekog od anksioznih poremećaja mogu utjecati opći i specifični faktori:

Spol – kod ženskog spola razvoj anksioznosti je dvostruko češći i povećava se s dobi.

Edukacija – manje obrazovani ljudi imaju višu razinu anksioznosti.

Financijska situacija – manji prihodi se povezuju s višom razinom anksioznosti.

Dob – u ranom djetinjstvu javljaju se fobije, separacijska anksioznost i opsesivno kompulzivni poremećaj, a u adolescenciji socijalna fobija i panični poremećaj.

Osobine ličnosti – stidljiva djeca su češće žrtve vršnjačkog nasilja zbog čega mogu kasnije razviti neki anksioznih poremećaja.

Obiteljska povijest i dinamika – anksiozni poremećaji se često javljaju među bliskim srodnicima, djeca mogu oponašati i naučiti strahove i fobije od roditelja, ako oba roditelja boluju od anksioznog poremećaja, veći je rizik da će i dijete.

Roditeljska ponašanja – roditelji s anksioznim poremećajem i djeca koriste izbjegavanje kao način rješavanja problema te je to nagrađeno, osim izbjegavanja rizik za razvoj anksioznosti postoji zbog pretjerane protekcije roditelja.

Socijalni faktori – povezuju se s ubrzanim načinom života, smanjenom društvenosti i otuđenjem od bliskih prijatelja

Iskustva u djetinjstvu – štetna i traumatska iskustva u djetinjstvu povezuju se s pojavom psihičkih problema

Traumatski događaji – mogu biti okidač za razvoj anksioznosti, osobito kod onih koji su im podložni zbog genetski, psiholoških i biokemijskih osobitosti.

Zdravstveno stanje – medicinska stanja mogu povećati anksioznost, nakon kirurških zahvata često se razvije anksiozni poremećaj kao reakcija na životno ugrožavajuću situaciju.

#### 4.3. Vrste anksioznog poremećaja

U DSM-u-5 (prema,,,) se opisuju veći broj anksioznih i srodnih poremećaja, kao što su separacijski anksiozni poremećaj, specifična fobija, socijalni anksiozni poremećaj, panični poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, opsesivno - kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, akutni stresni poremećaj, reaktivni poremećaj privrženosti i poremećaj dezinhbiranog uključivanja (Wicks – Nelson, Israel 2021).

Separacijski anksiozni poremećaj je pretjerani strah ili anksioznost zbog separacije od kuće ili osobe kojoj je osoba koja pati od separacijske anksioznosti privržena (Lebednina Manzoni, 2006).

Specifična fobija je ograničeni strah od određenih predmeta, situacija ili aktivnosti, ali on nije uzrokovan određenim predmetom, situacijom ili aktivnošću, već od nekog strašnog ishoda za koji osoba vjeruje da će proizaći iz kontakta s tim predmetom, situacijom ili aktivnošću (Hollander, Simeon, 2006).

Kod socijalnog anksioznog poremećaja, osnovni strah osobe je da će se pred drugima osramotiti ili biti ponižena. Osobe sa socijalnim anksioznim poremećajem izbjegavaju interakciju s drugima ili izvođenje zadatka pred drugima (Hollander, Simeon, 2006).

Osoba koja pati od paničnog poremećaja doživljava preplavljujući strah, prestravljenost, iščekivanje, osjećaj predstojeće nesreće, osoba misli da će umrijeti, doživjeti srčani udar, da će „poludjeti“ ili izgubiti kontrolu. Panični poremećaj se dijeli na panični poremećaj s agorafobijom i panični poremećaj bez agorafobije (Hollander, Simeon, 2006).

Osobe koje pate od generaliziranog anksioznog poremećaja, stalno su zabrinute oko nevažnih stvari, u strahu i iščekuju najgore. Kako bi se dijagnoza postavila potrebno je da osoba doživljava kroničnu anksioznost najmanje 6 mjeseci i pretjerano brine, te da je ona praćena s 3 od 6 kriterija u vidu osjećaja nemogućnosti opuštanja, doživljaj da su na „rubu“, lako umaranje, razdražljivost, poteškoće koncentracije, osjećaj napetosti ili tvrdi mišići i poteškoće sa spavanjem (Hollander, Simeon, 2006).

Opsesivno kompulzivni poremećaj obilježavaju opsesije i/ili kompulzije. Opsesije ili kompulzije izazivaju smetnje, na njih se troši više od jedan sat dnevno ili ometaju normalne aktivnosti osobe, njezino funkcioniranje ili socijalne aktivnosti i veze (Hollander, Simeon, 2006).

Posttraumatski stresni poremećaj slijedi nakon iznimno stresnog iskustva, kao što su prirodne katastrofe, ozbiljne prijetnje u životu ili nasilni događaj. Traumatski događaj se može ponovo doživljavati, mogu biti prisutna prisjećanja događaja ili flashbackovi tog iskustva (Wenar, 2003).

Akutni stresni poremećaj sličan je posttraumatskom poremećaju, simptomi moraju trajati najmanje 2 dana do 4 tjedna, osoba ponovo proživljava traumatsko iskustvo (Folnegović Šmalc, 2019).



## 5. ANKSIOZNOST KOD DJECE

Anksiozni poremećaji pripadaju najčešćim mentalnim poremećajima u dječjoj i adolescentskoj dobi. Obilježje ovog poremećaja je ometanje normalnog funkcioniranja djeteta. Posljedice anksioznih poremećaja vide se na djetetu, obitelji i okolini. Manifestira se spektrom najrazličitijih promjena emocionalnim, kognitivnim, bihevioralnim i tjelesnim simptomima (Poljak, Begić, 2016). Anksiozni poremećaji u dječjoj dobi povećavaju rizik od kasnijih psihijatrijskih smetnji. Djeca roditelja s anksioznim poremećajem imaju sedam puta veću vjerojatnost da će dobiti dijagnozu od zdrave kontrolne grupe i dva puta veću vjerojatnost od djece depresivnih majki (Bernstein i Borchardt, 1991.; prema Wenar, 2003).

### 5.1. Etiologija

Prema Wenar (2003.) postoje dvije teorije o etiologiji anksioznih poremećaja, a to su: psihoanalitička teorija neuroza i bihevioralna teorija.

#### 5.1.1. Psihoanalitička teorija neuroza

Središte psihoanalitičke teorije neuroza je konflikt između onoga što dijete želi i onoga što roditelj od njega zahtjeva (Nagera, 1966 i Shapira, 1973.; prema Wenar, 2003). Do inhibicije socijalno neprihvatljivog ponašanja mogu dovesti prijetnje kažnjavanja od strane roditelja i uskraćivanje roditeljske ljubavi. Kada je anksioznost dovoljno snažna ona može pokrenuti niz različitih procesa koji štite dijete od doživljavanja nelagode, ti procesi se nazivaju obrambeni, a tu spadaju: potiskivanje, projekcija i reaktivna formacija. Neurotični simptomi imaju simbolično značenje, koje se razlikuje od manifestiranog sadržaja (Wenar, 2003).

#### 5.1.2. Bihevioralna teorija

Anksioznost je adaptivni odgovor kada postoji stvarna prijetnja, no ako ne postoji stvarne opasnosti, anksioznost se smatra patološkom (Wenar, 2003). Teorija se temelji na teorijama učenja, a one uključuju: klasično uvjetovanje, operantno uvjetovanje i učenje modeliranjem. Prilikom neugodnog, traumatskog iskustva dolazi do vezivanja straha i anksioznosti na neutralne stimulanse, kada dijete doživi neugodno iskustvo, svaki idući put će se u toj situaciji osjećati neugodno. Po principu generalizacije podražaja, na kraju neutralni podražaj dovodi do anksiozne reakcije. Operantno uvjetovanje se temelji na povezanosti ponašanja i posljedica,

ono ponašanje koje ima pozitivne posljedice će se ponavljati, dok će se ono koje ima negativne posljedice prorijediti. Učenje modeliranjem je imitacija drugih osoba koje reagiraju s boli, anksioznošću ili oblikom neprilagođenog ponašanja, a negativni afektivni odgovor je rezultat tog učenja (Poljak, Begić, 2016).

### 5.2. *Interpersonalni kontekst: internalizacija i obitelj*

Faktorskom analizom psihopatološkog ponašanja kod djece, dokazano je da je anksioznost unutarnja patnja. Achenbachova faktorska analiza popisa 91 simptoma, utvrđuje da je prvi i glavni čimbenik bipolarni, a nazvan je internalizacija-eksternalizacija. Internalizacija upućuje na promjenu djeteta iznutra, a simptomi internalizacije su: fobije, brige, bolovi u trbuhu, povlačenje, mučninu, povraćanje, kompulzije, osamljivanje, nesanicu, plač i depresiju. Eksternalizacija su simptomi koji upućuju na to da je dijete u konfliktu s okolinom, a tu spadaju: neposlušnost, krađa, laganje, tučnjava, destruktivnost, nedostatak osjećaja krivnje, izljevi srdžbe, bježanje od kuće, psovanje i vandalizam. Osim analiza psihopatološkog ponašanja, provedena su i istraživanja obitelji koja dokazuju da se separacijska anksioznost ili školske fobije pojavljuju kod djece koja su previše ovisna o roditeljima. Djecu koja su pretjerano zaštićena od strane roditelja se može očitavati na nekoliko načina: ograničavajuća kontrola, „ulaženje“ u psihološku i fizičku privatnost, potkrepljivanje ovisnosti i isključivanje vanjskih utjecaja (Wenar, 2003).

### 5.3. *Komorbiditet*

Komorbiditet je pojava ili prisustvo dvije ili više bolesti. Anksiozni poremećaji mogu biti u komorbiditetu s drugim anksioznim poremećajima, depresijom ili problemom ponašanja. Anksiozni poremećaji se često javljaju u kombinaciji s drugim anksioznim poremećajima, posebno kod djevojčica. Separacijsko anksiozni poremećaj ima najvišu stopu komorbiditeta s drugim anksioznim poremećajima, uz nju se najčešće javlja specifična fobija. Kod generaliziranog anksioznog poremećaja i socijalne fobije često se javlja poremećaj raspoloženja. Depresija je druga najčešća bolest koja se javlja uz anksiozne poremećaje, ona je 8 puta češća kod djece s anksioznim poremećajem. Kriterij za poremećaj ponašanja ispunjava oko 20% djece s anksioznim poremećajem, a 30% hiperaktivne djece ima komorbiditetni anksiozni poremećaj (Poljak, Begić, 2016).

#### 5.4. *Klasifikacija anksioznih poremećaja kod djece*

Za dječju dob, prema DSM-IV, karakteristične su dvije kategorije anksioznih poremećaja, a to su: anksiozni poremećaj zbog separacije i poremećaj s pretjeranom anksioznošću (Wenar, 2003).

##### 5.4.1. Anksiozni poremećaj zbog separacije

Anksiozni poremećaj zbog separacije se prema DSM-IV definira kao razvojno neprimjerena i pretjerana anksioznost vezana uz odvajanje od kuće ili osoba za koje je dijete vezano. U situacijama kada se predviđa odvajanje dolazi do nelagode i/ili ponavljajućih tjelesnih simptoma, a to su: bol u trbuhu, glavobolja, povraćanje, vrtoglavica, kardiovaskularni simptomi i osjećaj padanja u nesvijest (Poljak, Begić, 2016). Kada roditelji trebaju otići, mlađa djeca mogu se „vješati“ ili pratiti svoje roditelje „poput sjene“, imati izljeve bijesa i plača, a starija djeca ne mogu prespavati izvan kuće, a kada su vani, neprestano telefoniraju kući, zbog zabrinutosti da će se dogoditi nesreća osobama uz koje je dijete vezano (Manzoni, 2006). Djeca koja boluju od separacijske anksioznosti se osjećaju poniženo, često su u strahu što dovodi do niskog samopouzdanja, simptomi mogu utjecati i na dječji akademski uspjeh, socijalne i obiteljske aktivnosti (Poljak, Begić, 2016). Separacijska anksioznost je u ranom djetinjstvu normalan dio razvojnog puta, dijete traži da bude u istoj prostoriji s osobom za koju je vezano, a posljedice koje nastaju prilikom dolaska strane osobe su uznemirenost i nezadovoljstvo, ukoliko se to dešava i u starijoj dobi, dijete ima anksioznost iznad normalne i razvojno očekivane dobi. Djecu s separacijskom anksioznošću se često opisuje kao zahtjevnu, nametljivu i sa stalnom potrebom za pojačanom pažnjom jer ona najčešće dolaze iz obitelji koje su vrlo povezane (Mazoni, 2016).

Za postavljanje dijagnoze, smetnje moraju trajati najmanje četiri tjedana i prouzročiti klinički teškoće u školskom, socijalnom i obiteljskom funkcioniranju. Anksioznost zbog separacije se najčešće dijagnosticira poslije šeste godine jer su simptomi vezani uz anksioznost normalni od sedmog mjeseca do šeste godine života djeteta.

##### 5.4.2. Poremećaj s pretjeranom anksioznošću

Poremećaj s pretjeranom anksioznošću obilježen je s prekomjernom anksioznošću i zabrinutošću zbog velikog broja događaja ili aktivnosti. Za razliku od drugih anksioznih poremećaja koji su ograničeni na neku specifičnu vrstu situacije, poremećaj s pretjeranom

anksioznošću nema određenu vrstu situacije. Simptomi koji su prisutni kod poremećaja s pretjeranom anksioznošću su: nemir, osjećaj nervoze, lako umaranje, problemi s koncentriranjem, razdražljivost, mišićna napetost i problemi sa spavanjem, neki od tih simptoma, najmanje 3, moraju biti prisutni većinu dana u proteklih šest mjeseci i uzrokovati značajnu patnju ili oštećenje u važnim područjima funkcioniranja (Wicks-Nelson, Israel, 2021). Djeca koja pate od poremećaja s pretjeranom anksioznošću postavljaju visoke ciljeve i standarde za vlastita postignuća, samokritična su, napeta i odaju dojam da ih svaka situacija može dovesti do tjeskobe. Djeca katastrofiraju i procjenjuju vjerojatnost ishoda te podcjenjuju sposobnost suočavanja, teško se opuštaju, pokazuju znakove autonomne hiperaktivnosti (znojenje, tahikardija, napetost u mišićima i pobuđenost). Poremećaj s pretjeranom anksioznošću ima podmukao početak i roditelji ne mogu točno odrediti početak. Roditelji obično potraže pomoć kada simptomi postaju sve teži i ne može ih se više tolerirati. Uz poremećaj s pretjeranom anksioznošću se javlja ADHD i separacijska anksioznost kod mlađe djece, a kod starije djece se javlja depresija i specifična fobija.

### 5.5. Procjena

Anksiozni poremećaj se definira pomoću tri komponente: ponašajne, subjektivne i fiziološke. Procjena se tiče ponašajne i subjektivne komponente jer su fiziološke reakcije presložene za mjerenje.

Podaci za anksiozno ponašanje djeteta mogu se dobiti kroz intervju s roditeljima ili učiteljima, instrumentima za ocjenjivanje ponašanja i kroz neposredno promatranje reakcije na zastrašujuće predmete te samoprocjena.

Intervju se obavlja s roditeljima ili učiteljima, posebno ih se ispituje o dječjim strahovima.

Primjeri pitanja o strahovima:

- Koliko su općeniti, izraženi i perzistirajući?
- U kojim situacijama se pojavljuju?
- Kada i kako započinju?

Instrumenti za ispitivanje ponašanja se sastoje od čestica kao što su:

- U usporedbi s drugom djecom iste dobi, koliko je vaše dijete ustrašeno, plaho ili stidljivo?

- U kojem stupnju se vaše dijete uznemiri kada vi morate nekamo poći ili ono treba krenuti u školu?

Kako bi se dobili rezultati, zbrajaju se pojedine čestice koje se uspoređuju s normama koje vrijede za opću populaciju i tako se dobije podatak o tome koliko je dijete anksiozno.

Uvježbani promatrači koriste određene kategorije kako bi procijenili djetetovo ponašanje, odnosno oni promatraju djetetove reakcije na zastrašujuće predmete kao što su zmija ili pas. Samoprocjena može uključivati ocjenu, odnosno u kojem stupnju se dijete osjeća anksiozno ili se može ticati posebnih strahova, kao što su strah od čudovišta, tjelesnog ozljeđivanja ili životinja.

### 5.6. *Klinička slika i dijagnoza*

Osnovna karakteristika kod djece i adolescenata je neprimjerena razina anksioznosti koja ne pripada toj dobi i ometa svakodnevno funkcioniranje djeteta. Simptomi anksioznog poremećaja su: emocionalni, bihevioralni, kognitivni i tjelesni. Djeca se često žale na tjelesne simptome, koji nisu dio tjelesne bolesti. Bolovi u trbuhu, koji nisu organski uvjetovani u 79% su utvrđeni kao anksiozni poremećaj. Anksiozni poremećaji su u djetinjstvu puno složeniji i manje jasni, zbog čega ih je teže dijagnosticirati. U procjeni liječnik mora prepoznati ključne dijagnostičke kriterije, koji se mogu drukčije prezentirati kod djece, nego kod odraslih. Put do same dijagnoze je dugačak, ona se postavlja s obzirom na simptome anksioznosti povezane s pojedinim poremećajem. U procjenu spadaju učestalost i javljanje simptoma, težina simptoma i teškoće u funkcioniranju u školi, obitelji, okolini i s vršnjacima. Okolina prva zamjećuje promjene i smetnje kod djeteta pa zbog toga, dijete najčešće prvi put kod stručnjaka dolazi u pratnji roditelja ili skrbnika. Dijagnoza uključuje dobivanje podataka od roditelja o razvoju djeteta i o smetnjama zbog kojih dolaze (karakter smetnje, intenzitet, duljina trajanja, odražavanje na funkcioniranje djeteta). Osim razgovora i podataka dobivenih od roditelja, treba obaviti i intervju s djetetom jer djeca često pred roditeljima minimaliziraju svoje simptome. Kontakt mora biti prilagođen djetetu i potrebno je upotrijebiti i druge metode, kao što su crtež i igra. Potrebno je obaviti cjelokupnu pedijatrijsku obradu zbog isključivanja organskih promjena. Procjena mlađe djece je zahtjevnija i potrebno je prikupljati podatke iz više izvora, a to uključuje iskaze roditelja i učitelja. Kod djece sa anksiozni poremećaji ne mogu procijeniti putem standardnih upitnika i intervjua, nego se upotrebljavaju strukturirani i standardizirani upitnici za djecu, koji pridonose većoj pouzdanosti i validnosti (Poljak, Begić, 2016).

Prema Poljak i Begić (2016.) instrumenti za utvrđivanje anksioznosti su:

- Beckov upitnik anksioznosti
- Ljestvica strahova i anksioznosti za djecu i adolescente
- Intervju za dijagnostiku poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji
- Protokoli za kliničku procjenu neuropsihijatriji

### 5.7. Liječenje

Terapija igrom kojom se dijete slobodno izražava na verbalni i fizički način ili samom igrom, primjenjuje se kod mlađe djece. Za umjereno izražene simptome koji ometaju normalno funkcioniranje djeteta uvodi se psihoterapija. Psihofarmaloška terapija se primjenjuje kod teških simptoma anksioznosti ili kod djelomičnog odgovora na psihoterapiju. Terapijski postupak koji je učinkovit treba uključivati kontrolu anksioznosti, eliminaciju modela fobičkog izbjegavanja, povećanje socijalne i profesionalne učinkovitosti, porast kvalitete života i tretman komorbiditetnih poremećaja. Psihoterapijski pristup određuje se prema kliničkoj slici, ličnosti djeteta, specifičnostima u kojoj se dijete nalazi, tipu problema i načinu komunikacije. Glavni cilj je pridobiti povjerenje djeteta i motivirati ga za suradnju ( Poljak, Begić, 2016).

Prema Poljak i Begić(2016.) vrste terapija koje se koriste su:

- farmakoterapija
- kognitivno-bihevioralna terapija
- podržavajuća (suportivna) terapija
- obiteljska terapija
- terapija igrom
- terapija usmjerena na usredotočenoj svjesnosti.

## 6. ZAKLJUČAK

Depresija i anksioznost su psihički poremećaji, koji su zbog ubrzanog i stresnog načina života sve više prisutni kod ljudi i često se javljaju u komorbiditetu.

Nekada se smatralo da je depresija samo bolest koja može biti prisutna kod odraslih, no od 1971. godine depresija je priznata poremećajem od strane europskih dječjih psihijatara (Boričević Maršanić i sur., 2016). Sindrom depresije kod djece je sličan onome u odrasloj dobi, sadrži promjene u raspoloženju, motivaciji, tjelesnom i motoričkom funkcioniranju te spoznaji (Wenar, 2003). Depresija utječe na svakodnevno funkcioniranje djeteta, njegovu obitelj i okolinu u kojoj se nalazi te ju je zbog toga važno rano prepoznati i tretirati.

Anksioznost je jedan od najčešćih poremećaja u djetinjstvu, porast poremećaja je povezan s lošim odnosima u obitelji, ekonomskim teškoćama i duševnim smetnjama kod roditelja (Poljak, Begić, 2016). Anksioznost ometa normalno svakodnevno funkcioniranje djeteta, a prvi koji uvide promjene su roditelji i okolina.

Potrebno je naglasiti važnost anksioznosti i depresije kod djece kako bi se na vrijeme prepoznale i tretirale. Najbitniju ulogu tu imaju roditelji, odgojitelji i učitelji jer će oni prvi primijetiti promjene kod djeteta. Dijete ne može samo izraziti svoje emocionalno stanje te je zbog toga bitno da ga razumijemo i pružimo mu podršku. Kada se depresija i anksioznost primijete i tretiraju na vrijeme dolazi do smanjenja mogućnosti za daljnji razvoj samog poremećaja. U procjeni sudjeluju roditelji, odgojitelji, učitelji, stručni suradnici i samo dijete te je zbog toga bitno da svi surađuju za dobrobit djeteta.

## LITERATURA

1. Boričević Maršanić V., Zečević I., Ercegović N., Paradžik Lj., Grčić V. (2016.) Sva lica dječje depresije. *Paediatric Croat.*

<http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2016/PDF/Dok%2024.pdf>

2. Folnegović Šmalc V. (2006.) Akutni stresni poremećaj. *CYBERMED.*

[https://www.cybermed.hr/clanci/akutni\\_stresni\\_poremecaj](https://www.cybermed.hr/clanci/akutni_stresni_poremecaj)

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

4. Jukić V., Arbanas G. (2014.) *DSM-V- Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Naklada Slap.

5. Karlović, D. (2017.) Depresija: Klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus*, 26(2), 161 – 165.

<https://hrcak.srce.hr/file/278583>

6. Kocijan Hercigonja D., Hercigonja Novković V. (2004.) Depresija kod djece. *Medicus*, 13(1), 89 – 93.

<https://hrcak.srce.hr/file/31029>

7. Rudan V., Tomac A. (2009.) Depresija u djece i adolescenata. *Medicus* 18(2), 173 – 179.

<https://hrcak.srce.hr/file/86649>

8. Lebedina Manzoni M. (2006.), *Psihološke osnovne poremećaja u ponašanju*. Naklada Slap.

9. Lepeduš H., Mikulaj K., Gall Trošelj K. (2017.) Epigenetika i depresivni poremećaj. *Medicina fluminensis*. 159 – 167.

<https://hrcak.srce.hr/file/265029>

10. Poljak M., Begić D. (2016.) Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija*. Br. 4, 310-329.

[file:///C:/Users/Isabel/Downloads/Poljak\\_Begic\\_310-329.pdf](file:///C:/Users/Isabel/Downloads/Poljak_Begic_310-329.pdf)

11. Zaharija I. (2020.), Simptomi anksioznosti. *PLIVA zdravlje*.

<https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/33656/Simptomi-anksioznosti.html>



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

13. Wicks – Nelson R., Israel A. C. (2021.) *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja djece i adolescenata s dopunama iz DSM-a-5*. Naklada Slap.